

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci, podał Henryk Higier. (Dalszy ciąg). O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski. (Dalszy ciąg). — **Wykłady kliniczne.** Chirurgia trzustki. (Dokończenie). — **Streszczenia i Wyciągi.** 98. a) Leczenie błonicy. b) Przyczynę do leczenia błonicy gardzieli. 99. O leczeniu malaryi zapomocą chininy. — **Odcinek.** O hipnotyzmie i sugestyi, przez Józefa Saksa. (Dalszy ciąg). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

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

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

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

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

Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego

u noworodków i dzieci

podał D-r med. **Henryk Higier.**

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 32).

Co się tyczy dalszego przebiegu wrodzonej sztywności, to zauważyć należy, że objawy tejsze z biegiem czasu się zmniejszają, a nawet całkiem giną. Egzystencja takich chorych staje się z czasem taka sama, jak i każdego innego osobnika, pomimo tego, że zarówno ich rozwój fizyczny, jak i moralny stoi poniżej przeciętnej miary. Z rówieśnikami swoimi uczęszczają oni do szkół i dobierają sobie odpowiednie zajęcie, naturalnie takie, przy którym mięśnie nie potrzebują odgrywać czynniejszej roli. Indywidua takie rosną prawidłowo i zdolności ich rozrodcze również nie są ograniczone, pojedyncze zaś narządy rozwijają się i funkcjonują zupełnie prawidłowo. Cierpienie więc ulega zazwyczaj znacznej poprawie, nie wpływając niczem na długość życia dotkniętego osobnika.

Do grupy porażen „wrodzonych“ zaliczają również i te niezbyt częste przypadki, w których ogólna lub też w postaci paraplegii występująca sztywność mięśni rozwija się na tle usposobienia wrodzonego przewlekłe, postępująco. Postać ta tem się jeszcze różni od typowej choroby LITTLE'a, że prawie zawsze połączona jest z ciężkimi objawami mózgowymi (zez, drgawki, zanik nerwów wzrokowych, osłabienie władz umysłowych) i dotyczy kilku nieraz członków jednej i tej samej rodziny.

Również inaczej pod wielu względami, niż wrodzona sztywność, przebiegają i te „wrodzone“ przypadki porażen dziecięcych, w których miał miejsce nie przedwczesny poród, lecz wewnątrzmaciczne uszkodzenie urazowe mózgu, lub też zapalenie. Obraz chorobowy tych przypad-

ków, w których widzimy i rzeczywiste porażenie mięśni, przypomina bardzo wiele grupę, którą oznaczyliśmy mianem porażen „nabytych“, i z nimi też wspólnie omawiane będą. Przechodzimy teraz do opisu porażen „porodowych“, ponieważ łączą się one dosyć często z porodami przedwczesnymi.

II. Porażenia porodowe pochodzenia mózgowego mają miejsce wtedy, gdy poród był bardzo ciężki, bądź to przez dłuższe zatrzymanie się główki dziecka wysoko w miednicy, bądź to przez trudne urodzenie się następne główki; wreszcie spotykamy nieraz porażenia te w przypadkach przyjścia na świat dziecka w stanie omdlenia czyli asfiksyi. Również, jak przy wrodzonej sztywności LITTLE'a, występującej przy porodach przedwczesnych, i przy tych porażeniach w przebiegu pierwszych dni i tygodni nie można zauważyć nic nieprawidłowego. Rzadko kiedy zwraca na siebie uwagę bezwład lub sztywność jednej ręki lub nogi, *resp.* wszystkich kończyn. Jeden objaw czyni często zawezwanie lekarza niezbędnem, mianowicie drgawki ogólne lub też jednostronne. Pojawiają się one zwykle na 3--4 dzień, rzadko kiedy bezpośrednio po porodzie i trwają około 1 — 2 tygodni. Niekiedy pierwszy objaw, który zostaje zauważony, stanowi skurcz mięśni ksośnych uda, w innych przypadkach przedewszystkiem rzucają się w oczy ruchy mimowolne *resp.* niezdolność wykonywania rękoma celowego ruchu.

Przy dokładnem badaniu klinicznem udaje się wykazać, że, stosownie do okresu i natężenia choroby, przeważają to porażenia, to objawy spastyczne, to bezład, to znów patologiczne ruchy samoistne, bezwiedne. Co do objawów spastycznych, to przy porażeniach porodowych zauważyć się one dają — szczególnie w początkowym okresie — we wszystkich czterech kończynach (LITTLE, FREUD). Wyraźne porażenia dolnych kończyn trafiają się rzadko, górnych zaś należą do wyjątków. W $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby swoich przypadków stwierdził GOWERS sztywność wszystkich kończyn, w $\frac{1}{3}$ przypadków były również zajęte mięśnie karku i tułowia. Z 36 spostrzeżeń jego, tylko w 7 objawy chorobowe ograniczały się do jednej strony, i w tych przypadkach, gdzie zajęte były kończyny prawostronne, pacjenci używali lewej ręki t. j. byli mańkutami. Dotknięte cierpieniem kończyny zachowują się w lżejszych przypadkach prawie tak samo, jak przy sztywności wrodzonej LITTLE'a, w ciężkich zaś typowe bezwłady mięśni przypominają żywo ostre porażenia nabyte, które poniżej zostaną opisane. Wyraźny bezwład języka lub twarzy należy do rzadkości. Zez daleko rzadziej spotyka się przy ciężkich porodach (19%), niż przy przedwczesnych (36%). Niekiedy w dalszym przebiegu choroby występują drgawki: są to t. zw. drgawki późne, pozostające, w przeciwieństwie do początkowych drgawek, nieraz przez całe życie. Na ogół biorąc, poczynają się one w 2-iem półroczu pierwszego roku, wkrótce potem giną, lub też pozostają na zawsze, jako typowe napady epileptyczne. Jeżeli objawy sztywności porażennej występują w kończynach jednostronnie, to i drgawki są zazwyczaj jednostronne; zresztą pomiędzy występowaniem tychże, a gwałtownością porażen żaden nie zachodzi związek. Najniewinniejsze porażenie porodowe może się wkląć z najcięższą padaczką. Natomiast udaje się konstatować pewien stosunek pomiędzy rozległemi porażeniami z jednej, a osłabieniem władz umysłowych z drugiej strony.

Co się tyczy dalszego przebiegu porażen porodowych, to zwykle następuje powolna poprawa, a nawet bezwład i sztywność całkiem giną. W wyjątkowych tylko razach porażenia trwają przez całe życie.

Do grupy porażień porodowych pochodzenia mózgowego należy zaliczyć i te wcale nie rzadkie przypadki, gdzie po ciężkim porodzie, powikłanym lub też nie z asfiksją noworodka, rozwija się powoli sztywność kończyn, do której się przyłączają stopniowo po upływie miesięcy i lat mimowolne ruchy bez porażień — t. zw. atetozą. Dwustronną atetozę, również jak i analogiczną do niej płasawicę ogólną należy w takich razach uważać za odmianę ogólnej sztywności i dwustronnej hemiplegii spastycznej: te same bowiem są tutaj czynniki etyologiczne, ten sam sposób powstawania, te same towarzyszące im objawy (padaczka, idyotyzm), taką samą przedstawia się anatomia patologiczna, jak przy rzeczywistych diplegiach mózgowych.

Początek atetozy jest zwykle powolny. Pierwotnie umiejscawia się ona na twarzy lub też na kończynach. Niekiedy atetozą, będąc początkowo jednostronną, pozostaje również na zawsze z tej strony silniej wyrażona. Stale zajęte są mięśnie twarzy, zwłaszcza dolnej połowy tejże. Ciągła mimika twarzy powoduje wczesne wystąpienie zmarszczek i niekiedy przerostu mięśni. Wyraz twarzy ciąglem ulega zmianom, jak w kalejdoskopie: „w nadzwyczaj nielogiczny sposób rysuje się na twarzy uśmiech, zgryzota, zniechęcenie, ból, zachwyt, pycha, ciekawość, jedno ustępując drugiemu, przy czem cała ta gra mimiczna nie dochodzi do świadomości chorego“ (LANNONIS). W ruchach twarzy, z których sobie chory wcale sprawy nie zdaje, i język przyjmuje stale udział: zostaje on naprzemiany to wysunięty, to znów schowany, „na podobieństwo ruchów pijawki“ (MASSALONGO). Wskutek ciągłych ruchów następuje wreszcie przerost języka w tak znacznym stopniu, że brak dlań miejsca po za zębami. Również stale zauważyć można mimowolne poruszanie głową i szyją, znacznie rzadziej natomiast dotknięty jest tułów, a tylko w wyjątkowych razach mięśnie przełyku i zewnętrznego ucha. Co się tyczy kończyn, to najczęściej i w najsilniejszym stopniu dotknięte są ich części obwodowe (dłonie i stopy), wyjątkowo zaś bliżej tułowia będące członki.

Oprócz najrozmaitszych ruchów samoistnych, od czasu do czasu zauważyć się daje wybitny przerost mięśni i spastyczne położenia przymusowe, o których mowa była wyżej. Drgawki nie stanowią zbyt częstego powikłania.

Co się tyczy kwestyi zachowania się zdolności umysłowych przy porodowej sztywności ogólnej i przy atetozie podwójnej, to zdania pojedynczych autorów są bardzo podzielone. Gdy MARIE i BRISSAUD, wyraźnie zaznaczając rzadkie występowanie osłabienia umysłowego przy *rigidity spastic* LITTLE'a po przedwczesnym porodzie, wstrzymują się od wypowiedzenia stanowczego zdania o zachowaniu się władz umysłowych u dzieci po ciężkich porodach, — twierdzi FREUD, że rzadko udało mu się widzieć osłabienie umysłowe, GOWERS natomiast, że w $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby spostrzeganych przez się przypadków porażień porodowych niewątpliwie miało ono miejsce. Niemniej sprzeczne są zdania o inteligencji dzieci, atetozą obustronną dotkniętych. OSLER i OULMONT mówią o znacznym upośledzeniu zdolności intelektualnych, GIBOTEAU nie zauważył wyraźnego osłabienia ich, ANDRY z 79 zestawionych z literatury przypadków atetozy pochodzenia mózgowego w 30 tylko znalazł najzupełniej prawidłową inteligencję, MICHAŁOWSKI z pomiędzy 87 w 21 nietknięte władze umysłowe. Ta różnica zdań pojedynczych autorów stanie się trochę mniej jaskrawa, skoro zastanowimy się, jak z jednej

strony trudno jest sądzić o inteligencji dziecka wcale nie mówiącego, lub też w ładającego mową w słabym stopniu, i jak wiele z drugiej znów strony nie-logiczna napozór mimika i ruchy przymusowe atetotyków przyczyniają się do niedoceniań ich zdolności umysłowych.

O wiele częściej, niż przy zaburzeniach ruchowych po ciężkich porodach, znajdujemy upośledzenie władz umysłowych, wybitnie uwydatnione w tych porażeniach, podstawa anatomiczna których została nabyta w życiu wewnątrzmacicznym lub też po porodzie. Najwcześniej i najdokładniej zbadane zostały atetozą i towarzyszące jej zaburzenia w inteligencji przy ostrych, nabytych porażeniach, niezupełnie słusznie w literaturze lekarskiej pod nazwą „*hemiplegia spastica infantilis*“ figurujących: porażenia te bowiem, jak się w następnym rozdziale przekonamy, nie zawsze są umiejscowione w jednej tylko połowie ciała.

III. Początek większości porażień mózgowych, *extra uterum* nabytych, jest dosyć nagły. Dzieci zachorowują we wczesnem dzieciństwie, zwykle w trzech pierwszych latach życia, bezpośrednio po przebiegu ostrej choroby zakaźnej, lub też zupełnie samoistnie, bez widocznej przyczyny. Przy wysokiej gorączce i ogólnem niedomaganiu występują mdłości, wymioty, a wkrótce potem mniej lub więcej groźne objawy mózgowe, jak senność, nieprzytomność, drgawki. Drgawki dotyczą pojedynczych kończyn, czasami rozprzestrzeniają się na całe ciało, trwając wraz z towarzyszącą im gorączką od jednego do trzech dni, czasami jednak z krótkimi przerwami 2—3 tygodni.

Powoli ostre objawy ustępują, dziecko wraca do przytomności i rodzice ku wielkiemu zmartwieniu konstatują pozostały po chorobie bezwład kończyn; zwykle jest on połowiczny, występuje jednak czasami i w postaci diplegii lub paraplegii. Porażeniem połowicznym dotknięte są, jak u dorosłych hemiplegików: ręka, noga, twarz i język. Najmniej stale zajęty jest język, najsilniej porażenie dotyczy ręki. Porażenia te cechuje zawsze następca sztywność dotkniętych mięśni, wzmożenie wszystkich odruchów, skłonność do skurczów i typowych atetotyczno-plasawicznych zaburzeń ruchowych. Nie zawsze udaje się przewidzieć, czy wogóle po porażeniu wytworzy się skurcz i w jakim stopniu. W tych przypadkach, gdzie następczy skurcz jest niezbyt silnie wyrażony, chorzy trzymaniem górnej kończyny i chodem swoim przypominają bardzo typowych hemiplegików. W niemniej charakterystyczny sposób trzymają się chorzy przy diplegiach. Górna kończyna jest mocno zgięta w stawie łokciowym i przylega ściśle do tułowia, dłoni w zgiętej pozycji skręcona w kierunku kości łokciowej, palce mocno w rękę wciśnięte, dolne kończyny, silnie zgięte w stawie kolanowym, ściśle do siebie przylegają, staw stopowy wyprostowany, duży palec u nogi wybitnie zgięty w stronę powierzchni grzbietowej. Skurcze wyraźniej występują na górnych kończynach, niż na dolnych, zarówno przy jednostronnych, jako też i dwustronnych porażeniach połowicznych („*hemiplegia spastica bilateralis*“). Sztywność mięśni podczas spokoju, snu i w cieple się zmniejsza, natomiast się wzmacnia przy wykonywaniu ruchów zamiarowych. Prawie zawsze udaje się wykazać wzmożenie odruchów kolanowych, rzadziej obecność objawu stopowego (*clonus pedis*). Obok hemiplegii spotykamy nieraz pewien stopień ogólnej sztywności mięśni i wzmożenie odruchów. Gdzie mięśnie są bardzo naprężone, tam z powodu skurczu mięśni antagonistów nie zawsze łatwo wykazać wzmożenie odruchów. Na takie same trudno-

ści natrafiamy przy badaniu pobudliwości elektrycznej: mimo wyraźne skurczanie się mięśnia pod wpływem prądu elektrycznego, członki często przez skurcz antagonistów stosownego ruchu nie wykonywają.

Po upływie tygodni lub miesięcy skurcze i porażenia ustępują tak dalece, że dziecko jest w stanie wykonywać nogą niezbyt skomplikowane ruchy; jeżeli podczas zachorowania młody pacjent umiał już chodzić, to po pewnym przeciągu czasu odzyskuje tę zdolność na nowo, nie przestaje jednak kuleć. Ruchy ręką również wracają, acz przez dłuższy przeciąg czasu znać w nich wyraźny bezład (*ataxia*).

Niekiedy świeżo porażone członki dotknięte zostają zanikiem mięśni w mniejszym lub większym stopniu; zanik ten stoi wprawdzie w pewnym związku z porażeniem, musi być jednak o tyle uważany za samodzielny objaw, że nie w ścisłej znajduje się zależności ani od długości trwania bezwładu, ani też natężenia jego. Zanik ten, pochodzenia mózgowego, spotykany również w niektórych hemiplegiach u osób dorosłych (QUINCKE, BORGHENI), należy jednak ściśle odgraniczać od zjawiska powstrzymania prawidłowego rozwoju, jakie spostrzegamy nieraz po upływie dopiero wielu lat (10—12) od początku choroby—nb. wówczas, gdy dziecko znajduje się w okresie szybkiego wzrastania fizyologicznego—w kończynach porażonych, lub też takich, które były porażone; nie tylko substancja mięśniowa ulega wtedy znacznemu zwiotczeniu i zmniejszeniu objętości, lecz również i kości stają się krótsze i węższe. Powstrzymanie rozwoju dotyczyć może pewnego obrębu kończyn (przedramienia, uda) lub też całej kończyny. Dotknięta w ten sposób kończyna może w przeciągu niewielkiego okresu czasu stać się o kilka centymetrów krótsza od symetrycznej zdrowej. O ile zwyczajny zanik mięśni przy porażeniach dziecięcych należy uważać za samoistny objaw mózgowy, o tyle w większym jeszcze stopniu stosuje się to do zakłócenia rozwoju członków, występującego dopiero w okresie dojrzałości płciowej. Za samoistością niedorozwoju tego przemawiać musi kilka dokładnych spostrzeżeń klinicznych (ERLENMEYER, ROSENBERG), w których skrócenie występowało w 12—15 roku życia w kończynie, poprzednio wcale lub też bardzo nieznacznie dotkniętej porażeniem, gdzie więc o wczesnym czynnym zaniku mięśni mowy być nie mogło. W większości tych przypadków miał miejsce niedowład mięśni twarzy i ogólna lub też połowiczna t. zw. JACKSON'owska padaczka.

Czasami znajdujemy przy porażeniach połowicznych u dzieci wyraźny zanik całej połowy ciała, nie wyłączając tułowia i twarzy. (D. c. n.).

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 32).

W przypadkach daleko posuniętych mowa po większej części jest monotonna, pozbawiona dźwięczności, powolna. Robi to wrażenie, jak gdyby powolność ruchów, która ogarnęła cały ustrój, rozprzestrzeniła się i na grupy mięśniowe, przyjmujące udział w mowie. Ta ostatnia bywa także charakterystycznie zmieniona w tych przypadkach, gdzie istnieje drżenie głowy, języ-

ka, albo warg. Czasami zaś, jak na to pierwszy zwrócił uwagę BUZZARD ⁷⁰⁾, głos staje się wysokim, piskliwym, podobnym, według porównania HIRT'a, do głosu aktorów (oczywiście złych), kiedy grają rolę starców. Opisane są także nieliczne przypadki, gdzie chorzy mówili z przerwami (*ruckweise*). Po kilku słowach, albo nawet głoskach tacy chorzy zmuszeni są chwilę odpocząć, żeby być w stanie kontynuować rozmowę, przyczem po kilku słowach powtarza się to samo. Mowa taka jednakże wybitnie się różni od mowy skandowanej chorych, dotkniętych stwardnieniem wieloogniskowem rdzenia i mózgu. W ostatnim bowiem razie istnieje nieznaczna, lecz stała przerwa między każdą głoską, w chorobie zaś PARKINSON'a chory czasami całe zdania wymawia prawidłowo, bez przerwy.

Dotychczas, niestety, ogłoszono tylko dwa przypadki, w których było dokonane dokładne badanie laryngoskopowe. Pierwszy opisał F. MÜLLER ⁷¹⁾. Tyczy się on kobiety 72-letniej, u której przed 4 laty wystąpiło drżenie głowy, drżenie to następnie przeszło na kończyny i wargi. Mówiła mało, powoli, bez skandowania; głos dosyć niski i cichy (*tief und leise*). Podczas rozmowy dawało się spostrzegać drżenie głosu o rytmie jednakowym, z drżeniem głowy i kończyn. Mowa czasami nagle przerywała się. Pierwsza część jakiegoś słowa była czasami wymawiana głosem pełnym, druga zaś bez głosu. Chora nie mogła utrzymać przez dłuższy czas tonu, ponieważ występowały przerwy rytmiczne. Pacjentka łatwo się męczyła podczas rozmowy, przyczem głos czasami przyjmował charakter falsetowy (*Fistelstimme*). Wynik badania laryngoskopowego przytaczamy *in extenso*: przy wydawaniu głosu struny głosowe szybko zbliżają się do linii środkowej i zupełnie zamykają szparę głosową, lecz wkrótce potem rozchodzą się i, przechodząc znowu w położenie wdechowe, wykonywają 2—3 krótkie, szybkie, symetryczne, lecz niezupełne ruchy ksobne. Jeżeli zaś pacjentka wskutek dłuższej rozmowy albo badania laryngoskopowego staje się rozdrażniona, to i podczas oddechu widać czasami rytmiczne ruchy ksobne obydwóch strun głosowych, przyczem jednakże te ostatnie nie dochodzą do linii środkowej. Słychać wtedy nagle przerywania szmeru oddechowego.

Drugie dokładne badanie laryngoskopem było dokonane przez A. ROSENBERG'a ⁷²⁾. U jego chorego, podczas rozmowy, także występowały nieprawidłowe przerwy, czasami nawet powtarzanie pierwszej litery. Pomimo drżenia głowy, było także drżenie podniebienia miękkiego i nagłośni. Dawało się to spostrzegać szczególnie wtedy, gdy chory był rozdrażniony. Podniebienie miękkie, z mniejszymi lub większymi przerwami, wykonywało wtedy od 3-ch do 6-iu ruchów jakby połykowych, tak samo i nagłośnia. Z dokładnego obrazu laryngoskopowego, zgadzającego się prawie z poprzednim opisem MÜLLER'a, przytaczamy kilka ciekawych szczegółów. Zbliżanie się strun głosowych nie następowało natychmiast po rozkazie badającego, lecz „wymagało nieznacznej pauzy, dopóki struny głosowe spełniły wolę pacjenta”. Po strunach głosowych, zwłaszcza lewej, przechodziły kurcze w jednakowym tempie, z drżeniem kończyn i głowy.

⁷⁰⁾ A clinical lecture on shaking palsy. Brain. Jan. 1880.

⁷¹⁾ Ueber Paralysis agitans mit Betheiligung der Kehlkopfmuskulatur. Charité—Annalen t. XII, 267—273.

⁷²⁾ Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralysis agitans. Berliner Klinische Wochenschrift. Nr. 31.

Zmiany głosu i mowy dość często były zanotowane u naszych chorych. Przypominamy przypadki: II, (głos nadzwyczaj cichy, mowa trudno zrozumiała, rodzaj szeptu, bardzo często jeden wyraz dwa razy powtarza); III (głos cienki i piskliwy od czasu choroby); IV (mowa cicha i powolna); X (chory zwraca uwagę na to, że „głos jego stał się piskliwy“, głos bardzo cienki) i XV (po kilku minutach mowy nie może czasami słowa wydobyć, mówi z trudnością, cicho, jednostajnie, to znowu płynniej). Oczywiście, że zboczenia głosu i mowy w omawianej chorobie są bardzo analogiczne z temi zmianami, jakie widzieliśmy przy wykonywaniu wszelkich ruchów dowolnych. Nie mamy więc tu do czynienia z żadnym nowym czynnikiem albo objawem. Jest to tylko jeszcze jeden szczegół ogólnego zjawiska.

Ta sama uwaga stosuje się i do tych nielicznych przypadków, gdzie opisane były zmiany ze strony funkcji gałek ocznych. DEBOVE⁷³⁾ pierwszy opisał chorą, dotkniętą typową chorobą PARKINSON'a, która tylko przy znacznym wysiłku mogła zmienić kierunek swych osi wzrokowych, wskutek czego chora nie mogła przesunąć oczu z końca jednego wiersza ku początkowi drugiego ze zwykłą u zdrowych szybkością. Szczególnie trudne było dla chorej czytanie czegokolwiek wydrukowanego w kilku szpaltach (w dzienniku na przykład). Przy końcu wiersza bowiem oczy przesunęły się mimowoli do odpowiedniego wiersza w drugiej szpalcie. DEBOVE widzi w tem analogię z antepulsą. Podobny przypadek ogłosił także NEUMANN⁷⁴⁾. U innych autorów prawie żadnych wzmianek o zmianach w ruchach gałek ocznych nie znajdujemy. Jest to dosyć dziwne wobec tego, że zmiany w ruchach gałek ocznych, o ile sądzić można z naszego materiału, nie należą, zdaje się, do wielkich rzadkości. Stwierdziliśmy je bowiem w przypadkach: IX (ruchy gałek ocznych powolne, bez drgania); XVIII (ruch gałek ocznych przerywany, *ruckartig*, *saccadé*, jakby się składał z kilku mniejszych) i w następującym XXI.

XXI. T. 63 l. Choroba zaczęła się rok temu silnym bólem głowy, po którym wystąpiło osłabienie w kończynach. Chory mógł jednakże jeszcze chodzić: przebywał bowiem piechotą znaczne odległości. Od 8-iu miesięcy chodzi już z wielką trudnością, ostatecznie położył się do łóżka, ponieważ prawie wcale nie może chodzić. Odbył ciężką służbę wojskową (był w Sewastopolu). Cztery lata temu miał wrzody na lewej gołeni. Ostatnich kilka lat mieszkał w pokoju, zresztą suchym, w którym były silne przeciągi. Przymiotu i nadużycia wysoko zaprzecza.

Prawidłowo zbudowany. W położeniu stojącym kończyny dolne są lekko zgięte w stawach kolanowych i biodrowych, tułów i głowa nachylone ku przodowi. Górne kończyny nieco odchylone, zgięte pod kątem prostym w stawach łokciowych, ostatnie 4 palce lekko ku dłoni skrzywione, a palec duży przeciwstawiony względem wskaziciela. Górne kończyny ulegają krótkiemu, rytmicznemu, dość szybkiemu drżeniu: prawa w stawie barkowym i napiętkowym (ruch ksobny i odsiebny), lewa zaś w łokciowym (zginanie i wyprostowywanie). Drżenie to, zwykle jednostajne pod względem charakteru i siły, wzmacnia się niekiedy i udziela się całemu tułowi. Początek ruchu dowolnego znosi drżenie, trwanie zaś ruchu wzmacnia je. Przy staniu widać toniczny skurcz mięśni kończyn, wyrażający się występowaniem pod skórą nawet takich mięśni, które w danym razie nie znajdują się w stanie skurczu czynnego, na przykład mięśnia *supinator longus sin.* i innych; przy staniu widać także drżenie włókienkowe niektórych mięśni np. *tensor fasciae latae*, powiększające się podczas chodzenia i rozszerzające się na wszystkie prawie mięśnie kończyn dolnych, przyczem całe pęczki włókien to występują pod skórą, to opadają. Chory opiera się bardziej na prawej dolnej kończynie i jest także w tę stronę przechylony, prawa połowa miednicy stoi niżej, a wskutek większego osła-

⁷³⁾ DEBOVE. Progrès Médical 1878, N-r 7 według GRASSET'a.

⁷⁴⁾ Progrès Médical. 1879, N-r 32 według GRASSET'a

bień lewego mięśnia pośladowego tenże nie zniża lewej połowy miednicy, dzięki czemu chory musi prawe kolano bardziej zginać: Chód nadzwyczaj powolny, kroki małe. Łatwo wyprowadzić chorego z równowagi stojącej, a przy lekkim pociągnięciu go wtył biegnie wstecz, dopóki się rękoma nie uczepi, lub nie upadnie. Kładąc się na łóżko, opiera się naprzód rękoma o pościel, stawia następnie na niem kolana, a w końcu opuszcza się tułowiem, który jak kamień pada własnym ciężarem na bok, na którym chory zwykle leży. Przewracanie się z boku na bok odbywa się z wielkim wysiłkiem i bardzo wolno. Potrzeby częstej zmiany położenia nie odczuwa, gdyż może przeleżeć kilka godzin na jednym boku; w nocy tylko, zwłaszcza pod ciepłym nakryciem, doznaje palenia i kłucia w dolnych kończynach, których położenie musi zmieniać. Wszystkie ruchy kończyn dolnych są możliwe, ale powolne, siła prawej dość znaczna, lewej zmniejszona. Przy ruchach biernych napotyka się opór w początku ruchu. Odruchy kolanowe wzmożone, odruchu stopowego nie ma, odruch od ścięgna ACHILLES'a żywy, podeszwowy istnieje, kremasterowego nie ma. Kręgosłup łukowato ku tyłowi wygięty, na ucisk niebolesny. Ruchy tułowia możliwe z wyjątkiem wyprostowania kręgosłupa. Przy ruchach biernych w górnych kończynach opór umiarkowany. Ruchy czynne wszystkie możliwe, ale bardzo powolne i słabsze po stronie lewej. Siłomierz wskazuje w prawej ręce 60, w lewej 20. Czucie wszędzie zachowane. Odruch ścięgna mięśnia trójgłowego i innych ścięgien na górnych kończynach wzmożony. Pobudliwość mechaniczna dolnych i górnych kończyn, zwłaszcza ostatnich, wzmożona. Przy ruchach biernych głowy znaczny opór, zwłaszcza ku tyłowi, ruchy czynne powolne. Twarz jakby nabrzękła, o jednostajnym wyrazie, brzozy nosowargowe głębokie, też sama powolność ruchów twarzy i języka, który zresztą nie przedstawia ani drżenia ani osłabienia. Podniebienie z obu stron jednakowo się kurczy. Połykanie dobre. Ruchy gałek ocznych przerywane, ale nie jest to *nystagmus*. Żrenice umiarkowanie zwężone, oddziałują na światło. Wzrok dobry. Słuch po stronie lewej zniesiony zarówno przez przewodnictwo kostne, jak i powietrzne, wypływ ropny z lewego ucha. Pamięć i inteligencja podobno ucierpiały, ale porozumieć się z chorym łatwo, w mowie nic szczególnego zauważyć się nie daje. Sen dobry. Zawrót i ból głowy przy podnoszeniu jej. Stale doznaje darcia w karku. Mocz oddaje bardzo często, pod wpływem zimna jeszcze częściej (2 razy na godzinę), nie może wtedy moczu zatrzymać, strumień zresztą jest silny. W nocy oddaje mocz kilka razy. Stolec prawidłowy.

Oprócz opisanych zmian wzroku, niejako swoistych dla choroby PARKINSON'a, zanotowane są w literaturze i niektóre inne zboczenia wzroku w zajmującej nas chorobie, jak: *ptosis duplex*, drgania w górnej powiece, przemijające ambliopie bez widocznych zmian, zanik nerwu wzrokowego⁷⁵). GAŁĘZOWSKI widział w jednym przypadku zniesienie pola widzenia nawewnątrz, w górę i na dół, przyczem nazewnątrż wzrok był zachowany⁷⁶).

Wobec nieznacznej ilości przypadków tej ostatniej kategorii, trudno oczywiście rozstrzygnąć, o ile zmiany takie znajdują się w przyczynowym związku z głównym cierpieniem; czy są one dalszym ciągiem jednej i tej samej sprawy chorobowej, czy tylko przypadkowym powikłaniem? GOWERS zwraca także uwagę na to, że znajdował zawsze zwężone żrenice, co mogło być zresztą w związku z posuniętym wiekiem chorych, i że w 5-u przypadkach, gdzie objawy były tylko na jednej stronie, żrenica na tejże stronie była węższa. GOWERS widzi w tem wpływ nerwu współczulnego.

Żadne cierpienie nerwowe nie było tylokrotnie przedmiotem badań urologicznych, co choroba PARKINSON'a. Przypuszczano, że bezustanne drżenie,

⁷⁵) PELTESOHN. Ursachen und Verlauf der Sehnervenatrophie. Cblatt für praktische Augenheilkunde. 1886.

⁷⁶) Sprawozdanie z Société de Biologie w Paryżu z posiedzenia 7-go lutego 1891 r., według Mendel's Cblatt. t. X. p. 224.

resp. praca mięśniowa, nie może pozostać bez wpływu na przemianę materii w ustroju. CHERON ⁷⁷⁾ jeden z pierwszych (przed nim w tym kierunku pracował BOUCHER ⁷⁸⁾, REGNARD) zajął się szczegółowo tą kwestią i znalazł znaczne powiększenie dziennej ilości moczu oraz fosforanów (3 razy więcej). Takie same wyniki otrzymali LAPORTE ⁷⁹⁾, DENOMBRÉ ⁸⁰⁾, GAUTHIER ⁸¹⁾, po części MOSSÉ i BANAL ⁸²⁾. Z drugiej strony cały szereg innych autorów, jak SAINT-LÉGER ⁸³⁾, GÜRTLER ⁸⁴⁾, EWALD ⁸⁵⁾ nie mogli tego potwierdzić. LEVA ⁸⁶⁾, który pracował w klinice EICHHORST'a, tak samo nie znajdował ani poliuryi ani fosfaturii i wyraźnie zaznacza, że „zaburzenia ruchowe przy *paralysis agitans* nie wywierają żadnego, przez rozbiór moczu dającego się stwierdzić wpływu na przemianę materii w ustroju chorego“. W XXI naszym przypadku istniała, zdaje się, poliurya.

Powyższemi uwagami możemy zakończyć przedmiotową symptomatologię zajmującego nas cierpienia i przejść do podmiotowych wrażeń i skarg naszych chorych.

Wogóle mówiąc, dotknięty chorobą PARKINSON'a nie „zarzuca“ lekarza długimi opowiadaniem o swoich cierpieniach i mękach. Niektórzy chorzy czują się zupełnie dobrze i są tylko zaniepokojeni objawami ruchowymi. Nierzadkie są w początku choroby nieznaczne gośćcowe bóle w kończynach. Zato bardzo często (w $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadków) chorzy mówią, że doznają jakiegoś uczucia ciepła, gorąca, a czasami i palenia, które bardzo im dokucza. Chory unika wtedy cieplej atmosfery i ubrania. Szczególnie w nocy uczucie gorąca lub palenia tak się wzmacnia, że pokrywająca chorego kołdra jest dla niego nieznosnym ciężarem; nawet w chłodne noce zimowe chory taki może znieść tylko lekkie okrycie. Takiemu stanowi zwykle towarzyszy bezsenność, albo sen często przerywany. Przyczynia się do tego wielce i ta okoliczność, że chory w łóżku z wielką trudnością może sobie znaleźć odpowiednie, zadawalniające go położenie. Dotykające go w łóżku przedmioty, czasami jakaś fałda na prześcieradle, palą go; zdaje mu się, że jeżeli się przewróci, to mu będzie lepiej, ale wskutek właściwej mu powolności ruchów, takie przewrócenie się wymaga wielkiego wysiłku; wywiązuje się w taki sposób nieskończone pasmo cierpień, wśród których chory przepędza noce bezsenne. Żeby prędzej skutecznie częste zmiany położenia, przy chorym czasami siedzi w tym celu jakaś specjalna osoba, ale najłżejsze niezręczne dotknięcie tej

⁷⁷⁾ De la modification importante, que subit la constitution chimique de l'urine dans la paralysie agitante (phosphaturie). Progrès médical 1877.

⁷⁸⁾ De la maladie de PARKINSON. Thèse de Paris 1877.

⁷⁹⁾ Contribution à l'étude de la phosphaturie dans la maladie de PARKINSON. Thèse de Paris. 1879.

⁸⁰⁾ De la maladie de PARKINSON. Thèse de Paris. 1881.

⁸¹⁾ Quelques considérations sur la maladie de PARKINSON. Lyonnais médical 1888. II. p. 17.

⁸²⁾ Recherches sur l'excrétion urinaire dans la paralysie agitante. Revue de médecine, Paris. 1888. Nr. 7.

⁸³⁾ Paralysie agitante. Maladie de PARKINSON. Thèse de Paris. 1879.

⁸⁴⁾ Ueber Veränderungen im Stoffwechsel bei Paralysis agitans. Archiv für Psychiatrie, Bd. XIV.

⁸⁵⁾ Ueber Phosphorsäureausscheidung bei Paralysis agitans. Berlin. Klin. Wochens. 1883.

⁸⁶⁾ Klinische Beiträge zur Paralysis agitans. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. II.

ostatniej jest znowu powodem narzekań i jęków. Nie możemy w tem miejscu nie przypomnieć jeszcze raz naszego chorego G. (V). „Uczucie gorąca... jest główną skargą chorego, — w nocy męczy się, nim znajdzie stosowne położenie, jęczy i przewraca się (to ostatnie skutecznia z trudnością, muszą mu pomagać). Każde dotknięcie, choćby zimnym przedmiotem, pali go... Pościel go parzy“.

Słabsze lub silniejsze wrażenia termiczne, połączone z niezadawalniającym snem, powtarzają się prawie stereotypowo w każdym przypadku. Czasami nawet poprzedzają one inne objawy. U jednego chorego GOWERS'a wystąpiły objawy przedmiotowe dopiero w 4 lata po narzekaniach na parzenie. Daleko rzadsze są przypadki, gdzie chorym dokucza nieprawidłowe uczucie zimna, niby stałe dreszczyki; czasami nawet uczucie zimna i ciepła kolejno się zmieniają.

Termometryczne badania, dokonane przez GRASSET'a i APOLINARIO'a⁸⁷⁾, GOWERS'a i ostatnio przez A. FUCHS'a⁸⁸⁾ w klinice NOTHNAGEL'a, wykazały, że uczuciu ciepła lub zimna towarzyszy odpowiednie podniesienie lub obniżenie ciepłoty ośrodkowej. Na 26 chorych FUCHS u 9-iu jednocześnie ze wzrastającym uczuciem ciepła znajdował podniesienie się ciepłoty (do 39,4°). U jednego chorego zaś, który się wciąż skarżał na uczucie zimna, ciepłota ciała zawsze wahała się między 35,8° a 36,5°. Ciepłota obwodowa jest według GRASSET'a czasami o 3 stopnie wyższa, aniżeli u ludzi chorobą PARKINSON'a niedotkniętych. Oczywiście, w związku z tymi termicznymi objawami znajduje się skłonność do pocenia się, którą zwykle u naszych chorych spotykamy. Jeżeli dotknięta bywa jedna tylko strona, to ta daleko więcej, aniżeli druga, się poci.

Tak w głównych zarysach przedstawia się choroba PARKINSON'a. Pomimo znacznej ilości objawów dają się one jednakże zredukować, jakśmy widzieli, do kilku tylko mianowników, wśród których zaburzenia w ruchu są na pierwszym planie. Ale powstaje pytanie, z jakiego rodzaju cierpieniem mamy do czynienia, jaka jest jego patogenеза, jak się przedstawia jego anatomia i fizjologia? Niestety, na wszystkie te pytania nikt jeszcze dotychczas nie dał ścisłej i dokładnej odpowiedzi. I my taką poszczycić się nie możemy. Postaramy się tylko przytoczyć istniejący pod tym względem materiał i z różnych wygłoszonych hipotez wybrać i oświetlić tę, która najwięcej z faktami się godzi.

(D. c. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

D-r. H. NIMIER.

Chirurgia trzustki.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 32).

IV. Nowotwory trzustki bywają trzech rodzajów: torbiele, guzy torbielowe i guzy twarde.

1) Torbiele i guzy torbielowe. W tej kwestyi istnieje szczegółowa praca J. BOECKEL'a (1891); również HARTMANN na zjeździe chirurgów francuskich w r.

⁸⁷⁾ Progrés médical 1878. Por. podręcznik GRASSET'a.

⁸⁸⁾ Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. Zeitschrift für Klinische Medizin. Bd. XXV. Heft 3—4.

1891 podniósł pytanie, dotyczące się ich patogenozy, ważne pod względem zastosowania zabiegu chirurgicznego.

a) Patogeneza i anatomia patologiczna. Za zasadę powstawania torbieli i guzów torbielowych trzustki przyjmowano zamknięcie światła przewodu WIR-SUNG'a albo jednej z jego gałęzi zapomocą kamieni, zgięcia lub ściągania bliznowatego (SENN, BOECKEL). Tymczasem badania anatomo-patologiczne nie potwierdzają takiej teorii torbieli prostej (*cystis retentione*): VIRCHOW, badając torbiel trzustki wielkości głowy dorosłego człowieka, nie odważył się przyjąć jej za rozszerzenie przewodów trzustkowych, badanie drobnowidzowe ścian nie potwierdziło również tej hipotezy. LE DENTU znalazł wewnętrzną powierzchnię podobnej torbieli ziarnistą, ŻUKOWSKI — pokrytą miękkimi i słabo unaczynionymi naroślami, RIEDEL — z jamami pokrytymi nabłonkiem cylindrycznym. U chorego LUECKE'go ROKITANSKY określił raka klejowego, MARTIN w torbieli, mieszczącej 15 litrów płynu, znalazł jamy pokryte nabłonkiem cylindrycznym. W przypadku MÉNÉTRIER'a określono nabłoniaka z przerzutami w wątrobie; podobne jest i spostrzeżenie HARTMANN'a. Znajdujemy więc w torbielach trzustki cały szereg nowotworów, od nabłoniaków łagodnych do złośliwych, z przerzutami w wątrobie (po gałęziach żyły wrotnej). Te uwagi HARTMANN'a mają ważno znaczenie praktyczne, rzucając światło na charakter często złośliwy nowotworów, mianych dotąd za łagodne. Tego rodzaju guzy trzustki przejawiają się najczęściej w postaci guza większej lub mniejszej objętości (PEARCE, GOULD, MARTIN), lecz bywa jeszcze i zwyrodnienie torbielowe trzustki, którego klinicznie określić niepodobna z powodu małej objętości oddzielnych torbieli i, co za tem idzie, nieznacznego powiększenia gruczołu (THIROLOIX et PASQUIER). Powyższe zwyrodnienie autorzy porównują do spotykanego w nerkach, jądrach i sutkach. Ostatni, mniej liczny rodzaj torbieli trzustki przypada na torbiele proste—retencyjne (CRUVEILHIER, PHULPIN), które mogą się skombinować z nacieczeniem złośliwym tkanki okolicznej (GOODMANN). Z tych wszystkich spostrzeżeń wypływa ogólny wniosek praktyczny: torbiele łagodne należy otwierać i drenować, złośliwe wyluszczać, ale przy ocenianiu charakteru torbieli należy być nadzwyczaj oględnym.

b) Położenie i stosunek do sąsiednich narządów. Podług QUÉNU guzy trzustki zajmują przestrzeń zaotrzewnową, wystają do jamy małej sieci, opierają się o tylną powierzchnię żołądka, sieć wielką i poprzeczną. Większe przeciskają się między żołądkiem a poprzeczną i dochodzą do zetknięcia ze ścianą brzuszną, poprzecznicą przytem może być odepchnięta aż za spojenie łonowe. Zrosty z sąsiednimi narządami przedstawiają wielką różnorodność: z *mesocolon transversum* (MIKULICZ), z kiszka cienkimi (HULKE), z okrężnicą zstępującą (MARTIN). Znajdowano podobne torbiele umieszczone pomiędzy wątrobą i małą krzywizną żołądka, pokryte więzłem żołądkowo-wątrobowym (REGNER), nad małą krzywizną żołądka (SWAIN).

Te wszystkie zboczenia są zapewne następstwem opadnięcia żołądka i kisek i zawsze należy je mieć na uwadze. Pomimo licznych zrostów z sąsiednimi narządami, przy postępie techniki operacyjnej jest możebne zupełne wyluszczenie torbieli trzustki, jak to wskazują przypadki CLUTTON'a, BOZEMAN'a, RIEDEL'a ¹⁾. Co do umiejscowienia torbieli i guzów torbielowych na samej trzustce, to LE DENTU wskazuje *corpus pancre.* jako ich ulubione miejsce, HAGENBACH na 22 spostrzeżenia znalazł 10 na *cauda*, 4 na *caput*, 1 na *corpus*, w 7-iu miejsca nie wskazano; BOECKEL w 30 spostrzeżeniach: 6 *cauda*, 2 *corpus*, 1 *caput et corpus*, 1 cała trzustka, w 20 miejsca nie określono; NIMIER 18 spostrzeżeń: 5 *cauda*, 3 *corpus*, 10 nie określono. Wogóle na 68 spostrzeżeń *cauda* była punktem wyjścia 21 razy, *corpus* 6, *caput* 4, *caput et corpus* 4, cały gruczoł 1, nie określono miejsca w 35 przypadkach, statystyka więc nie jest wyczerpująca, chociaż *cauda pancre.* zdaje się przeważać.

Należy jeszcze ze względów praktycznych wspomnieć o stosunku normalnej trzustki do sąsiednich naczyń i nerwów. Za gruczołem leżą wielkie tętnice i żyły, a mianowicie: po za głową trzustki żyła główna dolna, żyła wrotna, początek żyły nerkowej prawej; za ciałem—aorta, początki *a. mesent. sup.*, *a. coeliacae* i *a. renalis sin.*; *caput pancre.* leży nad prawą nerką lub nadnerczem. Wzdłuż gruczołu idzie tętnica śledzionowa (a poniżej i nieco z tyłu żyła śledzionowa) w rowku po górnym brzegu ciała trzustki, z przodu z głową trzustki krzyżuje się *art. gastro-epiploica dextra* i *art. pancreatico-duodenalis*,

¹⁾ Również przypadek prof. KOSIŃSKIEGO, opisany w krótkości w pracy J. ZAWADZKIEGO „Rozbiór chemiczny soku trzustkowego ludzkiego“. „Gaz. lek.“ r. 1890, N. 47. (Przyp. Red.).

z ciałem *art. gastro-epiploica sin.* Należy również pamiętać o obecności 2—3 wielkich gałęzi limfatycznych, które przechodzą pomiędzy głową trzustki i trzecią częścią dwunastnicy, aby utworzyć potem przewod piersiowy (*ductus thoracicus*). Mało mamy spostrzeżeń, określających, jakie zboczenia w tych normalnych stosunkach powodują guzy trzustki: podług ANGER'a naczynia śledzionowo przylegają z tyłu i z wierzchu do guza i zasilają go licznymi gałązkami, SALZER spostrzegł to naczynia na przedniej powierzchni guza, gdzie były przyjęte za anastomozy *art. mammariae int* i *art. lumbalis*. HULKE na przedniej powierzchni guza znalazł gałązki *art. mesentericae sup.*, ALBERT—v. *coronariam ventriculi*. BOZEMANN w jednym przypadku opisuje *art. nutriens* szerokości tętnicy ramieniowej. Spostrzeżenia nie dają żadnych wskazówek o stanie naczyń chłonnych. Jeszcze większy brak danych o stosunku ze zwojem nerwu współczulnego.

c) Leczenie. Podług BOECKEL'a stosowano 4 następujące zabiegi operacyjne: 1) przekłucie proste, 2) zabieg RÉCAMIER'a (przeżarcie ściany brzusznej i torbieli zapomocą potasu żrącego), 3) laparotomia, otwarcie torbieli (na jednym lub dwóch posiedzeniach), wszycie ściany w ranę brzuszną, 4) wyluszczenie zupełne. Nietylko dwa pierwsze zabiegi, ale i laparotomia z wtórnem otwarciem torbieli winny być dziś zarzucone, jako operacye nie współczesne. Przekłucie próbne ma tylko wtedy znaczenie, jeżeli rozbiór chemiczny otrzymanego płynu daje nam wskazówkę dodatnią, t. j. wykazuje obecność soku trzustkowego, lecz najczęściej otrzymujemy wyniki ujemne, a obawa zakażenia i zapalenia otrzewnej powinna od niego wstrzymać. Podług autora należy się trzymać następującego planu operacyjnego: a) laparotomia w smudze białej, b) obnażenie torbieli z pokrywających ją powłok, c) przekłucie trójgranicem w celu opróżnienia zawartości, d) zamknięcie otworu po przekłuciu zapomocą kleszczyków, e) zbadać zrosty i stosunek do sąsiednich narządów; tu można się spotkać z dwiema ewentualnościami: albo zrosty dadzą się łatwo oddzielić i można dojść do punktu wyjścia torbieli, albo są one nader liczne, mocne i unaczynione. W pierwszym razie należy usunąć guz w zupełności po uprzednim nałożeniu ligatury na nóżkę, w drugim zaś — wyciąć ze ścian torbieli ile się da najwięcej i wtedy albo wszystkie brzozy pozostałej jamy w ranę skórną i założyć dren, albo też, jeżeli stan i głębokość jamy torbieli na to pozwalają, przeprowadzić gruby sączek w lewą okolicę lędźwiową, przednią zaś ranę zaszyć w zupełności. Powikłania i warunki miejscowe w każdym poszczególnym przypadku zmuszają do większych lub mniejszych zmian w powyższym ogólnym zarysie.

Wyniki, otrzymane przy stosowaniu rozmaitych zabiegów w ogólnej liczbie 50, są następujące: 1) otwarcie na jednym posiedzeniu i dren: wyzdrowień 21, zejść śmiertelnych 5; 2) częściowe wyluszczenie: wyzdrowień 6, śmierć 1; 3) otwarcie na dwóch posiedzeniach i dren: wyzdrowień 9; 4) zabieg podług RÉCAMIER'a: 1 śmierć (LE DENTU 1865). Wogóle wyzdrowień 41, zejść śmiertelnych 9 (1 *shock*, 1 *septicaemia*, 4 *peritonitis*, 1 *pericarditis*, 1 *occlusio intestinorum*, 1 *cachexia carcinomatosa*). Wstrząsu nie było przy częściowem lub całkowitem wyluszczeniu guza, co jest nadspodziewane ze względu na stosunek trzustki do *plexus solaris*. Ta okoliczność powinna zachęcić do częściowego lub całkowitego usuwania guza i zaniechania otwierania i drenowania, chyba z wyjątkiem tych przypadków, gdzie zabieg podobny byłby niemożliwy lub zbyt trudny.

2) Guzy twarde. I. Rodzaj. Umiejscowienie i stosunki anatomiczne. Objętość. Ze wszystkich guzów twardych trzustki najczęściej spotykano raka. Jeszcze w 1864 r. AMELET zebrał więcej niż 200 przypadków; w nowszych czasach SGRÉ-REMO (Medyolan) na 11,500 sekyi znalazł 132 guzy trzustki, w tej liczbie 127 rakowych, 2 mięsaki, 2 torbiele, 1 syfilomat. Podług MIRALLIE najczęściej mamy tu do czynienia z rakiem twardym (*scirrhus*), chociaż i inne rodzaje były spostrzegane. Złośliwość twardych guzów trzustki nie zależy wyłącznie od ich rodzaju, ale od zaburzeń czynnościowych, jakie wywołują dzięki swemu umiejscowieniu anatomicznemu. Rzadziej w trzustce spotykano mięsaki (PAWLICKI, NEVÉ, SGRÉ-REMO). PALLIER opisuje dwie postacie gruczliku trzustki — prosówkową i jamistą, dochodzącą do guza, rzadziej ropnia. Dwa podobne przypadki ARAN'a zamykają ten dział. Nieznaczna wogóle ilość guzów nie rakowatych zależy być może od niezwracania uwagi na trzustkę przy sekcjach, albo też od zaliczania znalezionych guzów do raków, jako nowotworów jakoby właściwych trzustce.

Zwyrodniała w ten lub inny sposób trzustka może powodować rozmaite zaburzenia w czynnościach sąsiednich narządów: uciskać i odsuwać do ściany brzusznej żołą-

dek (PETIT), uciskać wpust żołądka (RAHN), prawy moczowód (RÉCAMIER, BURD i PIC), poprzecznice (BUTTERSKY), tętnicę i żyłę kręzkową górną (WILLIAMS), naczynia śledziony (SANDWITH), częściej jeszcze żyłę główną dolną i żyłę wrotną, na koniec w przypadku SALMADE'a, przytoczonym przez ANCELOT'a, aorta była zwężona i ściana jej chrząstkowata w miejscu ucisku, a nad tem miejscem silnie rozszerzona; podobnie zachowywał się i *truncus coeliacus*; pęknięcie przezartej tętnicy wieńcowej żołądka spowodowało śmiertelność. CHOUPIŃ i MOLLE przy raku trzustki znaleźli w ścianie aorty dwie zwapniałe blaszki. Należy mieć również na uwadze ucisk naczyń chłonnych. Wpływ guza na narządy sąsiednio zmienia się stosownie do umiejscowienia jego w samym gruczole, do rozmiarów jego i zrostów z sąsiednimi tkankami. Statystyka ANCELOT'a wykazuje umiejscowienie raka w głowie trzustki 33 razy, w ciele 5 razy, w ogonie 2 razy, cały gruczoł był zajęty w 88 przypadkach. SEGRÉ-REMO: 35 razy głowa, 19 razy cały gruczoł, 2 razy ciało, 1 raz ogon. Głowa trzustki jest niejako ulubionem siedliskiem raka. Dalej statystyka włoska wykazuje, że rak przeszedł na żołądek w 74 przypadkach, na kiszki 12 razy, na wątrobę 59 razy, na śledzionę 4 razy. ANCELOT opisuje 3 przypadki przerzutów w płucach i jeden w mięśniu sercowym, FRIEDREICH wtórnie obrzmiewanie gruczolów szyi. ARNORAN powiada, że rzadko nie znajdujemy masy gruczolów otaczających trzustkę; częściej zlewają się one z guzem pierwotnym lub stanowią niejako sznur na górnym brzegu trzustki i tę masę można często wyczuć przy wymacywaniu. Ta częstość przerzutów, przy obecności licznych i silnych zrostów z otrzewną, siecią i kiszki, czyni wątpliwą skuteczność zabiegu operacyjnego. Wielkość guzów trzustki jest rozmaita: od głowy dorosłego człowieka (TERRIER), głowy dziecka, orzecha kokosowego, dużego jaja (SAQUET, BARD i PIC)—do zachowania przez gruczoł swoich wymiarów normalnych, co bywało powodem omyłek rozpoznawczych (RÉCLUS i CHAPUT). W tych ostatnich razach guz trzustki robi przy wymacywaniu wrażenie kamyka żółciowego. TERRIER dla uniknięcia pomyłki radzi guz taki nakłuwać igłą, przyczem kamyk daje charakterystyczny opór. Według DA COSTA klinicznie na 37 przypadków określono zapomocą wymacywania 13 razy guz rakowy trzustki; BIGSBY określa ten stosunek na 4:15, ANCELOT 46:151. MIRAILLÉ mówi, że rozszerzony pęcherzyk żółciowy brano za guz trzustki. Badanie skutecznie należy po uprzednim opróżnieniu żołądka i poprzecznic w położeniu w raczka lub pod chloroformem.

Rak trzustki przedstawia się jako masa leżąca głęboko w okolicy pępkowej i nadbrzuszej, wydłużona poprzecznie, twarda, okrągława, gładka lub guzowata, trudna do obojścia brzegów, mało albo zupełnie nieruchoma. W rzeczywistości guzy twarde trzustki trudno przy badaniu zewnętrznem rozpoznać, i w zaburzeniach, przez nie wywołanych, chirurg musi szukać wskazań do zabiegu, który o tyle jest pożyteczniejszy, o ile wcześniej bywa podejmowany.

II. Leczenie radykalne. Wyłuszczenie guza. A. MATHIEU jest wyłącznie za leczeniem objawowem raka trzustki, przeciwnie QUÉNU nie widzi możliwości terapeutycznego leczenia. Autor przytacza 3 przypadki wyłuszczenia guzów twardej trzustki (BRIGGS, RUGGI, TERRIER), jakie udało mu się zobrać z literatury; z tych dwa pierwszo zakończyły się wyzdrowieniem, ostatni zaś śmiercią wskutek wstrząsu nerwowego. W przypadkach BRIGGS'a i RUGGI'ego guz wychodził z ogona gruczolu, który stanowił niejako naturalną jego nóżkę: w podobnych przypadkach można stosować cięcie ukośno z lewego boku i dojść do guza drogą zewnątrzotrzewnąą, jednak możliwio się to okazuje przy napiętych ścianach brzusznych i braku zrostów, w przeciwnym razie operacja podobna, sama przez się trudna, zmusza do otwarcia jamy otrzewny i operowania głęboko na małym polu operacyjnem. Jeżeli przy formowaniu nóżki względnie łatwo uniknąć wielkich naczyń, leżących za gruczolem, to rzecz się ma przeciwnie z gałązkami *n. sympathici*: tu leży przyczyna zdarzającego się wstrząsu, którego nie notowano przy wyłuszczaniu torbieli trzustki, gdzie nóżka formuje się z samej torbieli. Guzy, złane mocno z sąsiednimi narządami, nie nadają się do wyłuszczenia. Wogóle operacye RUGGI'ego i TERRIER'a nie pozwalają na postawienie ścisłych wniosków i wskazań.

III. Leczenie chirurgiczne objawowe. BARD i PIC podają następujące objawy klinicznego rozpoznawania raka trzustki: żółtaczka postępująca i bez remisji, stan podgorączkowy, wyczuwalne powiększenie pęcherzyka żółciowego, brak powiększenia wątroby, szybkie wychudnienie i charkactwo, krótki przebieg choroby. Wszystkie guzy twarde trzustki mogą wywołać zaburzenia czynnościowe, zmuszające

do interwencji chirurgicznej, a mianowicie z dwóch przyczyn: a) zamknięcia światła przez ucisk lub przerost ścian dwunastnicy i b) zamknięcia światła przewodu żółciowego wspólnego, a zatem wstrzymania odpływu żółci.

a) Zamknięcie światła dwunastnicy. Gastroenterostomia. Zazwyczaj operację tę podejmowano jakoby z powodu niedrożności jelit i dopiero podczas operacji znajdowano dwunastnicę uciśniętą przez zwyrodnioną trzustkę.

Zaburzenia, wywołano przez ucisk lub przerost ścian dwunastnicy, w każdym poszczególnym przypadku są inne: wymioty po jedzeniu (MONDIERE) z szybkim zejściem śmiertelnym, lub z przebiegiem powolniejszym (BARDELEBEN); czasem po okresie powolnym następuje szybki rozwój groźnych objawów (TEISSIER, HOLSCHEER). Z gastroenterostomii przynosi rzeczywistą korzyść, dowodzi spostrzeżenie STAUSFIELD'a, którego chory żył po operacji 4 miesiące i zyskał na wadze: na sekcji miejsce anastomozy znaleziono trwale zrosnięte, płyn z żołądka swobodnie przechodził do kiszki. Należałoby tylko przystępować do zabiegu wcześniej i w samym początku objawów przewężenia.

b) Zamknięcie światła przewodu żółciowego wspólnego. Każda sprawa patologiczna, rozwijająca się w głowie trzustki, może wstrzymać odpływ żółci. Należy zauważyć, że wstrzymanie żółci, spowodowane kamieniem żółciowym, rzadko wikła się z rozszerzeniem pęcherzyka żółciowego, przy ucisku zaś zzewnątrz spotyka się ono stale. Dzięki temu rozszerzeniu, przywrócenie odpływu żółci bądź na zewnątrz (cholecystotomia), bądź do kiszki (cholecyst-enterostomia) staje się możliwe. W niektórych przypadkach (ZAGÓRSKI) można zgłębnikiem rozszerzyć miejsce przewężone w przewodzie żółciowym wspólnym i czasowo przywrócić odpływ żółci, ale zabieg ten jest niebezpieczny ze względu na możliwość przedziurawienia i zakażenia. Po otworzeniu pęcherzyka żółciowego należy się przekonać o drożności dróg żółciowych, usunąć kamienie, jeżeli się znajdują, i wszyć brzegi pęcherzyka w ranę brzuszną lub w otwór w najbliższej pętli kiszki cienkich. Przeglądając zebrane przez autora spostrzeżenia, tyczące się obydwóch rodzajów operacji, nie trudno wyciągnąć wniosku co do wartości każdej z nich: na 17 cholecystotomii w 8 przypadkach śmierć nastąpiła w parę dni po operacji, na 10 cholecystenterostomii tylko 2 razy. Bardziej uderzająca jest różnica w trwaniu życia po każdej z wymienionych operacji: kiedy czas ten po cholecystotomiach trwa najwyżej 8—9 tygodni, po cholecystenterostomiach przeciąga się 6—8 miesięcy. Kiedy żółć wydziela się nazwewnątrz, stan ogólny chorego mało albo wcale się nie zmienia, poprawia się zaś znacznie, kiedy żółć przechodzi do kiszki. Zniknięcie swędzenia i żółtaczki, powrót sił i łaknienia, tuszy,—są to zjawiska, które robią złudzenie czasowego wyleczenia po cholecystenterostomii. Wszystko to zdaje się przemawiać na korzyść tej ostatniej operacji i zachęcać do jej przedsięwzięcia. Teoretycznie można to samo powiedzieć o choledochostomii i choledochenterostomii; pierwsza z nich na równi z cholecystotomią powinna być stosowana tylko wtedy, kiedy połączenie z kiszką jest niemożliwe.

Trzustka obrączkowa (*annulaire*). Uzupełniając patologię trzustki, autor zwraca uwagę na t. z. obrączkową trzustkę. Pod tą nazwą opisują stan gruczołu, którego powiększona głowa otacza jakby pierścieniem zstępującą część dwunastnicy, którą mniej lub więcej przewęża. Powstające przytem rozszerzenie dwunastnicy nad zwężeniem i rozstrzeń żołądka, przy obecności guza wyczuwalnego w okolicy odźwiernika, może naprowadzić na mylnie rozpoznanie raka tego ostatniego. Przykładów tego rodzaju stanu trzustki mamy bardzo niewiele i wszystkie były znalezione przypadkowo przy oględzinach pośmiertnych. (ECKER 1862. J. SIMINGTON 1885. A. GENERSICH 1890). (*Révue de Chirurgie. N. 6—10. 1893.*) A. Kopczyński.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

98. a) RITTER. Leczenie błonicy. b) FEIGE. Przyczynek do leczenia błonicy gardzieli.

a) Zniechęcony nieudanymi próbami leczenia błonicy przy pomocy surowicy leczniczej, otrzymanej ze zwierząt i z ludzi, obmyślił autor sposób leczenia błonicy miejscowy. Wyszedł on z założenia, że w początkach choroby laseczniki

blonicy gnieźdzą się jedynie między komórkami i warstwami nabłonka błony śluzowej, co można stwierdzić zapomocą preparatów bakteryologicznych i anatomicznych; wiadomo również, że miejscem pierwotnego ogniska są prawie zawsze migdałki. Pierwszem zatem zadaniem leczenia jest usunięcie owego ogniska pierwotnego. Najprostszym i najpewniejszym w tym celu jest sposób następujący. Zapomocą mocnej, zgiętej do swej powierzchni łopatki platynowej, wyżarzonej w ogniu, zeskrobuje się cały nalot z błony śluzowej. Aby utrzymać usta dziecka otwartemi, pożytecznie jest zastosować rozwieracz WHITEHEAD'a, lekarz zaś winien zabezpieczyć się i włożyć okulary. Zeskrobane masy można w części użyć do hodowli, zresztą należy je natychmiast spalić. Po oskrobaniu błony śluzowej należy ją zapomocą osobnej, urządzonej w tym celu gąbki asbestowej dokładnie wysmarować 1%-ym roztworem cyanniku rtęci. Niekiedy takie wysmarowanie lub obmywanie należy wzmocnić o tyle, aby powyciskać i powyciągać rozmaite resztki tkwiące w głębokich zagłębieniach migdałków, a również jakimkolwiek zakrzywionym przyrządem uczynić to samo z tylną ich powierzchnią. Jeśli już nie widać nigdzie nalotu, wtedy smaruje się wszystkie miejsca owrzodzone i lekko krwawiące terpentyną surową. Nie należy tu obawiać się, że podrażnione tkanki okażą mniejszą odporność na nowe zakażenie: z podrażnieniem ich usunięto i niebezpieczeństwo zakażenia. Zarodki, które mogły pomimo tego pozostać, niszczy się przez codzienne pendzlowanie terpentyną i obmywanie 1%-ym roztworem cyanniku rtęci.

Wyniki takiego leczenia przemawiają same za siebie. Z leczonych w szpitalu 62 dzieci z błonami w gardziei, lecz bez wtórnych objawów, zostały wyleczone w szybkim czasie wszystkie; z 33 dzieci w prywatnej praktyce, u których leczenie rozpoczęto w pierwszych niemal godzinach po zachorowaniu, nie zauważono ani razu bezwładów pobłonnicowych lub chorób wtórnych. Wszystko to jest dowodem, że szybkie usunięcie pierwotnego ogniska uniemożliwia wytwarzanie i wessanie szkodliwych produktów.

W końcu objaśnia autor czytelnika, dlaczego do leczenia blonicy wybrał cyanik rtęci i terpentynę. Badając bakteryobójczy wpływ rozmaitych związków chemicznych, przyszedł autor do wniosku, że najdzielniejszymi są względem laszczników blonicy: woda chlorowa, alkoholowy roztwór tymolu w stosunku 1:1000, formamid rtęci, sozodolowy związek rtęci i terpentyna w stosunku 1:2000, olejek gorczycowy—1:3000, cyanik rtęci—1:4000 i sublimat—1:10000. Pozostawało teraz wybierać. Wybrano cyanik rtęci, bo jest mniej trujący od sublimatu i nie posiada przykrego smaku metalicznego, olejek zaś gorczycowy nie nadaje się u dzieci do dłuższego używania z powodu zbyt silnego bólu, jaki wywołuje. Na drugiem miejscu postawiono nieoczyszczoną terpentynę, mało ustępującą najsilniejszym antyseptykom, a mającą zaletę przylegania do błony śluzowej.

Co do blonicy, powiklanej zakażeniem paciorkowcami, nadzieja zejścia pomysłnego jest znacznie mniejsza. I tu jednak sprawa nie zawsze bywa gwałtowna: paciorkowce zajmują często najbliższe tylko okolice ogniska chorobowego i najbliższe gruczoły chłonne; można i należy zatem próbować. W przypadkach takich najlepsze jest smarowanie co pół godziny terpentyną w celu zniszczenia ogniska i podawanie alkoholu i innych środków podniecających w celu dostarczenia ustrojowi sił do zwalczania choroby.

(*Ther. Monats.* 1894, N-r 7).

b) W okolicy zamieszkiwanej przez F. pojawiła się w środku grudnia r. z. epidemia blonicy, trwająca do połowy marca r. b. Epidemia ta odznaczała się nadzwyczajną złośliwością, być może z powodu ubóstwa ludności. Z początku stosował F. wodę wapienną, tymol, chloran potasu, brom, lód, zimne i ciepłe okłady, maść szarą, pijawki i t. d., wszystko to jednak nie pomagało. W tym czasie dowiedział się F. o stosowaniu przy blonicy sześcioclorku żelaza. Zaletą tego leczenia jest, że wystarczy dwukrotne zapendzlowanie w ciągu dnia. Zaczawszy stosować środek powyższy u wszystkich następnych chorych w liczbie 36, miał autor tylko jeden przypadek zakończony śmiercią. W żadnym z tych przypadków (nawet w niepomysłnym) blonica nie przeszła na krtań, w żadnym również nie wystąpił bezwład pobłonnicowy.

Pospolicie sam F. dwa razy dziennie pendzlował błonę śluzową roztworem sześcioclorku żelaza, przyczem nie trzymał się ściśle granic błon fałszywych.

Przeciwnie sądzi on, że nie należy tak bardzo unikać zetknięcia roztworu ze zdrową błoną śluzową; staje się ona wtedy odporniejsza i opiera rozszerzaniu się cierpienia. Bardzo często następują po takim rękoczynie wymioty. Choć niewątpliwie pendzlowanie jest męczące, jednak dokonywane energicznie, nawet bezwzględnie, może po 3—4 razach, nawet niekiedy po jednym razie, zupełnie osłabić chorobę. W prywatnej praktyce należy przeto otoczenie przygotować do tego, że powyższy sposób do łagodnych nie należy. Po zniknięciu błon, nawet gdy pozostały już pojedyncze białe punkciki, stosował F. 3 — 4% roztwór chloranu potasu wewnątrz przez czas dłuższy, zresztą okłady zimne na szyję i wcierania szaruchy przeciw obrzękowi gruczołów. Gorączki nie leczono wcale. Co do diety, to zalecał F. tylko płynne pokarmy i obfite podawanie mocnego wina.

Na błonicę nosa, towarzyszącą często błonicy gardzieli, nie zwracał autor uwagi, wydzielina bowiem spływająca zostaje zobojętniona przez sześciochlorek żelaza, a nie należy chorych męczyć bezcelowym, a bolesnym wielce rękoczynem. F. bowiem sądzi, że jedynym niebezpieczeństwem przy błonicy, z wyjątkiem chyba ciężkich postaci septycznych, jest przedostawanie się sprawy do krtani.

Wyniki liczbowe są następujące. Na 58 przypadków wogóle zmarło przed stosowaniem sześciochloru żelaza 11, wyzdrowiało 10, z reszty przypadków zmarł 1, jeden przeszedł do innego lekarza, bo nie mógł znosić pendzlowań, reszta — 35 wyzdrowiała bez powrotów, dławca lub bezwładów. Wiek był rozmaity: od $\frac{1}{2}$ roku do 40 lat.

Autor uważa sześciochlorek żelaza za środek swoisty przeciw błonicy i nawołuje kolegów do dalszych prób.

(*Ther. Monatsh.* 1894. N-r 7).

A. Żurawski.

99. BINZ. O leczeniu malaryi zapomocą chininy. Pierwsze badania autora w odnośnej sprawie znane już były w r. 1867. Binz sądzi, że 1) chinina usuwa malaryę przez działanie na jej przyczynę, 2) układ nerwowy i naczyniowy nie odgrywają wielkiej roli w tym zabiegu leczniczym, 3) wraz z usuwaniem przyczyny niszczy się i jej skutki, jako to: napady gorączkowe, obrzmienie śledziony, małopokrwistość, 4) chinina jest w stosunku do komórek ludzkich słabszą trucizną, niż w stosunku do przyczyny malaryi. Z dwu stanowisk stawiano zarzuty obrońcom chininy. Gdy do rozczyntu chininy w stosunku, w jakim ona się znajduje w sokach dorosłego człowieka, dodawano kroplę krwi, nietylko nie spostrzegano niszczenia ameby, lecz przeciwnie wzmożenie jej ruchów protoplazmatycznych. Zarzut ten niczego nie dowodzi, gdyż większa część rozcieńczonych jądów (*Lähmungsgifte*) wywołuje z początku w komórce stan podrażnienia, który powoli ustępuje miejsca stanowi porażenia. To samo dzieje się z amebą malaryi pod wpływem chininy. Drugi zarzut stanowi to, że i woda przekroplona lub mocny roztwór soli kuchennej także niszczy plasmodye. Tu jednak zapomniano, iż jak jedne, tak i drugie są trucizną dla protoplazmy komórki. Badania nad działaniem chininy przy malaryi przeprowadzili MANNABERG, BACCELLI, GOLGI, MARCHIAFAVA i BIGNAMI. Autor na zasadzie własnych poszukiwań usiłuje określić sposób działania chininy na plasmodye. W kilka godzin po zażyciu chininy zachodzą już zmiany w pasorzytach. Tracą one własność barwienia się pewnymi barwnikami, a zarodniki, o ile jeszcze powstawać mogą, przestają się rozwijać w nowe ameby. Jak różną jest zimnica w stosunku do swego przebiegu, o tyle się różnią i odnośne pasorzyty. Najlepiej oddziaływa chinina na postacię wywołującą *febris quotidiana*. Chinina w ilości 0,5 na trzy godziny pozbawia jąderko (*nucleolus*) zdolności zabarwiania się. Rozwinięte postaci *febris tertianae* i *quartanae* również tracą jąderko, gdy jądro się jeszcze barwi. Ciałka, które miały już wydać zarodniki, wytwarzają je w ograniczonej ilości albo wcale ich nie wykazują. Najwyższy stopień działalności chininy polega na rozrywaniu (*Zerreissung*) pasorzytów. Zapobiegawcze działanie chininy objaśnia autor w ten sposób, że młoda ameba napotyka we krwi truciznę, jej rozwój taniejąca; wiadomo bowiem, iż chinina bardzo wolno i do tego w stanie niezmienionym z krwi się wydziela.

(*Deut. med. Woch.* 1894, N-r 6).

Biro.

ODCINEK.

O hypnotyzmie i sugestyi.

Przez Józefa Saksa.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 32).

Z tych kilku przykładów widzimy, że medyum wykonywa sugestyę w przekonaniu, że robi to z własnej woli; przytem każde wkłada w wykonanie coś indywidualnego. Efektu sugestyi polhypnotycznej nie zawsze są takie, jak tu przytoczyliśmy. Niekiedy medya nie wypełniają sugestyi (szczególnie, jeżeli nie zgadza się ona z ich pojęciami moralnemi, religijnymi i t. d.), walczą widocznie z sobą i wprowadzają je w wykonanie częściowo. Ma to niepospolite znaczenie ze społecznego punktu widzenia, a więc pomówimy o tem obszerniej w trzeciej części pracy.

Dziwna rzecz: wypełnienie sugestyi może być naznaczone nie tylko na czas, następujący zaraz po przebudzeniu się, lecz i na terminy odległe. Dużo podobnych przypadków jest zanotowanych w literaturze, pozwolę sobie przytoczyć tu jeden bardzo interesujący.

W końcu lipca 1883 roku, pisze BERNHEIM, pytam się sierżanta S. podczas snu somnambulicznego: którego dnia będziesz pan wolny w pierwszym tygodniu października? Odpowiada mi, że we środę. Dobrze. Otóż słuchaj pan. W pierwszą środę w październiku pójdziesz pan do d-ra LIEBAULT'a (który przysłał tego chorego do BERNHEIM'a) i zastaniesz pan u niego prezydenta rzeczypospolitej, który da panu medal i wyznaczy pensyę dożywotnią. Pójde, odpowiedział mi. Po przebudzeniu się o niczem nie pamiętał. Podczas pobytu w szpitalu był jeszcze kilka razy hypnotyzowany, przyczem bywały mu dawane najrozmaitsze sugestye, które on wypełniał; następnie został wypisany. 3 października (63 dni po sugestyi) otrzymał BERNHEIM od LIEBAULT'a następujący list: Somnambulik S. zjawił się dziś u mnie o 11 bez 10 minut. Gdy wszedł, uklonił się p. F., który znalazł się na jego drodze, następnie zwrócił się na lewo ku mej bibliotece; widziałem, jak się kłaniał nisko, i słyszałem, jak wypowiadał słowo: Excellence; ponieważ mówił cicho, zbliżyłem się więc, aby słyszeć, co mówi. Wtedy wyciągnął prawą rękę i powiedział: Merci Excellence. Pytam się go, do kogo mówi. Ależ do p. prezydenta rzeczypospolitej, odpowiedział mi trochę z niecierpliwością. Wskazałem mu, że nikogo nie ma przed nim; nie zwracając uwagi na moje słowa, złożył znów uniżony ukłon i wyszedł. Świadcowie tego przypadku pytali się mnie potem, czy to był waryat. Odpowiedziałem im, że to człowiek w takim stopniu rozsądny, jak oni i ja; „któs inny tylko przez niego działa“.

Muszę nadmienić, dodaje BERNHEIM, że ów S. zapewnił mi przy widzeniu się z nim, że myśl udania się do LIEBAULT'a zjawiła się u niego 3 października o 10 rano, że zupełnie nie myślał o tem wcześniej i że zupełnie nie wiedział, że tam zastanie prezydenta rzeczypospolitej.

Halucynacye, wywoływane zapomocą sugestyi, mogą być i ujemne, t. zw. *halucinations negatives*. Gdy w halucynacyi pozytywnej mózg tworzy obrazy fikcyjne, w negatywnej mamy niweczenie obrazów rzeczywistych. To udaje się tylko u bardzo głębokich somnambulików. Przytoczę kilka przykładów podobnej halucynacyi. LIEBAULT przytacza następujące doświadczenie.

„Pani S. daje sugestyę w obecności 2 dam z miasta, że po przebudzeniu się nie będzie mnie widziała ani słyszała. Po przebudzeniu się szuka mnie; staje przed jej oczyma, szczypię ją za rękę, którą ona usuwa; damy obecne wskazują jej, że jestem przy niej, że przemawiam do niej, ona dalej mnie nie widzi i przypuszcza, że te panie śmieją się z niej. Jedna z obecnych pań była historyczką, którą leczyłem zapomocą hypnotyzmu; była ona podatna do sugestyi hypnotycznych i polhypnotycznych. Otóż następnego dnia po wyżej opisaney scenie, gdy ją uśpiłem i znajdowała się w stanie somnambulicznym, powiadam do niej: czy wiesz pani, że po przebudzeniu się pani mnie nie będzie widziała. Zaczęła się śmiać. „Pani się śmieje, powiada LIEBAULT, ponieważ przypomniła pani sobie zapewne scenę z kobietą, która wczoraj po przebudzeniu się mnie nie widziała. Ależ to samo będzie z panią, tylko że przed przebudzeniem się pani ja rzeczywiście wyjdę i po 10 minutach wrócę drzwiami, wprost pani się znajdu-

jącymi". Gdy ją obudziłem, szukała mnie oczyma i była bardzo zdziwiona, że mnie nie widzi. Przecież jestem tutaj, odzywam się do niej, dotykam się pani. Ona jakby nie słyszała tego, co mówię. Ponieważ była niespokojna, zwróciłem się do obecnych z prośbą, aby jej powiedzieli, że rzeczywiście wyszedłem, ponieważ zostałem wezwany do sąsiedniego domu z powodu nagłego wypadku. Uspokoila się wtedy i zasnęła; po 10 minutach obudziła się, spojrzała na drzwi przeciwnie, ukloniła się, jak gdyby widziała mnie wchodzącego, i cieszyła się, że jestem obecny. Wtedy przyznałem się jej, że przez cały czas byłem obecny, że z powodu myśli przeze mnie poddanej nie widziała mnie. Była tem bardzo zdziwiona i twierdziła, że mnie ani widziała, ani słyszała. Doświadczenia te przypominają znane: „patrz, lecz nie widzą, słuchają, lecz nie słyszą”; mamy tu do czynienia ze ślepotą i głuchotą psychiczną.

Gdy dodam, że można wywoływać jeszcze halucynacje wsteczne (o czym niżej pomówimy); gdy powiem, że BEAUNIS'owi, prof. fizyologii w Nancy, udawało się zapomocą sugestyi wywołać u niektórych somnambulików przyspieszenie i zwolnienie tętna i oddechu, wykazano zapomocą aparatu MAREY'a, wywołać czerwoność na oznaczonym miejscu; że profesorowi BOURUT udało się raz wywołać krwawe stygmaty, co przypomina znaną Luizę LATEAU -- to będziemy w krótkości mieli wszelkie objawy stanu hypnotycznego.

Staralem się przytoczyć tylko te fakty, które udawało mi się widzieć lub które zostały stwierdzone przez ludzi godnych wiary; wolałem zamilczeć o wielu faktach wątpliwych, jak na przykład o działaniu lekarstw z odległości²⁾, o myślach, przechodzących z jednego umysłu do drugiego, o hypnotyzowaniu *par distance*, niby bez wiedzy medyum i t. d. Muszę jeszcze dodać, że doświadczenia, które przytoczyłem, nie udają się u każdego chorego; u jednego udają się jedne, u drugiego inne, i wiele tu zależy od stopnia snu hypnotycznego, indywidualności chorego i t. d.

Każdy badacz podawał teorie, tłumaczące objawy hypnotyzmu i sugestyi: były teorie chemiczne, mechaniczne i t. d. BERNHEIM pierwszy zwrócił się do stanów fizyologicznych i wykazał analogię między stanem hypnotycznym i normalnym; jego teoria jest najracjonalniejsza, najlepiej tłumaczy nam wszystkie zjawiska.

Co najwięcej uderza nas w zahypnotyzowanym, to jego automatyzm, brak inicjatywy, łatwość w przyjmowaniu idei i wprowadzaniu ich w czyn, nieświadomość czynów, podleganie iluzjom i halucynacyom. Na pierwszy rzut oka zdaje się, że mamy tu do czynienia ze stanami zupełnie odbiegającymi od normalnych, czemś antyfizyologicznem. Człowiek widzi na jawie to, na co patrzy; robi to, co chce, jest posłuszny swej woli, robi wszystko świadomie. Takie jest pierwsze wrażenie. Gdy zaczniemy jednakże trochę rozmyślać, to przekonamy się, że nie ma między tymi stanami takiego absolutnego przeciwieństwa; prawa, które rządzą organizmem normalnym, rządzą również organizmem zmienionym zapomocą eksperymentu. Przecież wiele aktów w życiu naszym odbywa się automatycznie, bez naszej woli i świadomości. Obieg krwi, oddech, wydzielanie rozmaitych gruczołów, ruch robaczkowy kiszek, wszystko to odbywa się cicho zapomocą mechanizmu, niezależnego od naszej woli. Wiemy, że podrażnienie nerwu czuciowego, nie przenikając do naszej świadomości, wywołuje często odruch. Żaba, pozbawiona głowy, spełnia swemi łapami ruchy obronne, — znany jest to fakt z fizyologii. Czyż nie znajdujemy czegoś podobnego i u człowieka, gdy zajęty jakąś interesującą go pracą, odpędza muchę, która siada mu na czoło, odsuwa przeszkadzający mu przedmiot — i nie pamięta nawet potem, że to czynił. Mózg nie przyjmuje w wywołaniu tych ruchów udziału; jest to automatyzm rdzeniowy i mózgowy, który rządzi tymi ruchami. Bardzo często mózg daje tylko impuls do ruchu, który dalej trwa automatycznie, nieświadomie. Przecież się zdarza, że gdy zajęci jostojmy myślą jakąś, wchodzimy na czwarte piętro zamiast na drugie. Artysta, grający jakiś długi utwór, często zajęty jest podczas grania jakąś inną myślą, a automatycznie, bezwiednie palce jego krążą po klawiszach i mechanicznie spełniają to, czem mózg już nie kieruje. Co dziwniejsza, automatyzm rdzeniowy często przypomina człowiekowi to, co jego organ psychiczny zapomniiał. Artysta-muzyk wystraszony czuje niekiedy, że zapomniiał dalszego ciągu, ale o dziwo, gdy dojdzie do właściwego miejsca, ręce automatycznie, dzięki częstemu powtarzaniu, wygrawają to,

²⁾ Przy badaniu bliższem okazało się, że jeżeli ani medyum, ani hypnotyzer nie wie, co się znajduje w buteleczce, to lekarstwo nie działa.

o czym artysta był przekonany, że zapomniał. Wiele aktów wypełniamy wszyscy, choć nigdy tegośmy się nie uczyli — dzięki tylko bezwiednej inicjatywie rdzenia. Gniew, niecnawieść, radość, zdziwienie wywołują u każdego osobnika, który je odczuwa, te same skurcze mięśniowe i skutkiem tego podobny wyraz twarzy, i to nie tylko u człowieka, lecz i u zwierząt. Do tych aktów instynktowych musimy też zaliczyć pewno ruchy, które następują bezpośrednio po podrażnieniach czuciowych, które nie zdążyły przeniknąć jeszcze do świadomości. Nieprzyjemny zapach wywołuje skurecz nozdrzy, broń, skierowana przeciw nam, każe wyciągnąć rękę dla odparcia pocisku, nim właściwie zdążyliśmy wyrobić sobie pojęcie o grożącym nam niebezpieczeństwie.

U zwierząt i u noworodków cała prawie działalność psychiczna jest nieświadoma, automatyczna; wola prawie nie istnieje; akty tak złożone, jak ssanie, są rezultatem odruchowego mechanizmu rdzenia. Stopniowo dopiero u dziecka rozwija się świadomość i wola; do czynności automatycznej powoli przyłącza się działalność świadoma, obmyślana. Jednakże automatyzm pozostaje na całe życie i można go odszukać w bardzo wielu czynach, choć znacznie osłabiony, zmieniony przez mózg t. j. świadomość. Dziecko skacze, krzyczy, śmieje się, płacze, stosownie do otrzymanych wrażeń; wychowanie stara się poskramiać prawdziwe uczucia. Gdy my, dorośli, słyszymy dźwięki walca, często bezwiednie wykonywamy stosowno ruchy głową i puszczilibyśmy się może w taniec, jak dzieci, gdyby rozwinięta świadomość nie trzymała nas w karchach. Jednakże i u człowieka, najbardziej panującego nad sobą, zdarza się niekiedy, że wrażenie odczuwane jest tak silne, że przechodzi w czyn, nim przejdzie przez kontrolę mózgową. Żołnierz, przyzwyczajony do karności, nderzony silnie przez zwierzeznika, zapomina się i uderza go. Ten akt nastąpił niezwłocznie po odczuciu silnie wrażeniu: był to akt odruchowy. Ów żołnierz po chwili żałuje swego czynu, ale kontrola mózgową przyszła zapóźno.

Mózg, jako siedzisko naszej władzy świadomej, woli, nie służy do poskramiania aktów odruchowych, bezwiednych; poprawia on, tłumaczy, sprowadza do prawdziwego mianownika wrażenia przez nas otrzymane. Wiatr, przedostający się przez szczelinę, robi wrażenie płaczącego dziecka (i jest to złudzenie w stanie normalnym), mózg poprawia to złudzenie i sprowadza je do prawdziwego pojęcia; białe obłoczki na pięknym niebie robią wrażenie pasącego się stada owiec, mózg znów poprawia to normalne złudzenie.

(D. c. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Prof. PAVLIK. Endoskopia pęcherza moczowego u kobiet. Na zjeździe w Rzymie prof. P. pokazywał swój endoskop, którego używa przy badaniu pęcherza moczowego u kobiet. Endoskop ten składa się z metalowego wziernika odpowiedniej długości i szerokości z rękojęcią. Przez wziernik wprowadza się do pęcherza przyrząd oświetlający, elektryczny, który w sposób nader prosty połączyć można z rękojęcią. Przyrząd ten zaopatrzony jest w odpowiednie urządzenie do ochładzania wodą lampki, w śrubki do przytwierdzania biegunów i w śrubkę do regulowania siły prądu. Przy zastosowaniu należy rozszerzyć cewkę moczową i ułożyć chorą nawznak, jeśli jest bardzo słaba; najlepsze jednak jest położenie w raczka. Po wprowadzeniu endoskopu wprost przed otworem widać *lig. interurethricum*, a po odchyleniu na 30° na prawo lub na lewo widzieć można otwory moczowodów w postaci brodawek z zagłębieniem różnej formy. Niekiedy jednak tak trudno dopatrzeć się tych otworów, że dopiero wystrzykiwanie moczu wskazu-

je ich umiejscowienie. Słabą stroną narzędzia jest potrzeba rozszerzania cewki; nagradzają to jednak dobre strony: możność badania bez względu na porę dnia, łatwiejszego oryentowania się w pęcherzu wskutek powiększenia się pola widzenia, łatwość zgłębiania moczowodów i dokonywania w pęcherzu pewnych rękoczynów. Przy pomocy tego endoskopu prof. P. oglądał i zgłębiał moczowody, badał pęcherz z brodawczakami, nieżytem, wrzodami i guzami rakowatymi, widział uchyłki obce, inkrustowane, kamienie, blizny i ciała obce. (Časopis lékařů českých № 23 r. 94).

S. Kos.

= MUELLER ostrzega przed systematycznym używaniem sulfonalu, który wywołuje ciężkie zatrucie z bardzo niebezpiecznym objawem — hematoporfirynurią, polegającą na wydzielaniu się z moczem hematoporfiryny, beżelazowego barwnika krwi, powodującego czerwono-niebieskawe zabarwienie moczu i zostawiającego na bieleźnie dość trwałe czerwono-brunatne plamy z fioletowym brzegiem. W takim przypadku najlepiej stosować duże dawki alkaliów: Natri

bicarbonici 5,0—8,0, Magnesiac carbonicae 1,0 pro die, obok wód mineralnych alkalicznych. (Wien. Klin. Woch. 1894. N-r 14).

— ALTHAUS sądzi, że wszystkie objawy neurastenii polegają na wadliwej funkcji jakiegokolwiek okolicy mózgowej; w wielu przypadkach usuwał on wszystkie objawy, stosując elektryczność, i proponuje używanie terminu

„*encephalasthenia*“ zamiast rozmaitych używanych nazw w stanach neurastenicznych.

— LAZARUS okazał w Towarzystwie Berlińskiem preparat anatomiczny mięsaka nadnercza, pochodzący od 4-letniego dziecka; nowotwór ważył 12½ funtów, gdy dziecko przed samą śmiercią ważyło 39 funtów. (Berl. Kl. Woch. 1894. N-r 21).

Wiadomości bieżące.

— Z dniem 9 b. m. oddział choleryczny przy szpitalu Dz. Jezus, po wyzdrowieniu ostatnich chorych, został zamknięty. Do czynnych zaś 3-ch oddziałów od 5 do 12 b. m. przybyło chorych 193, z których zmarło 68, wyzdrowiało 96, pozostało na dalszej kuracji 112. Najwięcej chorych sprowadzano do szpitala starozakonnych—83, z których zmarło 26, wypisano 42, pozostało 51; następne miejsce przypada szpitalowi na Pradze, do którego przybyło chorych 76, zmarło 26, wypisano 40, a pozostało 37; do szpitala zapasowego zaś przybyło chorych 34, zmarło 16, wypisano 14, pozostało na dalszej kuracji 24. Wszystkich więc chorych w dniu 12 b. m. w szpitalach warszawskich było 112. Jak widzimy, natężenie epidemii dotychczas znajduje się na jednym prawie poziomie. Większa cokolwiek liczba chorych w szpitalach, w ostatnich dniach, prawdopodobnie zależy od tego, że sami chorzy zgłaszają się do szpitali, przekonani o całej bezzasadności rozsiewanych plotek. Przyczyniła się do tego naprzód liczna już rzesza wypisanych po wyzdrowieniu, następnie możność w niektórych razach leczenia się w domu, oraz otwieranie podwoi szpitalnych dla odwiedzających przy zachowywaniu odpowiednich ostrożności.

Co się tyczy pochodzenia chorych, to, jak dotychczas, większość przybywa z Pragi, gdzie w dalszym ciągu istnieją dawniejsze ogniska, dostarczające największej liczby chorych; do takich należą ulice: Radzywińska, z której w ciągu ostatniego tygodnia przybyło chorych 15, Białostocka—14, Targowa—12, Grodzieńska—11, Wołowa—10, Żąbkowska i Szeroka po 8; następnie idą ulice: Wołomińska, Brukowa, Wiosenna, Brzeska i kilka innych.

Chorzy z Warszawy pochodzą z następujących ulic i domów: Chmielna 79, Grójecka 1, Szczęśliwa 3, Browarna 4, Rybaki 6, Kapitulna 5, Bugaj 16 (2 przyp.), Wilcza 12, Bolesć 5, Miła 60, 51, 50, 4 i 47, Okopowa 6, Graniczna 7, Pańska 4 i 83 (3 przypadki), Podwał 11 i 19, Żłoka 46, Gęsia 63, 73 i 49 (3 przypad-

ki), Burakowska 19 (2 przypadki) i 15, Krochmalna 19 i 10 (3 przypadki), Twarda 5 i 50 (2 przypadki), Cicha 4, Warecka 2, Przyrynek 2, Nowo-Miła 50, Franciszkańska 25, 27, 19 i 13, Topiel 14 (2 przypadki), Brzozowa 41, Czerniakowska 25 i 46, Ś-to Jańska 27, Bonifraterska 6 i 10, Ś-to Krzyżka 17, Drewniana 7, Sapieżyńska 7, Wolska 39, Przemysłowa 31 (2 przypadki), Stawki 39 i 57, Żelazna 33, Plac Grzybowski 7, Chłodna 5, Maryenstad 9, Maryańska 1, Towarowa 32, Źródłowa 12, Krzywe Koło 18, Nowo-Karmelicka 15 i Nizka 68, oraz wsie: Czyste (5 przypadków), Marki, Wola (2 przypadki), Powązki, Sobień, Dąbrówka, Jabłonna, i miasta: Ostrów, Rawa, Przasnysz, Radom i Łódź.

J. Sz.

— Prof. BEHRING, który dotychczas odpowiadał odmownie na każde żądanie przygotowanej przez niego surowicy, leczącej błonicę (*Diphtherieheilserum*), ogłasza obecnie, że surowica ta od dnia 1 sierpnia r. b. jest do nabycia w fabryce przetworów chemicznych w Höchst nad Menem.

— W Wiedniu przy szpitalu Rudolfa otworzony został instytut leczenia wścieklizny metodą PASTEUR'a, zostający pod kierownictwem prof. PALTAF'a.

Zmarli. BOJASIŃSKI Michał, współpracownik naszego czasopisma, b. lekarz powiatu błockiego, lekarz oddziałowy drogi żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej, założyciel i właściciel zakładu kąpielowo-leczniczego w Grodzisku, zmarł w Krynicy d. 8 b. m. i r. w 55-ym roku życia. Niezmordowanej pracy lekarz i prawy ten człowiek odznaczał się niezwykłą gorliwością w spełnianiu przyjętych obowiązków, dobrze zasłużył się społeczeństwu w zakresie działalności, jaki mu przypadł w udziale, i zjednał sobie szacunek powszechny za życia i żał szczery po zgonie wśród tych, którym przez 27 lat niósł pomoc w chorobie. Prace swoje ogłaszał w czasopismach lekarskich warszawskich, a głównie w „Medycynie“.