

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** *I. N. Halle i B. Motz.* O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających—str. 747. *II. D-r L. Bregman.* Porażenie urazowe gałęzi głębokiej dłoniowej nerwu łokciowego (dokończ.)—str. 750. *III. D-r H. Fidler.* Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej (c. d.)—str. 752. *IV. D-r L. Rzeczniewski.* Podstawy psycho-fizjologicznej teorii histeryi (c. d.)—str. 760

V. Dział sprawozdawczy: *I. Choroby wewnętrzne.* 383. *Barjon i Cade.* Eozynofilia wysięków płucnych—str. 769. 384. *Schroeder.* Znaczenie kliniczne białkomoczu—str. 771. 385. *Engelmann.* O t. zw. „fizjologicznym rozтворze soli kuchennej”—str. 773. 386. *David.* Splenomegalia jako objaw przymiotu—str. 774. 387. *Marfan.* O przeroście śledziony w przymiocie i wybitnej wartości rozpoznawczej tego objawu—str. 774. *II. Choroby ukł. nerwowego.* 388. *Schoenborn.* Cytodyagnostyka płynu mózgowego—str. 775. 389. *Starr.* Miażdżycza tętnic jako przyczyna chorób układu nerwowego—str. 777. 390. *Pick.* Nowy przyczynek do patologii tężyczki—str. 779. 391. *Fürstner.* Przyczynek do patologii paralizu postępującego—str. 779. 392. *Déjerine i Egger.* Przyczynek do fizjologii patologicznej bezładu ruchowego—str. 780. 393. *Alter.* Opaczne czucie ciepłikowe—str. 780. *III. Wiadomości terapeutyczne:* od № 394 do 398—str. 781. *IV. Odcinek.* O medycynie i lekarzach chińskich—str. 782. *Kronika bieżąca*—str. 786. *Zmarli*—str. 787. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 19. *I. N. Halle et B. Motz.* Sur l'infection tuberculeuse uréthrale postérieure et glandulaire—p. 747. *II. D-r L. Bregman.* Sur la paralysie du r. volaris profundus n. ulnaris—p. 750. *III. D-r H. Fidler.* La tuberculose, les causes de son origine et les manières de se répandre en lumière des dernières explorations scientifiques et la statistique de tuberculose spécialement au gouvernement de Radom—p. 752. *IV. D-r L. Rzeczniewski.* Sur la théorie psycho-physiologique de l'histerie—p. 760.

I. Z kliniki dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

O GRUŻLICY CEWKI TYLNEJ

i

GRUCZOŁÓW JĄ OTACZAJĄCYCH.

Napisali:

N. Halle i B. Motz.

Czy gruźlica narządu moczopłciowego, bądź pierwotna (jako pierwszy przejaw zakażenia lasecznikami swoistymi), bądź wtórna,

zależna od gruźlicy umiejscowionej po za narządem moczopłciowym (w płucach lub kościach) może najpierw zjawić się w obchodzącej nas okolicy, t. j. w cewce tylnej, gruczole krokowym lub pęcherzykach nasiennych?

Co do gruczolu krokowego odpowiedź wypadnie bezwzględnie twierdząco: Béraud, Robin i Vidal, Pellier i Thompson widzieli gruźlicę pierwotną tego narządu. W czasie bliżej nas—sposstrzeżenia Socin'a, Krzywickiego, Burhartha są dowodami niezbitymi, a potwierdzonymi jeszcze przez sposstrzeżenia Orth'a i Marwedel'a. Poważna statystyka Saxtorph Hasen'a ogłoszona na Zjeździe międzynarodowym w r. 1900 i odnosząca się do 205 przypadków przewlekłej gruźlicy moczopłciowej, wykazuje 9 przypadków pierwotnego zajęcia gruczolu krokowego. Tę samą odpowiedź otrzymujemy ze statystyki powyższej co do pęcherzyków nasiennych: w dwóch przypadkach były one jedynie i to pierwotnie zajęte przez gruźlicę.

Przeciwnie zaś, w stosunku do samej tkanki cewki tylnej części kroczonej i błoniastej—zdaje nam się, iż umiejscowienie w niej pierwotnej sprawy nie może być uważane za fakt. Jeżeli objawy czynnościowe lub badanie wewnątrzcewkowe przy pomocy endoskopu wykazują zmiany w śluzówce cewki tylnej, jesteśmy przekonania, iż zawsze istnieją zmiany współrzędne w gruczole krokowym lub narządzie moczowym górnym, takie, przynajmniej, dane otrzymujemy z anatomii patologicznej.

Pewność zatem co do umiejscowienia pierwotnego gruźlicy, zresztą rzadkiego, w stosunku do innych narządów moczowych lub płciowych, istnieje tylko w przypadku zajęcia gruczolu krokowego i pęcherzyka nasiennego, a nie cewki tylnej.

W olbrzymiej większości przypadków zmiany gruźlicze w narządzie moczopłciowym pod względem klinicznym i anatomicznym przedstawiają się jako wielokrotne, powiązane w różnych kombinacjach, których bliższe zbadanie pozwala nam wyprowadzić wnioski co do następstwa i podporządkowania w występowaniu samych zmian.

W zbiorze 44 przypadków, bardzo sumiennie zbadanych przez Boukharda, znajduje się 6—gruźlicy czysto płciowej, 16—czysto moczowych i 20 moczopłciowych połączonych. W tych ostatnich 20 przypadkach najczęstszą kombinacją, bo w 14—było zajęcie jednoczesne nerki i gruczolu krokowego.

Jeżeli do tych faktów stwierdzonych dołączymy dane ze statystyki Coldineta, który na 70 przypadków znajdował w 10 zajęcie samej tylko nerki, a w 9—jądra na 2 tylko przypadki zajęcia gru-

czołu krokowego, oraz weźmiemy pod uwagę statystykę Saxtorpha, który na 205 przypadków znajdował pierwotne zajęcie: nerki w 23, jądra w 10, pęcherzyków nasiennych w 2 i, wreszcie, pęcherza w 65, to jesteśmy zmuszeni sądzić, iż zmiany w gruczole krokowym lub w pęcherzu, rzadko kiedy pierwotne, muszą być najczęściej wtórnymi z pierwotnym siedliskiem w nerce lub jądrze. Jest to jedyny na tymczasem wniosek, jaki możemy dotąd wyprowadzić.

Drugim pytaniem będzie z kolei, czy zmiany grzlicze w narządzie moczościowym są przedewszystkiem wynikiem przyniesienia zarazka przez drogę naczyniową—czy jest to zatem grzlica pochodzenia krwionośnego? Czy też są one skutkiem przeniesienia produktów grzliczych z moczem lub nasieniem do jam odpowiednich, a więc grzlica taka była by wówczas pochodzenia jamowego (błony śluzowej lub gruczołów)?

Dziś jesteśmy zmuszeni przypuścić istnienie obydwóch tych sposobów powstawania sprawy.

Zakażenie drogą krwi zostało dostatecznie stwierdzone przez znajdowanie zmian grzliczych pierwotnych w gruczole krokowym i pęcherzykach nasiennych i nie wymaga innych dowodów.

Jak dotąd, możliwość wydalania laseczników przez gruczoły zdrowe, nerkę, jądro, gruczoły krokowe nie zostało stwierdzonem.

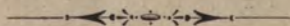
A twierdzenie Janiego, który znajdował laseczniki grzlicze w nabłonku oraz zawartości zdrowego gruczołu krokowego u suchotnika nie może być dowodem przeczącym.

Badanie histologiczne zmian w samym ich początku wykazuje siedlisko pierwotnie okołozrazikowe w ziarninie cewkowej i tem samem jest, jeżeli nie dowodem naocznym, to przynajmniej poważnym argumentem prawdopodobieństwa istnienia grzlicy pochodzenia krwionośnego.

Czy zakażenie tą ostatnią drogą ma miejsce tylko wyłącznie w przypadkach pierwotnych? Nie zdaje nam się, aby tak było. Doskonale można stwierdzić przenoszenie laseczników w przypadkach wtórnych: zator drobnoustrojowy, który zakaził niedawno gruczoł krokowy, może równie dobrze brać swój początek z ogniska w nerce lub jądrze, jak i z ogniska w płucu lub kości.

Zakażenie więc drogą naczyń krwionośnych co do gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych oraz cewki przedniej jest sposobem powstawania sprawy ogólnym, bardzo często czynnym.

(D. c. n.)



II. PORAZENIE URAZOWE GAŁĘZI GŁĘBOKIEJ DŁONIOWEJ NERWU ŁOKCIOWEGO

(Ramus volaris profundus n. ulnaris).

Podał

D-r med. L. Bregman.

Ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu Starozakonnym
w Warszawie.

(Dokończenie).

Zbiór objawów zgadza się w zupełności z tem cośmy wyżej o porażeniu głębokiej gałęzi końcowej n. łokciowego powiedzieli. Na szczególną wszakże uwagę zasługują: 1) *zaburzenia ruchowe palucha* 2) objawy *naczynio-ruchowe na grzbiecie rąk*.

Co się tyczy pierwszych, to uderza najsamprzód, że naruszeniem jest nie tylko doprowadzenie, ale, choć w lżejszym stopniu, i przeciwstawienie palucha. Przyjmując pod uwagę położenie blizny oraz prawidłową (po upływie $\frac{1}{2}$ roku) reakcją elektryczną mięśni kłęba, możemy wykluczyć z pewnością uszkodzenie odnośnej gałęzi nerwu środkowego. Jednakże nie ulega wątpliwości, że zaburzenia, które spostrzegliśmy, były następstwem zajęcia m. krótkiego zginacza palucha, które jak stwierdził już Duchenne¹⁾, pozbawia osobnika zdolności przeciwstawiania palucha 2-m ostatnim palcom. Otóż istotnie brzusiec głęboki tego mięśnia jest unerwiony przez nerw łokciowy, ale brzusiec ten, jak wiadomo, należy raczej do m. doprowadzającego palucha, aniżeli do zginacza i spełnia prawdopodobnie czynności pierwszego. Jednakże obok tego brzuśca znajdujemy dość często jeszcze jeden cienki *pęczek*, który powstaje z głębi dłoni i który albo w całości przyłącza się do brzuśca głównego (powierzchnowego) albo dzieli się na 2 części, z których jedna łączy się z brzuścem głównym, druga z m. doprowadzającym. Stosunek tych części bywa różny, stąd możliwe są różne odmiany. Jedna z tych odmian—większy rozwój głę-

¹⁾ Duchenne. Fiziologia ruchów tłom. przycz. C. Wernicke. 1885.

bokiego pęczka i całkowite połączenie jego z brzuszem powierzchownym może być przyczyną zaburzeń wyżej opisanych.

Lekkie zaburzenia *naczynio-ruchowo-czuciowe* na grzbiecie ręki są również najprawdopodobniej w zależności od porażenia n. łokciowego. Rana nie była drażąca, trudno zatem przypuścić uszkodzenie kającejkolwiek gałązki skórnej na powierzchni grzbietowej. Jak już wyżej zaznaczyłem, zaburzenia te najprędzej odnieść możemy do gałązek, które przez przestrzenie międzykostne przechodzą na powierzchnię grzbietową i tu w okolicy napiętka się zespalają z rozgałęzieniami nerwu międzykostnego grzbietowego przedramienia. Zgodnie z tem podwójnym unerwieniem zaburzenia były tak mało znaczne, że łatwo by je w przypadkach podobnych zupełnie przeoczyć.

Pod względem leczniczym dodać jeszcze winienem, że zastosowałem leczenie prądem galwanicznym. Obecnie po kilkotygodniowym leczeniu zauważyć można pewną czynnościową poprawę. Niektóre ruchy (otwieranie drzwi, odsuwanie rygła) których chory przedtem wykonywać nie mógł udają się teraz z łatwością. Zanik mięśni również jakby jest nieco mniejszy. Aliści główne objawy porażenia, jak je wyżej opisałem, obecnie też stwierdzić możemy. Pomimo to zalecić musimy choremu jaknajdłuższe stosowanie prądu elektrycznego, a to tembardziej, że leczenie operacyjne, wobec głębokiego położenia nerwu wobec licznych ścięgien, nerwów i naczyń, które drogę ku niemu zagradzają i które przy tak małym polu operacyjnym łatwo uszkodzić by można, nieszczególnie daje rokowanie. Wszak dla tych samych powodów w analogicznych uszkodzeniach łuków tętnicowych dłoni chirurdzy unikają również podwiązywania tętnic, lecz zadawalniają się opatrunkiem uciskowym.

III. GRUŻLICA,

przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii Radomskiej.

Odczyt, wypowiedziany na pierwszym posiedzeniu Radomskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 13 grudnia 1902 r.

przez

D-ra Henryka Fidlera.

(*Ciąg dalszy*).

7. Czynniki usposabiające.

Gdy więc gruźlica jest zaraźliwą, gdy ogniskiem zarazy jest suchotnik, a przerośnikiem płwocina w stanie suchym czy też w postaci kropelek, zachodzi pytanie, czy wszyscy będący w bezpośrednim blizkiem zetknięciu z chorym podlegają bezwarunkowo zarażeniu się, a z drugiej strony czy są warunki sprzyjające, lub nie, zakażeniu?

Zdania są podzielone. Ścisli kontagioniści w rodzaju Cornetta twierdzą, iż osobnik zdrowy, będący w bezpośrednim i częstym stosunku z suchotnikiem, który nie przestrzega ostrożności i sieje wokół siebie laseczniki, bezwarunkowo zachoruje. Gdy tym czasem większość badaczy (Jacob i Pannwitz, Peter, Virchow, Koch, Bremer, Turban, Martius, Riffel, Hueppe, Rosenbach, Gottstein, Nauss, Sokołowski, Dunin, Hewelke, Zieliński) jest zdania, że, jakkolwiek lasecznik jest twórcą zarazy, to jednakże należy posiadać odpowiedni grunt do jego przyjęcia. Znajdywano bowiem jadowite laseczniki gruźlicze na błonach śluzowych, (Strauss) i w niezmienionych gruczołach chłonnych (Louis, Pizzini, Spengler, Kälble i inni). Usposobienie do gruźlicy może być odziedziczone lub nabyte wskutek rozmaitych szkodliwych warunków: złego mieszkania, niehygienicznego sposobu życia, nadużyć, nędzy, trosk, przebytych chorób i t. p.

Zobaczymy, jak się przedstawiają te twierdzenia w oświetleniu jednych i drugich.

a) *Dziedziczność.* Poznanie warunków dziedziczenia i usposobienia sięga jeszcze zarania wiedzy lekarskiej. W całej starożytności

ważną rolę śród przyczyn powstawania gruźlicy gra wążła budowa— habitus phtisicus. Wieki średnie przejęły bezkrytycznie od starożytnych i te pojęcia, jak wiele innych, a nawet do najnowszych czasów przypisywano temu czynnikowi wszechpotężną rolę w sprawie powstawania gruźlicy. Utworzyło się pojęcie naukowe, iż gruźlica jest wadą budowy, którą się odziedzicza lub nabywa. Odkrycie Koch'a zmieniło kierunek pojęć. Odtąd lasecznik gruźliczy stał się niewątpliwą przyczyną gruźlicy, lecz pojęcie o usposobieniu wciąż jeszcze istnieje w nauce, gdyż w większości przypadków przenikanie lasecznika gruźliczego do ustroju nie wystarcza do wywołania gruźlicy. Odróżnić należy usposobienie wrodzone, powstające w okresie życia płodowego, od nabytego w życiu pozapłodowym. Odróżnić to jest koniecznym, gdyż cierpienie, nabyte już w pierwszych miesiącach życia, niesłusznie dawniej zaliczano do cierpień odziedziczonych. Odziedziczonymi są tylko te właściwości, które się dadzą wyprowadzić wprost z plazmy zarodkowej obydwójga rodziców lub jednego z nich w sposób oczywisty lub przypuszczalny (M a r t i u s).

Rozstrzygnąć więc należy dwa pytania:

I. Czy dziecko odziedzicza gruźlicę jako taką, t. j. czy dziecko odziedzicza lasecznika gruźliczego.

II. Czy też odziedzicza swoiste usposobienie do gruźlicy, czyniące je bardziej wrażliwym, a mniej odpornym, na działanie lasecznika gruźliczego.

α) *Dziedziczenie lasecznika gruźliczego.* Ad I-um. Odziedziczenie lasecznika gruźliczego może nastąpić albo: A) wskutek przedostawania się lasecznika gruźliczego wraz z nasieniem lub jajem podczas aktu płodzenia, albo B) wskutek przedostawania się lasecznika przez łożysko w ustroju chorej matki po zapłodnieniu.

ad A. By zarażenie nastąpić mogło przez nasienie ojca, należy, by lasecznik gruźliczy był w samym nasieniu obecny. To jednak zdarza się w rzadkich przypadkach gruźlicy narządów płciowych, zaś nie zdarza się, gdy narządy te są zdrowe. Niektórzy badacze znajdowali lasecznika gruźliczego w jądrach zmarłych na gruźlicę (z 8 przyp. badanych w 5 J a n i). S i r e n e i P e r n i c e wywoływali gruźlicę u psów, wstrzykując nasienie z pęcherzyków nasiennych gruźliczego osobnika. Lecz liczne doświadczenia R o h l f f a, W e s t e r m a y e r a, W a l t h e r a i D o b r o k ł o Ń s k i e g o dowiodły, że zdrowe narządy płciowe suchotników nie zawierają laseczników gruźliczych, lub wyjątkowo. Gdyby lasecznik gruźliczy był częstym gościem nasienia męskiego, to zdarzały by się częściej przypadki pierwotnej gruźlicy narządów płciowych u żon gruźliczych, a zwłaszcza u kobiet publicznych. M a r t i n, C a-

vagni, Landouzy i Gärtner, szczepiąc część jąder gruzliczych zwierząt lub wstrzykując nasienie takowych—wywoływali gruzlicę. Cavagniemu się to udało 5 razy na 32 szczepienia, Gärtner'owi aż w 50% przypadków. Lecz, gdy Gärtner wstrzykiwał lasecznika gruzliczego w jądra królików i świńek morskich i parzył je z samieczkami, nie otrzymał ani razu gruzlicy u potomstwa takich par. To samo i Cornet. Tem dziwniejszem się to wydawało, że pewna część parzonych samieczek zapadła na gruzlicę narządów płciowych. Jeżeli więc tutaj przy sprzyjających warunkach wynik był ujemny, to niema żadnej zasady do przypuszczenia, by ojciec suchotnik mógł w nasieniu przenieść lasecznika gruzliczego na płód. Co się tyczy obecności lasecznika gruzliczego w jajku, to już Virchow wyraził przypuszczenie, że jajko takie było by niezdolne do rozwoju. I w jajnikach dotąd nie znaleziono lasecznika gruzliczego.

2) Przeniesienie lasecznika gruzliczego przez łożysko.

Zdarzyć się może najłatwiej przy gruzlicy samego łożyska, co jest niezmiernie rzadkiem zjawiskiem u ludzi. Gdy nawet w łożysku się wytworzy ognisko gruzlicze, to i wtedy jeszcze przedostawanie się lasecznika gruzliczego do płodu jest utrudnione, gdyż długi czas (jak wykazały histologiczne badania Schmerl'a i Kockel'a) kosmki łożyskowe długo bardzo pozostają nietknięte, chociaż są oblepione masami gruzliczemi, a gdy nawet już gruzlicze masy poczynają wrastać w takowe, to się wytwarza w naczyniach zator, który wstrzymuje pochód laseczników.

Oprócz gruzlicy łożyska następujące czynniki sprzyjają przedostawaniu się lasecznika gruzliczego do płodu: 1) gruzlica prosówkowa, gdy w krwi matki znajduje się olbrzymia ilość laseczników(?); 2) wysoka gorączka lub inne czynniki, powodujące pęknięcie naczyń krwionośnego, przez które przenikają laseczniki gruzlicze; 3) uraz; 4) przymiot, w którym dość często zdarzają się uszkodzenia naczyń. W dodatku należy, by we krwi krążyła wielka liczba laseczników, co ma miejsce tylko w prosówce, gdy tymczasem jest to niemożliwe w suchotach płucnych, w których krew, jak stwierdzają liczne prace, jest wolną od lasecznika gruzlicy.

Niewątpliwie się zdarzają przypadki gruzlicy wrodzonej na drodze łożyskowej, lecz tak rzadko, że od r. 1861 po 1899 zebrano wszystkiego 20 przypadków anatomopatologicznych (Charrin, Herti 1873, Merkel 1875, Jacobi 1865, Sabourad, Lannelongue, Rindfleisch, Hochsinger, Honl, Bugge, Bolognesi, Doleris i Bourges, Auché i Chambrelent). Herrgoth i Haushalter szczepili płyn płodowy kobiety, zmar-

łej w 6 miesiącu ciąży na suchoty z wynikiem dodatnim, Londe krew żyły pępkowej trzech płodów suchotniczych matek, Avinagnet i Prefontaine cząstki łożyska kobiety zmarłej w ciąży na gruźlicę prosówkową, Bar i Renon krew z łożyska—wszyscy z wynikiem dodatnim. Również weterynarze stwierdzili obecność płodów gruźliczych w macicy matek gruźliczych (Johnne, Malvos i Brouwier, Czokor, Lungwitz i Kockel, Nocard, Grancher, Köhler, Bank, Chauveau, Lohoff i inni).

Przy najściślejszej obserwacji w bydłóbójniach (Klepp) znaleziono zaledwie 1,18% gruźliczych cieląt wśród 847 cieląt badanych.

Udawalo się czasem wywołać gruźlicę u płodów, szczepiąc zwierzętom ciężarnym gruźlicę (Landouzy, Martin, Renzi, Kubasoff, Cavagni).

Gärtner, który robił doświadczenia na dużym materiale, wywoływał gruźlicę płodów, lecz tylko w 5 do 10% ze szczepionych (szczepił do otrzewny, tchawicy, do żył). Większa część badaczy w tej sprawie otrzymywała wyniki ujemne (Strauss, Leyden, Nocard, Wolff, Jacquet, Galtier, Toledo, Vignal, Baumgarten—główny rzecznik odziedziczenia gruźlicy, Troissier, Cornet).

Wyniki dodatnie z doświadczeń otrzymano wtedy, gdy ustrój matki był przesycony lasecznikiem gruźliczym. Biorąc pod uwagę to, iż na 340 płodów z gruźliczych matek tylko w 2-eh przypadkach osiągnięto wyniki dodatnie przez szczepienie, należy przyjść do wniosku, iż przechodzenie lasecznika gruźliczego przez łożysko trzeba zaliczyć do niezmiernie rzadkich wyjątków. Aczkolwiek dziedziczenie lasecznika gruźliczego przez łożysko jest możliwe, to jednak ten sposób dziedziczenia jest najmniej rozpowszechniony i gra podrzędną rolę w sprawie rozpowszechnienia gruźlicy.

Gruźlicze płody żyją wogóle krótko. Według danych zebranych, z literatury (20 przypadków), jeden żył 8 dni, drugi 3 tygodnie, inne były niedonoszone. Przychodziły na świat w 5—8 miesiącu ciąży. Niema ani jednego dowodu, by podobne dzieci mogły żyć kilka tygodni lub miesięcy, a tem mniej, by gruźlica u nich objawiała się dopiero po upływie szeregu lat. Gdyby gruźlicę odziedziczano jako taką, to należało by się spodziewać, że w pierwszych latach, ewentualnie miesiącach życia, częstość zjawiania się gruźlicy, resp. liczba przypadków śmierci wskutek niej, będzie większa, aniżeli w późniejszych okresach życia. Tymczasem, wszystkie statystyki ze szpitali i instytutów anatomopatologicznych dowodzą, że w pierwszych 3—4

miesiącach życia gruźlica prawie się nie zdarza, a nawet w następnych miesiącach do roku zdarza się bardzo rzadko.

La nnelongue—1005 sekcyjnych przypadków gruźlicy, z tego w wieku:

1 r. życia	87 przypadków	7,6 ⁰ / ₀
2 " "	144 "	14 ⁰ / ₀
3 " "	107 "	10,6 ⁰ / ₀
4 " "	108 "	10,6 ⁰ / ₀
5 " "	99 "	9,8 ⁰ / ₀
6—10 l. życia	299 "	29,7 ⁰ / ₀
11—15 " "	125 "	12,4 ⁰ / ₀

z tego

od 1 tygodnia do 4 tyg.	4 przyp.
" 5 " " 9 "	6 "
" 9 " " 5 miesięcy	17 "
" 6 miesięcy " 12 "	60 "

Biedert 1308 sekcyi gruźliczych dzieci, z tego w wieku

mniej niż 1 rok	7 ⁰ / ₀
1—5 lat	48 ⁰ / ₀
5—10 "	27 ⁰ / ₀
10—15 "	18 ⁰ / ₀

Neumann na 142 sekcyi dzieci gruźliczych znalazł gruźlicę:

od 0—5 miesięcy	36 serowatych	0 gruźliczych
" 6—12 "	33 "	21,0 ⁰ / ₀ "
" 1—2 lat	28 "	35,9 ⁰ / ₀ "
" 3—5 "	18 "	72,2 ⁰ / ₀ "
" 6—10 "	16 "	75,0 ⁰ / ₀ "
" 11—14 "	11 "	45,5 ⁰ / ₀ "

Virchow z anatomopatologicznego instytutu berlińskiego

	Martw. nowo- rodzów i po- niżej 1 dnia. 1 dzień do 4 tygodni.	1—2 miesiące	2—3 miesiące	3—6 miesiące	6—9 miesiące	9—12 miesiące	Suma 1-go r.	1—2 lat	2—3 lat	3—4 lat	4—5 lat	Ogólna suma	
Liczba sekowanych dzieci . .	184	250	52	33	76	88	65	748	311	189	160	134	1542
W tem ze zmianami gruźliczemi	—	—	—	2	8	15	18	43	83	56	51	30	263

Nägeli (instytut anatomopatologiczny w Zurychu).

Z liczby sekowanych osobników zmiany gruźlicze znajdowano w wieku: u noworodków do 1 r. życia 0%
 1—5 lat 17%
 5—14 „ 33%
 14—18 „ 50%
 18—30 „ 96%
 30—40 „ 97%
 40—80 „ 100% (u Romberg'a).

Hervieux (cytowany u Landouzy i Quyerat) z pośród 998 sekowanych dzieci znalazł gruźlicę 18 razy, z tych 2 nie miało więcej nad 15 dni.

Froebelius z 16581 sekowanych dzieci od 1 miesiąca do 4-eh, w przeciągu 10 lat w Petersburgu znalazł 416 gruźliczych = 0,4%.

Demme (cytowany u Quyerat'a) 236148 chorych dzieci, cierpiało na gruźlicę 1932 = 5,3%.

Landouzy i Quyerat na 23 sekye dzieci od 3 do 23 miesięcy znaleźli 11 gruźliczych, z których 5 miało mniej niż rok.

Heubner z 844 ssawców do 3 miesięcy nigdy nie znajdował gruźlicy, z 218 od 3 do 6 miesięcy 8 razy = 3,6%, u 93 w 3-im kwartale 11 razy = 11,9% i u 75 w czwartym kwartale 204 = 26,6% (Jacobi i Pannwitz). Dane weterynaryjne potwierdzają rzadkie występowanie gruźlicy w pierwszych miesiącach życia cieląt.

Cornet zebrał wiadomości w bydłobójniach niemieckich za lata 1881 do 1899, z których to danych wypada, że: z 39884 cieląt, jeszcze nie przystawionych do wymion, było gruźliczych 2 = 0,005%, z 2312994 cieląt bez podania wieku 178 = 0,008%, z 1339120 bydła rogatego 35154 = 2,63%.

Röckl mówi, że perlica u zwierząt poniżej 1 roku jest bardzo mało rozpowszechniona i nie przenosi 1%, pomiędzy 1—3 r. wynosi 10 razy więcej, pomiędzy 3—6—30 razy, a wyżej 6 lat więcej niż 40 razy, 10 razy więcej, aniżeli do 1 r. życia.

Z danych, zebranych przez pruskie Ministerjum rolnictwa, okazuje się, iż w bydłobójniach w latach 1894 i 1895

zabito wogóle:	w tem gruźliczych
cieląt poniżej 6 tygodni	1950704 0,07%
bydła	1335492 11,40%

W Badonii w latach 1888/9 znaleziono gruźlicę wśród bitego bydła:

śróđ cieląt	0,004%
„ wołów i jałówek	0,42%
„ krów	4,94%
„ byków	1,25%
„ buhajów	1,91%

W Saksonii gruźliczych było:

na 120490 cieląt do 6 tygodni	0,002%
665 wołów od 6 tygodni do 1 r.	0,15%
6328 „ „ 1 do 3 lat	6,9%
13307 „ „ 3 do 6 „	9,7%
11101 „ wyżej 6 „	16,9%

A więc, u człowieka i zwierząt, pomijając rzadkie nader wyjątki, gruźlicę spotykamy dopiero po upływie kilku tygodni pozapłodowego życia. Poczyna ona występować dopiero wtedy, gdy można przypuścić, iż została nabytą wskutek zarażenia się. Nie brak bowiem w życiu pozapłodowem sposobności do zarażenia się zarówno zaraz po urodzeniu, jak i w pierwszych latach życia, gdy dziecko prawie nieustannie przebywa z rodzicami w zamkniętym pokoju lub, gdy wyłącznie karmione jest mlekiem.

Znamienną jest ta okoliczność, że (jak się można przekonać z pruskiej i bawarskiej statystyki) % śmiertelności z gruźlicy w pierwszych dwóch latach życia bywa prawie takim samym, jak i wśród kobiet pomiędzy 18 a 28 r. życia, t. j. w okresie największej rozplodowej zdolności. Gdy dziecko nabędzie już pewnej swobody ruchów, co ma miejsce między 3 a 4 r. życia, gdy poczyna wreszcie uczęszczać do szkoły i mniej przebywa z rodzicami, zmniejsza się również liczba gruźliczych wśród dzieci tego okresu.

Charakterystycznym jest przypadek, opisany przez *Wasserman'a* na sekcji 10-tygodniowego dziecka znalazł *W.* liczne zserowaciale ogniska w lewym płucu, gruczołach oskrzelowych, wątrobie, nerkach i uchu środkowem. Matka była zupełnie zdrowa. Wywiady okazały, że matka z dzieckiem tem, gdy miało 8 dni, była cały tydzień u ciężko chorego na suchoty szwagra, który nieustannie pluł naokoło siebie. Niektórzy, jak *Baumgarten*, twierdzą, iż lasecznik gruźliczy może istnieć w zarodku, a potem w noworodku, nie wywołując żadnych objawów, a dopiero po upływie 1—2 lat poczyna się rozwijać i wywołuje zmiany widoczne. Lecz przypuszczenie upada wobec faktu, iż gruźlica w wieku dziecięcym do 2 ząbkowania przebiega gwałtownie, że laseczniki w hodowlach żyją nie dłużej nad $\frac{1}{2}$ roku i że gdyby w zarodku już istniał lasecznik gruźliczy, to musiał by się przedewszystkiem umiej-

scowić w wątrobie, t. j. w tym narządzie, do którego wchodzi krew matki do płodu. I, rzeczywiście, w nielicznych przypadkach wrodzonej gruźlicy jedynie wątroba i narządy jamy brzusznej były dotknięte gruźlicą. Tymczasem, u przeważnej liczby dzieci cierpią w pierwszym rzędzie płuca i gruczoły oskrzelowe (jak i u dorosłych), a nie wątroba. Statystyczne dane z sekyi potwierdzają to.

Biedert u 1346 gruźliczych trupów dziecięcych znalazł następujące umiejscowienia:

w płucach	w 79,6 ⁰ / ₀ przyp.
„ kiszka	„ 31,6 ⁰ / ₀ „
„ gruczołach chłonnych	„ 88,0 ⁰ / ₀ „
„ otrzewny	„ 18,3 ⁰ / ₀ „

Leroux na 214 sekyi gruźliczych dzieci znalazł cierpienia

w płucach	w 94 ⁰ / ₀ przyp.
„ śledzionie	„ 47,2 ⁰ / ₀ „
„ wątrobie	„ 38,3 ⁰ / ₀ „
„ kiszka	„ 33,2 ⁰ / ₀ „
„ nerkach	„ 18,6 ⁰ / ₀ „
„ kościach	„ 3,9 ⁰ / ₀ „

Müller na 150 sekyi dzieci gruźliczych znalazł gruźlicę

w płucach	w 92,67 ⁰ / ₀ przyp.
„ gruczołach chłonnych	„ 84,0 ⁰ / ₀ „
„ opłucny	„ 65,3 ⁰ / ₀ „
„ śledzionie	„ 43,33 ⁰ / ₀ „
„ kiszka	„ 38,0 ⁰ / ₀ „
„ wątrobie	„ 33,3 ⁰ / ₀ „
„ nerkach	„ 23,33 ⁰ / ₀ „
„ kościach i stawach	„ 22,0 ⁰ / ₀ „

Najlepszym dowodem na korzyść teoryi zakażenia jest fakt, że dzieci gruźliczych rodziców pozostają zdrowe, jeśli są usunięte z domu rodzicielskiego, w którym się mogą zarazić.

Epsztein stwierdził (w domu podrzutek w Pradze), że dzieci matek gruźliczych, jeśli są karmione przez zdrowe mamki, zdrowo się rozwijają, gdy tymczasem te, które karmią matki, wkrótce umierają na gruźlicę w przeciągu 4-eh lat. Epsztein nie spostrzegł ani jednego przypadku gruźlicy u ssawców. Stich w domu dla sierot w Norymberdze, w którym przecięciowo przebywa 100 dzieci, z których bardzo znaczna liczba była obciążona dziedzicznie, spostrzegł tylko 1 przypadek gruźlicy w przeciągu 8 lat. Pomiędzy wychowankami zakładu, z których wielu miało po 10 lat, spostrzegł również

tylko 1 przypadek gruźlicy. Według Schnitzhein'a w Monachij-skim domu sierot u 41% dzieci obydwaje rodzice zmarli na gruźlicę, u 43% ojców lub matka. Pomimo tego z pośród 620 dzieci zdarzyły się tylko 2 przypadki gruźlicy.

Interesujące doświadczenie przytacza Bernheim. A mianowicie, że potomstwo królików, świnek morskich i psów gruźliczych, zapada na gruźlicę, jeżeli pozostaje z rodzicami (matką). Jeśli zaś oddzielić je natychmiast po urodzeniu, gruźlicy nie dostają. Bernheim miał 3-krotnie sposobność przyjmować żywe bliźnięta od matek gruźliczych. Otóż, za każdym razem jedno z bliźniąt było karmione przez matkę, drugie było wysyłane na wieś. We wszystkich 3-ch przypadkach pierwszych troje dzieci umarło na suchoty, zaś wysłane na wieś chowały się zdrowo.

Atawizm, przypuszczający możność przeniesienia lasecznika gruźliczego z dziadków na wnuków bez uszkodzenia pośredniego ogniwa jest absurdem. Musiałby lasecznik gruźliczy w stanie utajonym leżeć szereg lat w ustroju lub gnieździć się w jajnikach lub jądrach nie wywołując żadnych objawów i dopiero podczas aktu płodzenia wjeżdżać na grzbiecie jednej zarodkowej komórki, jednej z pośród miliona innych, by stworzyć płód zakażony. Należy o tem pamiętać, że, jak oblicza Lode, przy wytrysku nasienia wypływa 226 milionów plemników.

(D. c. n.)

IV. PODSTAWY

PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORII HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtriere.

Napisał

B. Rzezniewski.

(Ciąg dalszy).

5. Wzruszenia. Formy ich zбочeń i znaczenie ich w histeryi.

Wszystko jednak powyżej przytoczone o wyobrażeniach rozważanych wyłącznie ze strony intelektualnej nie wystarczyłoby do zróż-

zumienia ani mechanizmu powstawania ani istoty większości psychofizjologicznych resp. duchowo-cieleśnych objawów histeryi gdybyśmy nie uwzględnili w najobszerniejszym zakresie patologii wzruszeń właściwych tej chorobie.

Wzruszeniami ze stanowiska psychologii klinicznej nazywają się stany na poły psychologiczne, na poły zaś fizjologiczne jeśli bowiem z jednej strony są to pewne stany świadomości, to współcześnie posiadają one nieodłączną własność ujawniania się na obwodzie jako zjawisko czuciowe i ruchowe nie tylko w zakresie czucia zmysłowego oraz ruchów mięśni utrzymujących stosunki ze światem zewnętrznym lecz za pośrednictwem nerwu współczulnego odbijają się one w daleko wyższym jeszcze stopniu na ruchach wewnętrznych i czuciu trzewiowym, na objawach naczynioruchowych (*vasodilatatio* et *vasoconstrictio*) na ciśnieniu krwi, ruchach serca, ruchach oddechowych, na narządzie trawienia, sekrecjach i ekskrecjach a nawet odżywianiu. Te zaś reakcje fizjologiczne są znów mniej lub więcej wyraźnie postrzegane oraz interpretowane przez świadomość.

Już z powyższego ogólnego określenia wzruszeń nie trudno dojść do wniosku jak ważny przypada na nie udział w takich stanach patologicznych jak psychonerwice a specjalnie histerya i to całkiem niezależnie czy wzruszenie będziemy uważali za stany pierwotne t. j. mogące obejść się bez wyraźniejszych wyobrażeń czy też za pewną tylko własność wyobrażeń co jak wiadomo jest dotąd kwestyą sporną w psychologii. Nie też dziwnego, że wpływ afektów i wzruszeń na objawy histeryi został najpierw przez badaczy dostrzeżony i zanotowany, gdyż właśnie o wzruszeniach można powiedzieć, że najdobitniej w nich wyraża się nie tylko wpływ strony moralnej na fizyczną, ale dodajmy i odwrotnie wpływ strony fizycznej na moralną.

Badanie jednak naukowe wzruszeń jest dziełem późniejszym, przeważnie szkoły Salpêtriere. Najprzód reakcje ruchowe wzruszeń były przedmiotem badań ścisłych, że wspomnimy choćby F é r é g o „*Pathologie des é motions*“, lecz zwrócenie uwagi na związek wzruszeń ze sposobem czucia (*sensibilité*) i badanie stosunku wzruszeń do innych sfer psychicznych stanowi od dawna przedmiot drobiazgowych badań doświadczalnych i klinicznych bynajmniej do tej pory nie zamkniętych, zapoczątkowanych przez Ch a r c o t'a i prowadzonych w dalszym ciągu przez prof. R a y m o n d'a, J a n e t'a i wogóle byłych uczniów szkoły wedle jej tradycyi wykształconych.

Zakres pracy niniejszej pozwala nam zaledwie na streszczenie w ogólnych zarysach tego co w tej dziedzinie dotychczas zdobyto.

Stosownie do powyższego określenia należy pojmować wzruszenie jako pewien system czyli układ skojarzeń psychofizjologicznych:

I. Pierwszą i naturalnie najważniejszą kwestją powinno być odróżnienie patologii wzruszeń a więc wykazanie *czem różnią się wzruszenia u histeryków od wzruszeń ludzi normalnych*, boć przecież wzruszeniom w mniejszym lub większym stopniu podlegamy wszyscy normalnie. Najogólniej własności wzruszeń, które za normalne poczytywać można, streszczają się w sposób następujący:

a) Że są to układy psycho-fizjologiczne *ogólne* (których reakcje fizjologiczne są mniej więcej rozlane) mogące być ujawniane przez większą liczbę skojarzeń, czyli bodźców i choć układy psycho-fizjologiczne mogą być wprawdzie różnego rodzaju (różne rodzaje wzruszeń), to jednak ze względu na warunki ich ujawniania się i jeszcze więcej na naturę bodźców, powszechną stałość ich i jednostajność u większości ludzi przywykliśmy uważać je za normalne.

b) Że są to stany psycho-fizjologiczne krótkotrwałe, *przejściowe* a zaburzenia ruchowe lub czuciowe im towarzyszące dosięgają umiarkowanego tylko stopnia nateżenia i tak one jak i wpływ ogólny wzruszeń na resztę osobowości zostaje mniej więcej szybko samodzielnie wyrównany nie sprowadzając ani bezpośrednio ani nawet pośrednio odleglejszych następstw dla osobnika.

Otóż myliłby się ktoby sądził, że patologia wzruszeń w histeryi polega li tylko na tem, że histerycy podlegają częściej lub w silniejszym stopniu wzruszeniom ogólnym, lub że podlegają przeważnie wzruszeniom pewnego rodzaju, np. że skłonniejsi są do podlegania wzruszeniom natry erotycznej jak do dziś niektórzy przypuszczają, co stanowi niewątpliwie zabytek dawniejszych pojęć związanych z samą nazwą histerya.

Prawdą jest, że *histerycy podlegają wogóle wzruszeniom w wyższym stopniu niż ogół przeciętny* i typ t. zw. *émotif* jest w histeryi przeważający, co jest wykładnikiem tylokrotnie już wspomianej niestałej psycho-fizjologicznej równowagi tych chorych. Co do rodzaju jednak wzruszeń, to ten jest różny i wiadomo, że już Charcot odróżnił pod tym względem typ męzki odznaczający się przygnębieniem i typ żeński odznaczający się jakoby większą zmiennością wzruszeń różnej natury. Wiemy już, że zasada łatwej zmienności wyobrażeń jest w histeryi ograniczona ustalaniem się i wyższym stopniem rozwoju jukiemu ulegają wyobrażenia. Toż samo odnosi się jak zobaczymy i do wzruszeń. Lecz dla nas jest szczególnie ważna ta okoliczność, że właśnie wyższy stopień rozwoju wzruszeń u histeryków może być przyczyną, że *i sama natura ich wzruszeń robi*

się w końcu odmienną. Wogóle musimy zwrócić uwagę na to, że zwykle określanie rodzajów wzruszeń jak np. strach, smutek, wzruszenie erotyczne i t. p. jest określeniem bardzo tylko ogólnem i że każde z tego rodzaju wzruszeń może przedstawiać nieskończoną liczbę odmian i odcieni zależnych od psycho-fizyologicznej natury osobnika, od jego wychowania, od okoliczności pierwotnie lub w sposób powtarzający się na ujawnienie pewnego rodzaju wzruszenia wpływających, od tego czy bierzemy pod uwagę wzruszenie w zwykłym tego słowa znaczeniu rozumiane jako stan chwilowy, czy też wzruszenie mniej lub więcej trwałe (émotion-sentiment). Już zwykła obserwacja wzruszeń pozornie jednego gatunku u większej liczby osobników doprowadza do wniosku, że wzruszenie np. strachu nie zawsze bywa tem samem wzruszeniem, które za wzruszenie strachu normalne pochytywać przywykliśmy, pewne wzruszenia erotyczne różnią się tysiącem form od tego co pospolicie pojmujemy pod tą nazwą. Takież same spostrzeżenia robić można nad każdym rodzajem wzruszenia. Na pytanie co może być powodem tych różnic, psychologia daje nam następujące objaśnienie. Wzruszenie jak zresztą ogół zjawisk psychologicznych nie jest faktem prostym lecz bardzo złożonym, utworzonym z jednej strony przez masę zjawisk psychologicznych: wrażeń zmysłowych, wspomnień, dyssojacyi preegzystujących syntez czyli psycho-fizyologicznych układów zwłaszcza we wzruszeniu nagłym i silnym, następczej konstrukcyi nowych syntez, czyli nowych psycho-fizyologicznych układów ujawnianych nadal za pomocą nowo wytworzonych skojarzeń jak w émotion-sentiment i t. d., z drugiej zaś strony przez reakcyę fizyologiczną w mięśniach, trzewiach, naczyniach, gruczołach etc., które to reakcyę, jak już wspominaliśmy są mniej lub więcej postrzegane przez świadomość. Wystarcza więc aby zaszła modyfikacya jednego z tych czynników składowych a *wzruszenie nabierze odcienia szczególnego* i układ psychofizyologiczny normalnie więcej otwarty zamieni się na więcej zamknięty ujawniający się pod wpływem jednego i tego samego zawsze skojarzenia psychologicznego, słowem wytworzy się niekiedy układ odbiegający pod względem natury bodźca wzruszeniowego od normalnego. Jeśli zaś dodamy do tego, że pod wpływem różnorodnych przyczyn reakcyę fizyologiczną mogą się ograniczyć i ujawniać przeważnie w zakresie jednej fizyologicznej funkcyi to będziemy mieli *wzruszenie t. zw. usystematyzowane* wyrażone pod postacią stanu *pozornie fizyologicznego lokalnego*, które jest charakterystyczną cechą hysterii. Lecz na te przeobrażenia wzruszeń pojmowanych jako stany ogólne w stany mniej więcej automatyczne lokalne jak i na odstępstwo od drugiej własności normalnych wzruszeń t. j.

na przemianę krótkotrwałych zazwyczaj stanów wzruszeniowych w ustalone stany automatyczne, o czym zaraz będzie mowa, rzuciły dopiero światło doświadczenia hypnotyczno-suggestyjne i przy ich pomocy głębsza psychologiczna analiza faktów klinicznych.

II. Z kolei zatem przechodzimy do następnej ważnej kwestyi klinicznej, jaką stanowi *sposób objawiania się wzruszeń w histeryi*. Sposób ten jest dwójaki: albo mniej więcej nagły i gwałtowny, co naturalnie nie koniecznie jest proporcjonalne do istotnej siły bodźca wzruszeniowego czyli przyczyny wzruszenia ocenianej samej przez się niezależnie od terenu, na którym mają się jego skutki objawić. Jest to t. zw. *shok wzruszeniowy*. Shok wzruszeniowy przyjmuje niesłychanie ważny i rozległy udział w mechanizmie powstawania nader licznych objawów histeryi nie tylko w sferze psychicznej lecz i cielesnej—w zaburzeniach mianowicie trzewiowych i naczynioruchowych natury histerycznej. Wzruszenie, shok zaćmiewa zrazu świadomość zwykłą (syncope), co jest wyrazem wysokiego stopnia dysocjacji słabej syntezy psychologicznej tych chorych. Po tej chwilowej dysocjacji następuje dążność do rekonstytucji, lecz w pierwszych chwilach poczynającej się rekonstytucji osobowości pole świadomości jasnej bardzo jest z początku zwężone, suggestyjność wzmożona. W tym też momencie przeważające w tej świadomości elementarne wrażenie zmysłowe, czy też wyobrażenie przedstawiające syntezę wyobrażeń zmysłowych, lub wspomnienia dawnych wrażeń lub wyobrażeń mają wszelkie szanse ustalenia się na przyszłość same przez się lub w połączeniu ze wzruszeniem jako t. zw. *émotion-persistante*—*wzruszenie trwałe* lub idea ze wzruszeniem. *Wzruszenie zatem w tym okresie działa jak hypnoza i suggestya* hypnotyczna, daje początek narodzinom nowego psycho-fizjologicznego układu na koszt poprzedzającej dysocjacji lub też wskrzeszeniu jakiegoś dawniej już wytworzonego psychofizjologicznego układu, który był swego czasu świadomy, następnie został zapomniany jak np. odzycie wzruszenia wywołanego jakimś przypadkiem życiowym z przed lat 20—30 (jak to sprawdzono kazuistycznie) co służyć może tylko za dowód, że dopóki grubsze zmiany materialne nie zniszczą narządu psychicznego to właściwie w umyśle nie ginie co raz doń przenikło i w przyjaznych warunkach może się ujawnić. Pewne usystematyzowane wzruszenia lub wyobrażenia raz posiadane w umyśle i przyjąwszy się w nim mogą przebywać zrazu świadomie, następnie przez czas nieokreślenie długi skrycie, aż pewne sprzyjające choć przypadkowe okoliczności raz moralnej, innym razem fizycznej natury zmodyfikują teren umysłowy i pozwolą na dalszy rozwój tych nasion. Wzruszenia w ten

sposób ustalone mogą też dać początek objawom pozornie fizycznym tak czuciowym jak ruchowym. I jeśli anestezję hysteryczną wyprowadziliśmy poprzednio od abulii to znowu hyperestezję a właściwie wszelkie postaci dyzestezji hysterycznej usystematyzowanej i lokalnej tak w zakresie czucia zmysłowego jak trzewiowego możemy tylko przypisać ustalonym patologicznie wzruszeniom. Od nich też są zależne tak ogólne drgawki ataków hysterycznych, jak mniej więcej ogólne zaburzenia kinetyczne: drżenia, tiki, a dalej usystematyzowane i zlokalizowane kurcze, kontraktury, pewne formy nagle występujących porażań, wreszcie całość objawów trzewiowych i naczynioruchowych, do których ogranicza się niekiedy cała histerya.

Dlaczego u niektórych osobników pod wpływem shoku wzruszeniowego powstają wyłącznie objawy umysłowe, u innych znów obwodowe tego dotychczas dokładnie nie wiemy. Doświadczenie jednak kliniczne zdaje się potwierdzać popularne mniemanie, że istnieje pewien antagonizm w objawach zewnętrznych wzruszeń a stłumieniem wyrażenia tych objawów niekorzystnie odbijający się na umyśle. Wzruszenia silne, których wyładowanie się w objawach zewnętrznych zostaje w ten lub ów sposób stłumione mają wogóle złą reputację jako czynnik chorobotwórczy umysłowy. Wogóle jednak pozostaje wiele jeszcze do badania w dziedzinie objawiania się skutków wzruszeń tak pod względem oddziaływania wzajem na siebie jednych części układu nerwowego na drugie, jak w kwestyi specjalnej lokalizacji o ile zależy ona od zmniejszonej odporności narządów obwodowych lub też zawartą jest już anticipando w rozmaitych odcieniach wzruszenia pozornie jednego gatunku. Dlaczego np. wzruszenie strachu raz powoduje porażenie i to najczęściej dolnych kończyn, drugi raz strumat lub cały syndrom Basedowa i t. d. i t. d. Nadto ważną przeszkodę w badaniu zmian czucia stanowi do tej pory brak dokładnych metod badania czucia trzewiowego.

III. Trzecią ważną dla teorii histeryi kwestyą jest *stosunek patologicznych wzruszeń histerycznych do całej osobowości*. Na wstępie jako punkt wyjścia dla naszej teorii zaznaczyliśmy że histerya polega na przewadze automatyzmu psychologicznego czyli niższych form działalności psychologicznej nad jej formami wyższymi. Tymczasem jak wiadomo wiele fizjologicznych czynności ustroju odbywa się automatycznie i właśnie dokładność swej funkcyj zawdzięcza temu automatyzmowi jak np. funkcyje serca i t. p. A ponieważ właśnie w zakresie tych funkcyj występują bardzo często lub do nich się jedynie ograniczają objawy histeryi zdawałoby się mogło pozornie, że broniona przez nas teoria jest niewystarczającą dla objęcia całości obja

wów choroby. Otóż właśnie doświadczenia hypnotyczne wykazały, że te automatyczne czynności nie są zawsze tak całkowicie automatycznymi, a w każdym razie mogą być wymanewrowane z pod wpływu reakcyi osobistej w pewnych sztucznych stanach świadomości w stopniu daleko wyższym niż to ma miejsce w stanie normalnym świadomości czyli odwrotnie i same wzruszenia choć są również stanami automatycznymi w stanie normalnym mogą stać się jeszcze w wyższym stopniu automatycznymi, gdyż ich reakcyje fizyologiczne mogą być rozłożone na pojedyncze elementy, które odmiennie mogą się następnie zgrupować.

Zasługuje również z punktu psychologicznego na uwagę spójnienie, zatem stosunek wzajemny do siebie nadmiernej wzruszeniowości histeryków do ich abulii. Połączenie tych 2-ech cech psychologicznych u jednego osobnika zdaje się przeczyć twierdzeniu Ribot'a, który abulję czyni zależną od braku zdolności podlegania wzruszeniom. Dokładniejsza jednak pod tym względem analiza psychologiczna histeryków wykazuje, że w aktach swych świadomych okazują się oni istotnie raczej obojętni. Histerycy w wyższych stopniach choroby tracą częstokroć zainteresowanie nie tylko do zadań życiowych bieżących, ale nawet tępiją niekiedy ich normalne afekty do osób najbliższych. Sami też oni to odczuwają i pożądamy też częstokroć silniejszych bodźców wzruszeniowych jako podniety do działań mniej więcej dowolnych, lub pod wpływem przypadkowo nastęrczających się tego rodzaju podniety okazują się nam normalniejszymi. W automatyzmie swym zato chorzy ci wykazują wygórowaną wzruszeniowość i wzruszają się byle czem nadmiernie. Doskonale zdaniem naszym określił tę pozorną sprzeczność Janet wyrażając się, że histerycy mają wyrawdzie wzruszenia żywe, lecz źle je umieszczają. Niezmiernie ważny wpływ, który zresztą łatwo jest sprawdzić za pomocą zwykłej obserwacyi, jest wpływ osłabiający jaki wywierają wzruszenia na uwagę i wolę. W tym kierunku działając, wzruszenia posiadają własność potęgowania chorobliwej suggestyjności i powodują częściej, niż co innego nawroty przypadłości, wytwarzając błędne koło w histeryi.

Ale jest jeszcze jeden fakt psychologiczny, który uważamy za stosowne podnieść właśnie na tem miejscu, *fakt na pozór paradoksalny* jakim jest częstokroć *wpływ pogarszający uwagi zwróconej na objaw choroby na sam objaw*. Są jak wiadomo objawy, które potęgują się gdy chory na nie uważa resp. myśli o nich łagodnieją zaś w razie odwrócenia uwagi ku czemu innemu, ustają np. we śnie. Fakty zatem kliniczne wykazują niekiedy wbrew jakoby naszemu twierdzeniu szko-

diwy wpływ uwagi dowolnej resp. myśli świadomej na akt resp. funkcję a odnosi się to również do sensacyi. Już życie normalne dostarcza nam dosyć przykładów szkodliwego wpływu nadmiernie wyęzionej uwagi na akty, które normalnie powinny być zautomatyzowane. A do takich należą nie tylko funkcje naszych trzewiów lecz chodzenie, mowa, łykanie, pisanie etc. etc. i w znacznej mierze nasze sensacje ogólne. Fakt ten może być różnie tłumaczony, zależnie od danego przypadku, co nie dowodzi jeszcze żeby żadne tłumaczenie nie było dobre, mogą się one bowiem wzajem uzupełniać. Pierwsze objaśnienie dostarczone nam przez doświadczenia psychometryczne nad uwagą histeryków polega na wykazaniu, że wszelka operacja psychologiczna automatyczna jest prostsza, łatwiejsza, wymaga mniej pracy umysłowej niż operacja świadoma i uważna. Świadomość i uwaga dorzucają do aktu resp. funkcyi wiele nowych elementów, dla których potrzebną jest synteza bardziej skomplikowana.

Widzieliśmy już w rozdziale o abulii, że histerycy wykonywują jeszcze akty resp. funkcje podświadome w związku z sensacjami również podświadomymi, wówczas gdy okazują się znieczulonemi i sparaliżowanemi skoro zwraca się do nich świadomości osobistej.

Lecz najpospolitszy powód bywa ten, że *natężonej uwadze towarzyszą wzruszenia* (tem łatwiejsze im osobnik w wyższym stopniu przedstawia typ émotif) wywołane postrzeganą sensacją i skojarzone ze wspomnieniami lub wyobrażeniami, które ona obudza. Wogóle istnieje rodzaj kontradykcyi *między wysiłkiem uwagi z jednej strony, która sama przez się czyniąc akt bardziej skomplikowanym utrudnia syntezę a wzruszeniem z drugiej strony, które robi wszelką świadomą syntezę trudniejszą i dąży do jej dysocjacji*. Dlatego też wszelkie próby ćwiczenia uwagi dowolnej i świadomej u histeryków powinny być dokonywane w warunkach redukujących wzruszenia mogące współtowarzyszyć tej operacji do minimum.

Wpływ uwagi czynnej i wzruszeń na myśl świadomą doprowadza nas do zaakcentowania konieczności odróżniania dobrze od siebie dwóch odmiennych źródeł, z których pochodzą wzruszenia resp. wyobrażenia, mianowicie *wzruszeń resp. wyobrażeń pierwotnych-chorobotwórczych*, od *wzruszeń resp. wyobrażeń pochodzących wtórnie* od objawów na obwodzie przez pierwotne istotnie patogenetyczne wzruszenia lub wyobrażenia zrealizowanych, a które jakżeśmy to przy określeniu wzruszenia wymienili, mogą być również mniej lub więcej jasno spostrzegane i interpretowane przez świadomość. Dwa te rodzaje wyobrażeń i wzruszeń są zwykle przez ogół z sobą mieszane i za chorobotwórcze bez różnicy poczytywane. A jest to rzecz

pierwszorzędnej wagi dla rozpoznania różniczkowego b. charakterystyczna zwłaszcza w pewnych okresach rozwoju choroby, jak się chory do swoich objawów odnosi. Psychastenicy skarżą się zwykle więcej i stalej na swoje objawy. Histerycy skarżą się również niekiedy lecz nie tak stale. Mówiąc o znamionach histeryi wspomnieliśmy o tem i staraliśmy się wytłumaczyć od czego to zależy. Otóż odnosi się to samo spostrzeżenie i do innych przypadłości natury hysterycznej. Jest rzeczą niekiedy uderzającą, jak ciężko chorzy histerycy odnoszą się apatycznie do swoich objawów. Skarży się na ich objawy, ich otoczenie, ale nie sami chorzy. Jest to cecha tak znamionowa dla cięższych przypadków histeryi, że sama przez się pozwala na postawienie rozpoznania histeryi a dowodzi głęboko sięgającego rozdziału świadomości tych chorych.

Najważniejsze z tego cośmy powiedzieli o wzruszeniach da się streścić w sposób następujący:

1) Łatwość podlegania wzruszeniom specjalnie się przeobrażającym jest obok abulii najważniejszem znamieniem psychologicznem histeryi.

2) Wzruszenia w histeryi posiadają własność dysocjowania osobowości na pojedyncze elementy w stopniu najwyższym i działanie ich może się objawiać nagle, albo po upływie pewnego okresu wylegania.

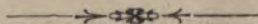
3) Wzruszenie—shok wywiera na świadomość tych chorych wpływ zrazu rujnujący, następnie hipnotyzujący i suggestyonyjący, a z tego powodu dawać może początek całej serji przypadłości chorobliwych.

4) Z powodu tych własności shoku wzruszeniowego może shok wzruszeniowy przypadkowy lub nawet sztuczny okazać się niekiedy korzystnym, zwłaszcza jeśli mamy do czynienia z apatycznymi lub uiesubordynowanymi choremi. Przykładów tego rodzaju spostrzeżeń klinika notuje wiele i codzienna prawie obserwacja wykazuje, że podczas shoku wzruszeniowego, który modyfikuje osobowość może być zaszczerpiona suggestya pożądana. Ponieważ jednak dowolne wprowadzenie chorego w stan wzruszeniowy z góry zdeterminowany i mogący być pożądanym jako korzystnym w niektórych przypadkach jest do dziś jeszcze niemożliwe przeto nie możemy się czuć upoważnionymi do budowania na tej podstawie jakiejś ogólnej metody psycho-terapeutycznej, któraby się według jednego szablonu do wszystkich bez różnicy chorych zastosować dała z korzyścią, pomijając zresztą, że byłaby ta terapia niesłychanie trudną dla lekarza. Natomiast na podstawie dokładnej znajomości psychologicznej natury danego chorego

oraz znajomości psycho-fizjologii danego wzruszenia zatem na mocy obliczenia z góry zakresu wpływu jego na osobowość możemy niekiedy sporadycznie środkiem tym się posługiwać ale panując nad sobą i zawsze tylko interes chorego mając na względzie. Że wogóle wzruszenia umiarkowane natury stenicznej mają dodatni wpływ na chorobę jest powszechnie wiadomo.

5) Z drugiej strony trzeba zawsze mieć na uwadze, że nadmierna wzruszeniowość histeryków jest jedną z największych przeszkód do wzmocnienia ich osobowości i powrotu do zdrowia. Jedną też chwila strachu, gniewu lub t. p. wzruszeń może popsuć wynik mozolnej nieraz pracy poprzedniej skierowanej ku rekonstytucji osobowości tych chorych, co ważne ze względu na profilaktykę.

6) Badanie mechanizmu psycho-fizjologicznego wzruszeń winno być kontynuowane. Zdaje się, że hypnotisabilitas i wzruszeniowość histeryków są równoległą manifestacją jednej i tej samej własności jaką jest brak stałej równowagi czyli łatwość psycho-fizjologicznej dysocjacji tych chorych. (D. c. n.)



V. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

383. F. Barjon i A. Cade. **Eozynofilia wysięków opłucnowych oraz jej znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne.** („Eosinophilie pleurales; cyto-diagnostic et cyto-pronostic“. Archives Générales de Médecine, № 30, VII, 1903).

W pracach cytologicznych nad płynami opłucnowymi notowano niejednokrotnie obok innych rodzajów białych ciałek również komórki eozynofilowe. Naogół ilość tych ostatnich bywa stosunkowo niewielka i nie przekracza zazwyczaj 6—7%. Te mianowicie cyfry znajdowali i autorowie w przypadkach zapalenia opłucny gruźliczego. Zdarzają się jednak przypadki, w których odsetka eozynofilów zwiększa się znacznie, dosięgając 10% i więcej. Przypadki takie zasługują już na miano istotnej eozynofilii opłucnowej i spotykają się stosunkowo bardzo rzadko.

Aczkolwiek pierwsze prace Vidala i Ravaut'a, dotyczące cytodyagnostyki płynów opłucnowych, wywołały już obszerną literaturę, na eozynofilię opłucnową zwracano dotychczas mało uwagi i jej znaczenie kliniczne nie jest jeszcze wiadome. Pierwszy raz spostrzegli

eozynofilię Vidal i Ravaut w r. 1900 w wysięku opłucnowym królika, któremu zastrzyknięto do otrzewny hodowlę laseczników tyfusowych. Następnie Sicard i Monod stwierdzili to samo u chorego na białaczkę typu kostno-mózgowego. Wreszcie Ravaut w r. 1902 ogłosił 4 przypadki zapalenia opłucny o różnym przebiegu klinicznym, lecz mające jedną cechę wspólną—eozynofilię opłucnową. Autorowie zebrali 5 podobnych przypadków i na zasadzie tych 9 dokładnie zbadanych klinicznie przypadków swoich i Ravaut'a próbują określić znaczenie kliniczne eozynofilii opłucnowej.

A więc, przede wszystkim z analizy powyższych przypadków wynika, że eozynofilia zdarza się najczęściej i w stopniu najbardziej wybitnym w wysiękach krwawych (3 przypadki autorów z pośród pięciu i 1—Ravaut'a). Przytem eozynofilia w niektórych z tych przypadków zmniejszała się w miarę tego, jak wysięk tracił swój charakter krwawy. Można by przypuścić, że eozynofilia opłucnowa zależną była w tych przypadkach od odpowiednich przekształceń we krwi. Istotnie Ravaut notuje w jednym ze swych przypadków 6% eozynofilów we krwi (% nieco większy od prawidłowego), lecz tu komórki eozynofilowe należały przeważnie do wielojądrowych, podczas gdy w wysięku opłucnowym znajdowano eozynofile jednojądrowe.

W przypadkach autorów badano krew dwukrotnie i znaleziono 10 i 17% eozynofilów. Świadczyłoby to, że jeden i ten sam czynnik chorobowy wywołał jednakowy odczyn zarówno we krwi, jak w wysięku. Uważać eozynofilię opłucnową jedynie za wynik eozynofilii krwi niepodobna, gdyż

1) istnieją przypadki eozynofilii opłucnowej, w których krew zawiera prawidłową ilość eozynofilów;

2) odsetka eozynofilów w wysięku przewyższa nieraz takąż odsetkę we krwi.

Drugą właściwość wysięków eozynofilowych stanowi ich nieobfitość. W jednym tylko z przypadków autorów było wskazanie do wypuszczenia płynu; zazwyczaj wysięk bywał skąpy, iż zaledwie udawało się wydobyć kilka cm. sz. płynu za pomocą przekłucia próbnego.

Obok komórek eozynofilowych znajdowano zwykle i limfocyty, komórki śródbłonkowe pojedyncze i skupione, nieliczne białe ciała z jednym dużym jądrem i neutrofile wielojądrowe. W jednym ze swych przypadków autorowie przy pierwszym przekłuciu próbnym otrzymali obfitą ilość eozynofilów, przy następnych przekłuciach ilość ich zmniejszała się stopniowo na korzyść limfocytów.

Eozynofilia opłucnowa bynajmniej nie jest właściwą, wyłącznie wysiękom gruźliczym: z pośród 5 przypadków autora i 3 Ravaut'a w czterech niewątpliwie nie było gruźlicy (1 przypadek wysięku w II okresie przymiotu, 1 u chorego tyfusowego, 1—w trakcie reumatyzmu stawowego i 1—przesiękowy w przypadku niewydolności mięśnia sercowego). W 4 pozostałych istota gruźlicza cierpienia mogła być podejrzaną, pewnych dowodów atoli nie dostarczyła ani sero-dyagnostyka ani zastrzykiwania wysięku świnkom morskim. Wszystkie te przypadki miały przebieg krótkotrwały i zakończyły się zupełnym wyzdrowieniem. Ravaut zwracał uwagę na wybitną toksyczność

wysięków eozynofilowych, czego jednak badania autorów nie potwierdziły.

Autorowie dochodzą do wniosków następujących:

Z punktu widzenia cytologicznego spotykamy w wysiękach opłucnowych dwie postaci eozynofilii:

1) Postać względną, kiedy odsetka eozynofilów nie przekracza 2—5%, którą spotykamy najczęściej w przypadkach zapalenia opłucny gruźliczego;

2) Eozynofilię istotną, kiedy ilość eozynofilów dochodzi do 10—74%. Tę postać spotykamy w przypadkach ostrych, ze skąpym wysiękiem, nie dających nawrotów.

W niektórych przypadkach można podejrzewać istotę gruźliczą cierpienia, w innych należy ją stanowczo odrzucić. Znaczenie rozpoznawcze eozynofilii pod tym względem podlega jeszcze dyskusji. Co do rokowania, autorowie dochodzą do wniosku, że eozynofilia istotna każe zwykle rokować pomyślnie, nawet w przypadkach podejrzanych co do gruźlicy.

W. Starkiewicz.

384. H. Schroeder. **Znaczenie kliniczne białkomoczu.** (Medical Record. VII. 1903).

Liczne prace, poświęcone kwestyi białkomoczu t. zw. fizjologicznego, dotychczas jeszcze nie ustaliły w opinii ogółu lekarzy, o ile białkomocz ów ma świadczyć o istnieniu zmian patologicznych w nerkach, lub też czy ma być uważanym przynajmniej za zapowiedź tych zmian. Wielu lekarzy uważa dotychczas białkomocz za zjawisko dość pospolite i nie niepokojące. Jako przyczynek do tej kwestyi autor przytacza dane z towarzystw ubezpieczeniowych, w których od lat 13, jako lekarz, pracował. W tym charakterze autor częstokroć miał sposobność badać amerykańskich businessmen'ów, prowadzących od lat 15, 20 życie niezmiernie czynne, dobrze odżywionych, pijących codziennie po 2—3 kieliszków wódki, namiętnych palaczy. Klient taki zostaje wstrząśnięty do głębi, kiedy podanie jego do Tow. Ubez. zostaje odrzucone na zasadzie śladów białka, wykrytych w moczu. Wielu z nich zaczyna odtąd prowadzić życie racjonalne i żyje długo, mimo, iż ślady białka i skąpe waleczki szkliste zdarzają się czasem w ich moczu. Większość, natomiast, jak tego dowodzi statystyka zebrana przez Vanderpoela, rzadko dożyje połowy tych lat, którychby należało oczekiwać na zasadzie ich wieku.

Nazwa „białkomocz fizjologiczny lub czynnościowy“, zdaniem autora, wytwarza tylko zamęt pojęć i prowadzi do lekceważenia tego, zawsze patologicznego, objawu. Jak wiadomo, Semmola i jego uczniowie tłómaczą białkomocz czynnościowy wydzielaniem przez nerki nadmiaru nieprzyswajalnych substancji białkowych ze krwi. Istotnie, we krwi tego rodzaju chorych stwierdzano nadmiar rozpuszczalnego białka; wstrzykiwania krwi takiej psom powodowały białkomocz mniejszy lub większy, stosownie do ilości białka. Białkomocz ów należy uważać za zależny od nieprawidłowej czy niedostatecznej przeróbki

materyj (metabolic albuminuria), nie zaś od zmian anatomicznych w nerkach. Sam jednak Semmola uznaje, że ów nadmiar białka, usuwany przez nerki z ustroju, drażni ich tkankę i powoduje w końcu zmiany miąższowe. Strümpell twierdzi nawet, że każdy białkomocz zawsze zależy od zmian anatomicznych w komórkach kłębków nerkowych. Bądź co bądź, faktem jest, że taki białkomocz czynnościowy mija często po zastosowaniu zabiegów leczniczych lub samistnie, szczególnie, jeżeli zostaje usunięta przyczyna wywołująca (zimne kąpiele, błędy dietetyczne, zmęczenie fizyczne, nadużycia wszelkiego rodzaju). Zdarza się jednak, że napady białkomoczu powtarzają się coraz częściej i trwają dłużej, białkomocz czynnościowy staje się organicznym i daje w końcu obraz choroby Bright'a. Przejścia w chorobę Bright'a możemy być pewni, kiedy stwierdzimy wzmożone ciśnienie tętnicze, twarde tętno, pizerost serca. Objawy te jednak występują nie zawsze, nawet przy niewątpliwem zapaleniu przewłokiem nerek. Zdaniem Bradford'a, w chorobie Bright'a bardzo często zmiany w układzie krwionośnym ograniczają się li tylko do tętnic nerkowych, tętnice zaś obwodowe i serce pozostają normalne. W każdym bądź razie, jak nikt nie czeka z rozpoznaniem gruźlicy, aż się wytworzą jamy w płucach, tak również nie należy zaniedbywać leczenia zapobiegawczego choroby nerek wobec istniejącego białkomoczu, któremu nie towarzyszą jeszcze zmiany w układzie naczyniowym. Autor przytacza 7 śmiertelnych przypadków przewłokiego zapalenia nerek, w których przebiegu zwraca uwagę na niestałość białkomoczu, częsty brak wałeczków nerkowych i brak zaburzeń cyrkulacyjnych. Kwestya nukleoalbuminy również nie wydaje się autorowi rozwiązana ostatecznie. Często obecność nukleoalbuminy w moczu tłumaczy przewłokłe zapalenie gruczołu krokowego, zaburzenia pęcherzowe, nadużycia płciowe. Czasami trzeba ją złożyć na karb podrażnienia tkanki nerkowej przez nadmiar kwasu moczowego u artrytyków i podagryków. Z drugiej strony jednak spostrzegano przejście stopniowe nukleoalbuminuryi w serumalbuminuryę z wałeczkami i wzmożeniem ciśnieniem tętniczym.

Autor stawia następujące wnioski:

- 1) Bez dłuższej obserwacji chorego niepodobna zdecydować, czy białkomocz nie jest zapowiedzią cierpienia nerkowego.
- 2) Białkomocz przejściowy nie ma poważniejszego znaczenia, o ile nie powtarza się zbyt często.
- 3) Stały, a nawet t. zw. cykliczny białkomocz powinien zawsze wzbudzać podejrzenie lekarza, który powinien określić przyczynę białkomoczu i starać się ją usunąć.
- 4) Najpierwszym objawem choroby Brighta bywa zwykle białkomocz.
- 5) W przypadkach podejrzanych należy badać mocz z całej doby, zwracając uwagę na ilość moczu, ciężar właściwy, zawartość moczniaka, białka i wałeczków.
- 6) Najczęstszą przyczyną białkomoczu bywa nadmierne odżywianie, nadużycie napojów wyskokowych oraz, być może, tytoniu, nadmierne prace fizyczne i umysłowe i skaza moczanowa.

7) Śmiertelność w przypadkach białkomoczu jest wielką nie tylko dlatego, że częstokroć łączy się z nim przewlekłe zapalenie nerek, lecz również dlatego, że osobniki, cierpiący na białkomocz, są zwykle mało odporni względem innych chorób. *W. Starkiewicz.*

385. Dr Fritz Engelmann. **O t. zw. „fizyologicznym roztworze soli kuchennej“.** (Deut. med. Woch. № 4. 1903).

Nie trudno zauważyć, że wyrażenie „fizyologiczny roztwór soli kuchennej“ nie odpowiada jednolitemu pojęciu, gdyż 0.5, 0.6, 0.7, 0.75, 0.9% roztwory soli kuchennej nazywane bywają fizyologicznymi.

Co nazywamy właściwie fizyologicznym roztworem soli kuchennej i jaki roztwór na miano to zasługuje?

Hamburger utrzymuje, że nazwa ta pochodzi ztąd, że do doświadczeń fizyologicznych używa się przeważnie żab, dla których najwięcej obojętnym jest 0.6% roztwór soli kuchennej.

Rzeczywiście już przed 30 laty Nasse dowiódł, że w 0.6% roztworze soli kuchennej mięśnie żaby najdłużej zachowują swoją pobudliwość; żadna sól nie działa w tym kierunku dodatniej od 0.6% roztworu soli kuchennej. W wiele lat potem dowiedziono dla całego szeregu płynów, że one w pewnym stężeniu nie zmieniają tkanek, szczególnie zaś czerwonych krążków krwi. Znalezione następnie, że roztwory te w empirycznie ustanowionem stężeniu są izotoniczne z surowicą krwi danego zwierzęcia, względnie człowieka, t. j. że mają wszystkie jednakową koncentrację.

Znaleziono następnie, że stopień stężenia roztworu soli kuchennej, który jest izotoniczny z surowicą krwi ssących, t. j. w którym czerwone krążki krwi nie zmieniają swej objętości, waha się około 0.9%; w silniejszym roztworze erythrocyty kurczą się, w słabszym zaś pęcznią i rozpuszczają. Zmiany te objętościowe wykazali Hamburger, Hedin i Köppe za pomocą bezpośredniego mierzenia; dowiedli oni niezbiecie, że czerwone krążki krwi zachowują swoją objętość jedynie w 0.9% roztworze NaCl. Doświadczenia te bardzo łatwo sprawdzić za pomocą hematokrytu.

Izotonia surowicy krwi ssących z 0.9% roztworem NaCl może być stwierdzoną jeszcze inną drogą, mianowicie za pomocą kryoskopii, t. j. oznaczania punktu zamarzania. Roztwór 0.9% NaCl posiada prawie ten sam punkt zamarzania, co i normalna surowica krwi.

Wreszcie, i trzecią metodą zostało to samo stwierdzone, mianowicie przy pomocy drobnovidza. Okazało się, że tak zwany fizyologiczny roztwór soli kuchennej (0.6%) najsilniej niszczył czerwone krążki krwi zwierząt ssących.

Wyprowadzić można zatem wniosek, że ani 0.6% roztwór soli kuchennej, ani też żaden inny, jedynie tylko 0.9% jest izotoniczny z surowicą krwi ludzkiej i powinien być uważany za najobojętniejszy ze wszystkich innych roztworów dla ustroju ludzkiego. We wszystkich zatem przypadkach, gdzie zachodzi potrzeba użycia płynu

fizyologicznego, czy to u łoża chorego jako płynu do wlewania, czy to w pracowni jako płynu do przechowywania, jedynie 0.9% roztwór soli kuchennej zasługuje na uwagę.

Wobec wyżej powiedzianego dawna nazwa „fizyologiczny roztwór soli kuchennej“ zatracza już pierwotne swoje znaczenie. Dlatego też dla uniknięcia pomyłek radzi autor podawać zawsze procent roztworu, Gra witz w książce swej (*Klinische Pathologie des Blutes* 1902), mówiąc o tym płynie, nazywa go „tak zwany płyn fizyologiczny t. j. 0.9% roztwór soli kuchennej“.

H. Kucharzewski.

386. A. D a w i d. **Splenomegalia jako objaw przymiotu.** (Thèse de Lille, 1903).

Autor twierdzi, że wpływ kiły na śledzionę należy do pewników klinicznych. Splenomegalia w postaciach przymiotu odziedziczony jest tak częstym zjawiskiem, że, na przykład, jemu nie udało się żadnego razu stwierdzić braku tego objawu. Ten przerost śledziony, podług autora, jest właściwy każdemu okresowi życia, lecz najczęściej daje się spostrzegać w wieku najmłodszym. Nieraz bywa on najwcześniejszym objawem i wyprzedza wszystkie inne znamiona kiły. Nie należy go jednak uważać za właściwość wczesnego przymiotu odziedziczony, gdyż spostrzega się on również i w postaciach późniejszych, a także w przypadkach kiły nabytej.

A więc, zdaniem D., po skonstatowaniu klinicznym przerostu śledziony należy zawsze pomyśleć o przymiocie i starannie wyszukiwać innych znamion tego cierpienia, a nieraz pomimo nawet braku objawów pomocniczych zastosować leczenie specyficzne.

Leon Zamenhof.

387. M a r f a n. **O przeroście śledziony w przymiocie i wybitnej wartości rozpoznawczej tego objawu.** (Rev. mens. des mal. de l'enfance, 1903, p. 211—230).

Jakkolwiek przerostowi śledziony zazwyczaj nie przypisuje się wielkiej wagi, uważając go za możliwe następstwo najróżnorodniejszych przyczyn, autor podnosi jego wybitne znaczenie rozpoznawcze na korzyść przymiotu.

Przytoczywszy pobieżnie szereg prac, dotyczących przerostu śledziony, zatrzymuje się on nieco obszerniej na anatomii patologicznej tego cierpienia. Co do sposobów badania, zdaniem jego, najstosowniejszą jest palpacya, która jedynie, szczególnie u osesków, może dać wyniki szybkie i pewne, aczkolwiek nieznaczne przerosty tą drogą wyczuć się dają bardzo trudno. Objawy towarzyszące splenomegalii, na tle przymiotu są: mniej lub więcej uwydatniony przerost wątroby i powiększenie gruczołów obwodowych, a głównie niedokrwistość, która nieraz dzięki swej wybitności i wynikom badania szczegółowego

może zupełnie przypominać białaczkę rzekomą. W niektórych przypadkach przerost śledziony i anemię mogą wyprzedzać inne znamiona przymiotowe, jako to: skórne, śluzowe i kostne, stanowiąc pierwsze objawy zakażenia przymiotowego u osesków. Marfan proponuje omawiane przypadki wyosobnić pod nazwą: „forme splenomegalique“ przymiotu; postaci te należą do bardzo ciężkich. Różniczkowe rozpoznanie należy przeprowadzić pomiędzy zimnicą, zwyrodnieniem skrobiowatym i zółzami. Autor sam nie widział ani jednego przypadku, w którymby gruźlica dała powiększenie śledziony w okresie mniej niż 2-letnim życia; również nie zdarzają się przypadki zwyrodnienia skrobiowatego w tym okresie; pozostaje tylko wykluczyć krzywicę i białaczkę wrzekomą. Gdy krzywicy towarzyszy przerost śledziony, w dwóch na trzy przypadki, zdaniem M., można wykryć pewne lub przypuszczalne oznaki kiły. U osesków ustalenie przerostu śledziony winno być zawsze uważane za równoznaczne z ustaleniem odziedziczonej kiły.

Leon Zamenhof.

II. Choroby ukł. nerwowego.

388. S. Schoenborn. **Cytodyagnostyka płynu mózgodzeniowego.** („Die Cytodiagnose des Liquor cerebrospinalis“. Neurolog. Centralblatt. № 13, 1903).

Od 2-eh lat szereg neuropatologów francuskich (Pierre Marie, Babiński, Meige, Nageotte, Widal i t. d.) przeprowadza systematyczne badania nad płynem mózgodzeniowym w organicznych chorobach rdzenia. Dawniej zajmowano się badaniem tego płynu wyłącznie w chorobach opon mózgowych i stwierdzono, że w chronicznym zapaleniu opon mózgowych (zwłaszcza gruźliczego pochodzenia) napotykamy prawie wyłącznie małe, jednokomórkowe twory (limfocyty), zaś w meningitis acuta, (zwłaszcza ropnem) znajdowano prócz wyżej wymienionych komórek jeszcze wielkie jednojądrowe leukocyty i komórki wielojądrowe. Otóż, powyżsi autorowie francuzey, a zwłaszcza Siccard łącznie z Widal'em i Ravaut'em, badając płyn mózgodzeniowy w dużej ilości przypadków organicznych chorób rdzenia, doszli do bardzo ciekawych wniosków pozytywnych, które dadzą się streścić w zdaniu następującem: *we wszystkich syfilitycznych i metasyfilitycznych chorobach układu nerwowego ośrodkowego występuje w płynie mózgo-rdzeniowym mniej lub więcej wybitna limfocytoza.* Niedawno ukazała się monografia Siccard'a w tej kwestyi, gdzie autor na 134-eh zbadanych w tym kierunku chorych w 17-u przypadkach bezwładu postępującego (z tych 2 przypadki znajdowały się we wstępnym okresie neurastenicznym) stwierdzał stale limfocytozę; taki sam rezultat był w 6-u przypadkach meningomyelitis syphiliticae i w 14-u przypadkach władu rdzenia.

Nie stwierdzono limfocytozy w poliomyelitis, w starych przypadkach syryngomyelii, w starych porażeniach połowicznych, w roz-

sianem zapaleniu nerwów i w innych porażeniach obwodowych, we wszystkich przypadkach nerwie czynnościowych, w chorobie Friedreich'a oraz w myelitis e compressione na skutek caries vertebrarum.

U 10-u chorych ze zwrotną nieruchomością źrenic, jako jedynym objawem ze strony ustroju nerwowego, stwierdzili Babiński i Nageotte, a także Vidali i Lemièrę wyraźną limfocytozę; w 4-ch przypadkach bólu głowy u chronicznych syfilityków znaleziono również wybitną limfocytozę (Babiński i Nageotte, Millian). U kilku chorych z wtórnymi objawami przymiotu bez objawów nerwowych stwierdzono umiarkowaną, ale wyraźną limfocytozę, która znikła w kilka tygodni podczas kuracji specyficznej. To samo miało miejsce w przypadku meningitis specifica. Kilkakrotnie otrzymywano również rezultaty pozytywne przy badaniu płynu mózgodzeniowego we wstępnym okresie bezwładu postępującego.

Z powyższych przytoczonych faktów wynika, że badanie płynu mózgodzeniowego może mieć znaczenie nie tylko czysto kliniczne, ale i praktyczne. Jeżeli rezultaty powyższe będą stwierdzone na coraz większym materiale klinicznym, to okaże się możliwość rozpoznawania tym sposobem specyficznej choroby układu nerwowego w bardzo wczesnych okresach, zdawania sobie sprawy z etyologii niektórych porażeń połowicznych i t. d. Na posiedzeniu Société de neurologie 5 marca r. b. wypowiedział jeden z wybitnych neuropatologów paryskich zdanie, że ważność limfocytozy, jako objawu tabetycznego równa się prawie zwrotnej nieruchomości źrenic. Autor zajął się sprawdzeniem wyników, otrzymanych przez autorów francuskich, i otrzymał w głównych punktach zupełnie identyczne rezultaty. W 8 przypadkach wiađu rdzenia znajdował zawsze prawie limfocytozę wybitną, w jednym z nich tylko limfocytoza była mierna. W dystrophia musculorum progressiva, w paralysis agitans, glioma cerebelli, neuritis—otrzymywał rezultaty negatywne. Co dotyczy pytania, kiedy limfocytozę uważać można za patologiczną, odpowiada na nie Siccard w tym sensie, że przy powiększeniu, wynoszącym 400—500 w polu drobnowidzowem, powinno się normalnie znajdować 3—4 limfocytów. W przypadkach wiađu, badanych w omawianym względzie przez autora, liczba limfocytów w polu widzenia wynosiła przeciętnie 30—40; według autorów francuskich—nierzadko spotyka się 100 i więcej.

Najciekawsze jest pytanie natury czysto teoretycznej, a mianowicie: w jaki sposób powstaje limfocytoza w chorobach rdzenia. Siccard odpowiada na to pytanie rozumowaniem następującem. Gdyby z płynem mózgo-rdzeniowym łączyły się bezpośrednio drogi limfatyczne ustroju nerwowego ośrodkowego, jak się to obecnie przyjmuje—mielibyśmy wtedy stałą i dość znaczną limfocytozę już w warunkach normalnych. Jednak tak nie jest. Bezpośrednia komunikacja jest więc nieprawdopodobna. Siccard wobec tego przyjmuje drugi jeszcze układ błon limfatycznych, otaczających pierwotne błony limfatyczne naczyń krwionośnych ośrodkowego układu nerwowego; ten drugi układ limfatyczny znajduje się w bezpośrednim związku z płynem mózgodzeniowym, zawiera nawet już ten płyn, natomiast

jest ów układ w normalnych warunkach niezależnym od właściwych naczyń limfatycznych. Niezależność ta ustaje na skutek każdego (mechanicznego, toksycznego, zakaźnego) podrażnienia opon mózgowych, i wtedy ciała limfatyczne z „pierwotnych“ naczyń limfatycznych przechodzą do „wtórnych“, a tem samym i do płynu mózgo-rdzeniowego. Tego rodzaju stan podrażnienia opon mózgowych istnieje w każdej chorobie, gdzie spostrzegano limfocytozę. Jest to, oczywiście, dopiero niezem nie stwierdzona hipoteza.

Maurycy Bornstein.

389. Allen Starr. **Miażdżycza tętnic jako przyczyna chorób układu nerwowego.** (Medical Record. 1903. 4. VII).

Rola, jaką odgrywa miażdżycza tętnic w etyologii cierpień układu nerwowego, w ostatnim czasie coraz szerzej bywa zakresłana. Pomijając pospolity typ porażeń połowicznych starczych oraz porażenia u syfilityków w młodym wieku, na które prace Heubner'a zwrócili uwagę, również znaczną odsetkę porażeń u dzieci złożyć należy na karb zmian miażdżycowych w naczyniach mózgu. Nowsze bowiem badania dowodzą, że t. zw. endarteritis obliterans może powstawać już w wieku niemowlęcym na tle przymiotu dziedzicznego. Co do udaru mózgowego pospolitego, doświadczenie autora, oparte na 200 spostrzeganych przypadkach, wykazuje, że conajmniej w 80% tych przypadków chorzy na lata całe przed udarem niewali objawy zwastunowe w postaci osłabienia pamięci i wogóle władz umysłowych, uczucia drętwienia i bólów nieokreślonych w różnych częściach ciała, bólów i zawrotów głowy i t. p. Ponieważ objawy te niejednokrotnie tłamaczone bywały przez lekarzy jako neurastenia mózgową, autor przestrzega przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem takowej u ludzi średniego wieku, radząc zbadać uprzednio układ krwionośny chorego (stan serca, naczyń obwodowych, działalność nerek) dla wyłączenia zwapnienia tętnic.

Fakty powyższe są wszakże już dość znane. Mniej natomiast liczy się ogół lekarzy z faktem, że również wiele cierpień rdzenia powstaje na tle zmian naczyniowych.

Zasługą jest Williams o'na, że zwrócił na to uwagę. A więc przedewszystkiem nie wszystkie przypadki ostrego zapalenia wieloogniskowego rdzenia (poliomyelitisa cuta) są pochodzenia zakaźnego. W pewnych przypadkach, bezgorączkowych, Mott stwierdził bądź pęknięcia, bądź zator gałązek art. spinalis ant., która jak wiadomo, odżywia szarą substancję przednich rogów. Podobne zmiany znajdował Siemerling w niektórych przypadkach porażenia opuszkowego i oftalmoplegii. Savage i Allau znajdowali zmiany myelityczne na tle miażdżycy tętnic rdzeniowych. Również t. zw. paraplegia spastica Erba ma swe źródło w miażdżycy tętnic rdzeniowych pochodzenia przymiotowego. Tu należy dalej t. zw. paraplegia senilis, której towarzyszą często zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy. Wreszcie, prace Marie stwierdziły zależność „sclérose combinée“ od niedostatecznego odżywiania

tylnych i bocznych pęczków rdzenia wskutek zwapnienia tętnic. Z cierpień nerwów obwodowych znane są przypadki nagle występującego bólu neurytycznego w zakresie splotu barkowego lub rwy kulzowej u alkoholików, różniące się od zwykłych zapaleń nerwów u alkoholików zajęciem jednego tylko nerwu.

Przed kilku laty Klumpke stwierdził w jednym z podobnych przypadków silny krwotok w tylnej gałęzi splotu barkowego i zaliczył go do „neurytów apoplektycznych“. Od tego czasu ogłoszono już wiele innych podobnych przypadków, tak, iż obecnie nie ulega wątpliwości możliwość wymienionej etyologii neurytów. Charakteryzował by je nagły początek, wybitne objawy bólowe, długotrwałe przebieg z niejednokrotnym zejściem w stan przewlekły—w razie wytworzenia tkanki łącznej bliznowej, uciskającej pień nerwowy.

Podobnie, jak miażdżycza tętnic mózgowych symuluje nieraz cerebrastenię, tak również przypuścić należy pewne nieokreślone objawy ze strony rdzenia i nerwów obwodowych, oznaczane mianem neurasteniae spinalis, mogą czasem zależeć od miażdżycy tętnic rdzeniowych. Zaliczyłyby tu należało bóle w krzyżu, uczucie drętwienia, darcie w mięśniach, osłabienie kończyn i t. p.

Przypadki nerwobólu n. trójdzielnego na tle krwotoku w ganglion Gasseri oraz przypadki ogłoszone przez Kaposiego, w których półpasiec i nerwobóle międzyżebrowe wywołane były przez krwotoki w ganglia spinalia, dowodzą, że przyczyny niektórych nerwobólów, mianowicie zaś u ludzi starszych, szukać nieraz należy w zmianach układu tętniczego. Zgadzał by się z tem dodatni wpływ leczniczy nitrogliceryny, stwierdzony w podobnych przypadkach przez Dana.

We wszystkich tedy wymienionych cierpieniach, zdaniem autora, należy brać pod uwagę możliwość miażdżycy tętnic jako czynnika przyczynowego. Rozpatrując zabiegi lecznicze, stosowane w powyższych cierpieniach, spotykamy wiele takich, których pomyslnie działanie możnaby objaśnić ich wpływem na układ naczyniowy, a więc: długotrwałe kąpiele ciepłe, natryski ciepłe z następczem oblewaniem zimnem, dyeta z wyłączeniem napojów wysokowych, umiarkowany ruch i ćwiczenia fizyczne, masaż. Zwykle stosowany sposób leczenia środkami wewnętrznymi autorowi nie wydaje się racjonalnym.

Napięcie tętnicze, nawet w przypadkach znacznej miażdżycy podlega dużym wahaniom pod wpływem jakichś nieznanych bliżej czynników wewnętrznych ustroju. Być może, odgrywa tu pewną rolę gruczoł tarczowy, którego wydzielina, zdaniem autora, posiada wybitne działanie obniżające napięcie tętna. Chwilowe wstrzymanie sekrecji tego gruczołu mogłoby wywoływać wzmożenie tego napięcia. Otóż, zdaniem autora, bezcelowem będzie w podobnych przypadkach stałe podawanie odpowiednich środków (jodku potasu, nitrogliceryny, chloralu, lub wreszcie tyreoidyny, którą autor przekłada nad wszystkie inne środki pokrewne). Należy stosować je tylko w chwili, kiedy tętno staje się twardem i napiętym, co sam chory lub ktokolwiek z rodziny, przy pewnej wprawie, może z łatwością kontrolować. W ten sposób udawało się, jakoby, autorowi przerwać napad migreny, obniżając wzmożone ciśnienie tętnicze za pomocą tyreoidyny. Również w bólach, zawro-

tach głowy na tem tle powstałych, środek ten ma działać znakomicie. W każdym bądź razie, oceniając wpływ środków leczniczych, należy liczyć się z tem, że nieraz miażdżycza tętnic nie daje żadnych objawów do późnej starości i że częstokroć objawy jej mijają bez żadnej interwencji terapeutycznej.

W. Starkiewicz.

390. A. Pick. **Nowy przyczynek do patologii tężyczki oraz uwagi dotyczące składu chemicznego zwapniałych naczyń mózgowych.** („Weiterer Beitrag zur Pathologie der Tetanie nebst einer Bemerkung zur Chemie verkalkter Hirngefäße“. Neurol. Centralblatt, 1903. № 16).

W 4-eh przypadkach tężyczki autor przy badaniu pośmiertnem stwierdził zwapnienie naczyń mózgowych. Zwapnienie to ma umiejscowienie specjalne, głównie w półkolach mózdzku, najbardziej w okolicy zwoju zębatego, w mniejszym stopniu w półkulach mózgowych oraz w zwojach środkowych. Na przekroju półkul mózdzkowych poznać je można już makroskopowo; autor porównywa wystające na powierzchni przekroju naczynka ze szczeciłą u szczotki. Palcem wyczuwa się je jako ostre punkciiki. Naczynia u podstawy mózgu nie są zwapniałe.

Pomimo małej liczby spostrzeżeń autor skłania się ku przypuszczeniu związku przyczynowego między zwapnieniem naczyń a tężyczką. Wzmacnia go w tem stałe, a niezwykle umiejscowienie zmian naczyniowych.

Pod względem chemicznym autor stwierdził, że zwapnieniu uległy związki białka z żelazem (Eisenalbuminate). *Bregman.*

391. C. Fürstner. **Przyczynek do patologii paraliżu postępującego.** („Zur Pathologie der progressiven Paralyse“. Monatschr. f. Psych. u. Neurologie. T. XII).

Autor przedstawia wyniki swych licznych spostrzeżeń nad różnemi postaciami paraliżu postępującego i przebiegiem tego cierpienia. Ogólna liczba przypadków paraliżu postępującego powiększyła się znacznie; demencya — następuje znacznie szybciej, aniżeli dawniej spostrzegano; zejście śmiertelne jest w wielu przypadkach przyspieszone z powodu wzmożenia się napadów paralitycznych. Umiejscowienie i nasilenie zmian anatomicznych w mózgowiu przedstawia w wielu razach zboczenia, a wtedy klinicznie widzimy paraliż postępujący z objawami ogniskowymi.

Pod nazwą paraliżu rzekomego (Pseudoparalysis progressiva) autor rozumie te przypadki, w których obraz kliniczny jest zupełnie podobny do prawdziwego paraliżu postępującego, a jednak zejście jest stosunkowo pomyślnem. Dziedziczność, przeciążenie fizyczne i umysłowe były w tych razach czynnikami etyologicznymi. Cierpienie zaczyna

się od maniakalnego pobudzenia; źrenice są nierówne, w 2 przypadkach nie oddziaływały na światło wcale, w 3-ch słabo. Odruchy kolanowe były w 5-iu przypadkach wzmożone, w 2-ch zniesione, w 1-ym słabe. Autor spostrzegał przypadków takich 8; wszyscy chorzy należeli do wyższych warstw społecznych, a po wyzdrowieniu od 7—11 lat pracują dzielnie w swym zawodzie. Leczenie swoiste paraliżu postępującego okazało się bezskutecznem. *Bregman.*

392. Déjerine i Egger. **Przyczynk do fizjologii patologicznej bezładu ruchowego.** („Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de l'inevordination motrice“. *Revue neurologique.* 1903. № 8).

Autorzy rozpatrują stosunek bezładu do zaburzeń uczucia. W razie przerwania torów czuciowych bezład jest tem mniejszy, im wyżej, t. j. bardziej dośrodkowo, uszkodzenie ich się znajduje. Jeśli tory te dotknięte zostały w swej najwyższej części, w neuronie wzgórzo-korowym (thalamo-cortical), to regulacja koordynacyjna ruchów jest jeszcze w pewnej mierze możliwą. Działanie regulacyjne bodźców czuciowych jest niezależne, czy bodźce te dochodzą do świadomości osobnika lub nie. We władzy rdzenia i w rozsianem zapaleniu nerwów obwodowych bezład jest dlatego tak silnym, ponieważ regulacja ruchów ze strony bodźców obwodowych jest zupełnie zniesioną.

Bregman.

393. A. Alter. **Opaczne czucie ciepłikowe.** (*Neurologisches Centralblatt.* 1903. № 16).

W przypadku paraliżu postępującego autor spostrzegał niezwykle zaburzenia uczucia ciepłikowego. Chory ucuwał stale zimne jako ciepłe i odwrotnie. W kąpieli przy 38,5° C. chory wołał, że mu zimno i drżał cały, przy 30° C. zaś ucuwał gorąco, twarz mu się zaczerwieniła, na czole wystąpił pot. Przytem czucie ciepłikowe wogóle było zmniejszone, również jak i bólowe. Należało zwrócić uwagę chorego na odbierane wrażenia, ażeby od niego odpowiedź otrzymać. Ta ostatnia okoliczność, zdaniem autora, ma wielkie znaczenie w powstawaniu danego objawu. WzmóŜona uwaga, skierowana ku pewnej jakości wrażeń, np. ku zimnu, działa wprost hamująco na tory odnośne (autor nazywa to „psychischer Anelektrotonus“). Chory skutkiem tego czasowo zachowuje się jako pozbawiony częściowo jednego rodzaju uczucia ciepłikowego, w danym razie uczucia zimna. W tych warunkach bodziec zimna oddziaływa jednak jako wahanie ciepłikowe (Temperaturschwankung) na pierwiastki uczucia ciepła i ztąd powstaje opaczne wrażenie ciepła. Podobne zaburzenia uczucia ciepłikowego spostrzegał Tumpowski w przypadku histeryi.

Bregman.

III. Wiadomości terapeutyczne.

394. (wb) **Anaesthesia.**

Granjou udało się po długich doświadczeniach osiągnąć zupełne znieczulenie zęba. Zastrzykiwał w tym celu w okostną chorego zęba, o ile można najgłębiej, roztwór kokainy i adrenaliny. Używa do tego specjalnie urządzonej strzykawki, za pomocą której łatwo wstrzyknąć roztwór w wąską przestrzeń, zajęta przez gęstą mącą tkankę, w kierunku osi zęba. Granjou używa zaledwie 4—10 kropel tego roztworu, stosując się do ilości korzeni i stanu zęba. Formuła roztworu następująca: Sol. Cocaini hydrochlorici 1% 1,0 Sol. Adrenalinii 0,01% guttas V. (Münch. med. Woch. № 31. 1903).

395. (wb) **Leczenie ran po oparzeniu Cutin-Sudsteck'iem.**

Prassl używał Cutin-Sudsteck w oparzeniach z dobrymi wynikami. Przy powierzchownych nie bardzo obszernych oparzeniach używa on maść bizmutową z wazeliną i lanoliną w stosunku 3:1. U zamożniejszych chorych stosuje on bandaż Bardelebena przeciwko oparzeniom. Głębokie oparzenia oczyszcza autor nożyczkami i gazą sterylizowaną, przyczem nie używa żadnych środków przeciwniepalnych, gdyż one, jako też i woda, wywołują ból i w gruncie rzeczy są zbyteczne. Pokrywa potem ranę sterylizowanym, dziurkowanym i wysysającym się Cutin-Sudsteckiem. Rezorbecy nigdy autor, swoją drogą, nie zauważył. Na to kładzie on kilka warstw gazy wyjałowionej, watę i bandaż. Stosownie do ilości wydzielin zmienia opatrunek co 2—4 dni. Ból pod takim opatrunkiem nieznaczny.

Zmiana opatrunku prawie niebolesna. Nałożona cutinę można gładko i bez bólów zdjąć; ma się rozumieć, drugi raz użyć jej nie można. Przy małej ilości wydzielin, gdy cutina mocno się przykleja — zostawiamy ją. (Münch. med. Wochenschr. № 33, 1903).

396. (wb) **Protylina.**

Jest to połączenie chemiczne fosforu z białkiem, należące do grupy paranukleinów. Zawiera ono w sobie azotu 12,98, węgla 42,82, wodoru 7,26, fosforu 2,7. Protylina jest to żółtawobiały proszek, prawie zupełnie bez zapachu i smaku; w wodzie się nie rozpuszcza, rozpuszcza się w alkaliach, przy gotowaniu z kwasami mineralnymi przyjmuje czerwoną lub niebiesko-liliową barwę. Pepsyna protyliny nie trawi, tylko wydzielinę trzustki. Do molekuły protyliny łatwo się przyłączają metale i halogeny; protylina, zawierająca żelazo, daje odczyn na żelazo z ferrocynalkalium i kwasem solnym, protylina zawierająca brom nie daje odczynu na brom, który, znaczy się, chemicznie połączył się z protyliną. Używamy protyliny w przypadkach złego trawienia z powodu braku pepsyny, dalej w przypadkach, w których potrzebny fosfor do wzmocnienia lub nowoutworzenia komórek, jak na przykład w bezkrwistości i histeryi. Gnezdza zauważył we wszystkich przypadkach powiększenie apetytu i wagi ciała, nawet w charłactwie rakowem. Dajemy protylinę trzy razy dziennie po 4,0 po jedzeniu. Ubocznych objawów oprócz bólów w brzuchu, które ustępowały po uży-

ciu środka lekko czyszczącego, nie zauważono. (Therap. Monatshefte. Heft 7. 1903).

397. (wb) **Salocreol.**

Otrzymuje się za pomocą działania kwasu salicylowego na kreozot. Jest to płyn bez zapachu, barwy brązowej, podobny do oliwy, odczynu obojętnego, w wodzie się wcale nie rozpuszcza, łatwo zaś w wysokoku, eterze i chloroformie. Przez kilkadziesiąt godzin gotowanie w wodzie, w wysokoku lub w alkaliach zamienia się w mydło. Przy weieraniu w skórę środek prędko się wsysa bez podrażnienia i ubarwienia skóry, przyczem wsysa się łatwiej w miejscach pokrytych warstwą tłuszczu, niż w miejscach bez tłuszczu podskórnego. W ustroju się rozkłada i kwas salicylowy znajdujemy w moczu jako kwas salicylurowy. Używanie tego środka jest wskazane w gościecu, róży i arthritis deformans. Świetnie działa na ostre i przewlekłe zapalenie gruczołów, szczególnie po płonicy i odrze. Przed użyciem salokreolu należy skórę dobrze wysuszyć, gdyż w przeciwnym razie two-

rzy się emalia, która przeszkadza wessaniu. Używa się 6,0—20,0 dziennie bez dodawania oliwy. (Therap. Monatshefte, H. 7, 1903).

398. (wb) **Ulcera corneae.**

Owrodzenie rogówki, zapalenie tęczówki twórcze oraz wszelkie ostre cierpienia przedniej części gałki ocznej leczy Morton za pomocą wstrzykiwań 3% roztworu cukru połączonego z roztworem fizyologicznym soli. Te wstrzykiwania poprzedzane są wstrzyknięciem 4% roztworu kokainy. Powtarza się wstrzykiwania co 2—3 dni, przyczem następne wstrzyknięcie wolno robić wtedy, gdy płyn z poprzedniego został wessanym, t. j. po zniknięciu nabrzmienia około krawędzi rogówki. Za każdym razem wstrzykuje się 2,0—6,0, wtykając igłę w kilku miejscach, tak, aby zappełnić całą przestrzeń pod łącznicą. U osób osłabionych wstrzyknięcia wywołują silne ciśnienie, które łatwo usunąć za pomocą gorących okładów w 1/2 godziny, przyczem okład należy trzymać nie dłużej, niż pięć minut. (Sem. médicale. № 32, 1903).

VI. O D C I N E K.

0 medycynie i lekarzach chińskich.

Wykonywanie praktyki lekarskiej w Państwie Niebieskiem jest każdemu dozwolone, żadne egzaminy tu nie obowiązują. Jest to zajęcie najczęściej dziedziczne i przechodzi z ojca na syna. Wykształcenie lekarskie polega głównie na znajomości książek medycznych. Pożądanem jest jednakże odbycie praktyki u doświadczonego lekarza, dla przyswojenia sobie metod badania, szczególnie leczenia tętna, oraz sposobów leczenia. Nauka taka trwa przynajmniej dwa lata. Urzędowo rozróżniają się następujące gałęzie sztuki lekarskiej: 1) Choroby dużych naczyń krwionośnych. 2) Choroby małych naczyń

krwionośnych. 3) Gorączka. 4) Choroby niewieście. 5) Choroby skórne. 6) Przypadki akupunktury. 7) Choroby oczów. 8) Choroby szyi, ust i zębów. 9) Choroby kości.

Szczególnem poszanowaniem lekarze w Chinach się nie cieszą, jednakże prosty naród szanuje lekarzy, chociażby dlatego, że każdy z nich umie czytać i pisać

Praktyka lekarska zysków wielkich nie daje, lekarzowi nie płać więcej jak 2 mrki za wizytę, często zato mniej, niż czwartą część tej kwoty. Chińczycy zatem, jako naród praktyczny, nie zbyt chętnie garną się do tego fachu. W rannych godzinach lekarz chiński przyjmuje u siebie, poczem odwiedza pacjentów na mieście podług kolejki, ułożonej w notatniku. Pacjenci ułatwiają lekarzowi odnalezienie ich miejsca zamieszkania przez wywieszanie przed domem odpowiedniej tabliczki. Niektórzy lekarze przygotowują lekarstwa sami, wogóle zaś zapisują recepty na czerwonym papierze bez bliższego omówienia wagi lub objętości środka, recepty te wędrują potem do aptek. Apteki przedstawiają się bardzo okazale, panuje tu niesłychana czystość lakowe tabliczki ze złotymi napisami głoszą o skuteczności lekarstw.

W Szanghaju i Kantonie znajdują się i polikliniki, są to instytucje dobroczynne, chorzy przyjmowani są tu i lezeni bezpłatnie. Polikliniki te są połączone z apteką i składem trumien. Lekarstwa i trumny wydają się również bezpłatnie.

Wiadomości z dziedziny anatomii są u lekarzy chińskich nader skąpe; opierają się one o wiele więcej na fantazyi, aniżeli na rzetelnej znajomości rzeczy. Chińczycy nie znają różnicy pomiędzy ścięgnem i nerwem (słowo „kin“ oznacza jedno i drugie), nie wiedzą o tem, że pomiędzy tętnicami i żyłami leżą naczynia włosowate. Czaszka i miednica składają się, podług ich pojęć, z jednej tylko kości.

Krtań idzie przez płuca aż do serca, które łączy się znowu za pomocą rurek z wątroba, śledzioną, nerkami i kiszki cienkimi. Mocz przechodzi przez kiszki cienkie do pęcherza. Mlecz pocierny przechodzi do jader. Serce jest głową narządów i wspólnie z żołądkiem jest źródłem myśli, żołądek jest siedliskiem oddechu, płuca wydzielają parę, pęcherzyk żółciowy, który oczyszcza soki, jest siedliskiem odwagi. Wątroba jest siedliskiem uczucia, mózgowie i mlecz pocierny wyrabiają nasienie. Prawa nerka jest siedzibą funkcyj płciowych.

Kiedy równowaga ustroju jest naruszona, wtedy odbija się to na tętnie. Najważniejszym zadaniem lekarza jest dokładne zbadanie tętna, co też stosunkowo dużo czasu pochłania. Następnie ogólny wygląd chorego oraz jego twarz, stan języka bywa również szczególnie pod uwagę brany. Zwraca się na to dlatego baczną uwagę, ponieważ istnieje przypuszczenie, że każda okolica ciała odpowiada pewnemu narządowi wewnętrznemu, naprzykład: koniec nosa żołądkowi, neho nerce i t. d.

Co się tyczy metod leczenia, to leczenie wewnętrzne odgrywa tu główną rolę. Rozróżniają tonica, adstringentia, resolventia, purgativa, alterantia. Chińczycy czerpią swe środki lekarskie przeważnie ze świata roślinnego.

Przeciwno każdej chorobie jest cały szereg środków, które przy odpowiednich objawach bywają stosowane.

Przeciwno niezłym dróg oddechowych stosuje się akonit, opium, thuja, bambus, fijołki, spalony pancierz żółwia, pigułki ze starego szlamu, stosownie do tego czy potrzeba wywołać działanie pobudzające, wykrztuśne, lub też kojące.

W zapaleniu płuc podaje się napój amoniakalny, następnie elematis, aristolochia. Bardzo używany jest w tym wypadku kał ludzki, którym napełniają wydrążone pręty bambusowe.

W chorobach układu krwionośnego stosują anaphrodisiaca.

Zakłady dla chorych umysłowych nie są w Chinach znane. Na psychozę patrzą Chińczycy, jak na rzeczywistą Chorobę i chorych trzymają w domu. W chorobach nerwowych i umysłowych stosują hypnozę.

Ospa zjawia się w Chinach epidemicznie i robi znaczne spustoszenia. Chińczycy wiedzą o zaraźliwości tej choroby i wiedzą o tem, że źródłem zarazy jest zawartość i strupy krost. Szczepienie ospy znane jest w Chinach już od X-go stulecia. Szczepienia dokonywają bardzo często za pomocą sproszkowanych strupów, pochodzących z lekkich przypadków ospy.

Cholera należy do nierzadkich gości w Azji Wschodniej. Leczą ją Chińczycy korzeniami akonitu, siarczanem rtęci, arsenikiem.

Dżumę, która występuje w południowych prowincjach Chin, leczą środkami przeczyszczającymi, napotnymi i moczo-pędnymi.

Środki przeciwno goścowi stawowemu są: smilax, aristolochia, węglan wapnia.

Malaryi Chińczycy nie leczą chininą, miejsce tego środka zastępuje Majnolia hippolenia, oraz niektóre inne leki.

Przypięci leczą Chińczycy merkuryuszem już od 10 stuleci, chociaż nie tak energicznie, jak u nas. Rtcę stosuje się do wewnątrz pod postacią kalomelu, sublimatu i innych soli w połączeniu z siarkiem wapnia, do wcierań zamiast szaruchy używają czerwonej tlenkowej maści. Wrzody posypują kalomelem. Do wewnątrz podają dekokt sarsaparyllowy.

Chirurgia w Chinach po dziś dzień stoi na bardzo niskim poziomie. Oplakany stan swój zawdzięcza, zapewne, przepisom religijnym, które zabraniają dokonywać operacji. Przy złamaniach i zwichnięciach ograniczają się Chińczycy nalepianiem plastrów na uszkodzoną kończynę i unieruchomianiem ją sznami bambusowymi. Mięsenie znane jest od dawien dawna, wykonywa się rękoma, kulami, lub też drewnianymi młotkami. Przy ranach postrzałowych stosuje się plastry, które mają kule wyciągać. Antyseptyka w naszym pojęciu nie jest Chińczykom znana. Do opatrunków używają roztworu alunu, wody z pieprzu, tabaki, popiołu z papieru. Cała chirurgia operacyjna polega na rwaniu zębów, otwieraniu powierzchownych ropni i na akupunkturze. Narzędzia chirurgiczne są bardzo pierwotne.

Akupunktura opiera się na mniemaniu, że narządy połączone są ze sobą za pomocą kanałów. Stosują ją w rozmaitych cierpieniach i odgrywa ona wybitną rolę pomiędzy rękoczynami terapeutycznymi.

Do akupunktury służy igła stalowa, która w odpowiednich miejscach ciała bywa wkłuwana, aby domniemane zatkanie owych kanałków usunąć. W szkole lekarskiej w Pekinie istnieje fantom, na którym za pomocą dziurek oznaczone są miejsca, gdzie się owe kanały znajdują. Przy egzaminie cała figura jest oblepiona papierem i egzaminowany musi trafić w to miejsce, gdzie się domniemany kanał znajduje.

Ogólne znieczulenie znane jest w medycynie chińskiej, dokonywa się go za pomocą naparu z akonitu.

Co się tyczy okulistyki, to leczenie zbroceń refrakcyi za pomocą szkieł korekcyjnych znane jest już w Chinach od setek lat. Spotyka się też bardzo dużo chińczyków, szczególnie z lepszych warstw, w okularach. Dokonywają pewnych operacji na oku (ekstrakcyi, katarakty, paracentezy przedniej komory).

Położnictwo w Chinach spoczywa w rękach akuszerki. Dla ułatwienia porodu używa się rozmaitych środków, ergotyny, wydzieliny nietoperzy, moczu dziecka, araku i t. d. Dzieci karmi się do 3 roku. Akuszerki chińskie stoją na bardzo niskim poziomie oświaty, przepowiadają płeć dziecka na podstawie kształtów brzucha matki i poruszeń płodu.

Sztuczne poronienia wywołują akuszerki bardzo często, w aptekach sprzedawane i zachwalane są w wiązanej mowie rozmaite środki na spędzanie płodu, chociaż rzecz ta prawem wzbroniona.

Medycyna sądowa stanowi zajmujący rozdział historii chińskiej kultury. Sądowa obdukcya trupa jest obowiązującą we wszystkich przypadkach, w których przyczyna śmierci jest wątpliwą; dokonywa się jej przez rządowych lekarzy, przeznaczonych do tej czynności. Lekarze otrzymują odpowiednie instrukcye, oto niektóre wyjątki:

Mało widoczne rany mogą być uwidocznione na trupie przez polanie octem oraz przez obejrzenie w świetle słonecznym, przepuszczonem przez kawałek jedwabiu, zmoczonego w oleju. Uderzenie w sznur, na którym wisi wisielec, wskaże na samobójstwo wtedy, gdy sznur zdrzży, w innych wypadkach będzie to morderstwo.

Autopsya naturalnie nigdy miejsca nie ma.

Co do higieny, to pojęcie: higiena publiczna jest zupełnie w Państwie Niebieskiem nieznanem. Chińczyk nie troszczy się zupełnie o życie i zdrowie swych współobywateli. Widać to ze stanu miast chińskich, które urągają najprostszym zasadom higieny. Wąskie ulice miast chińskich jest to stek wszelkiego rodzaju brudu, nieczystości, odpadków, które gniją, zatruwając swą wonią powietrze, i nikt nie troszczy się o to, by je usunąć i porządek zaprowadzić, to też dyzenterya liczne tu ofiary zabiera, pomimo tego, że chińczycy, pijąc bardzo dużo herbaty, wody nieprzetworzonej do picia mało używają. (K r a u s e, Berl. klin. Woch. 1—3. 1903).

H. Kucharzewski.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 października 1903 r.

—z— W pogoni za sensacją pisma codzienne roztrąbiły na świat cały nowe odkrycie Behring'a co do pochodzenia i istoty suchot płucnych, inne znów podały telegramy z Wiednia o wystąpieniu przeciw wywodom Behring'a prof. Escherch'a. Wynikiem takiego zbyt pospiesznego podawania wiadomości przez nielekarzy jest bezpotrzebne bałamucenie chorych i niebotrzepne podróże chorych do „wynałazców“. Czyżby nie należało przed ogłoszeniem takich spraw zasięgnąć zdania lekarza? Żadne z pism na 24 godzinnem opóźnieniu nie straciło by napewno.

—z— „Goniec poranny i wieczorny umieścił“ list „prenumeratora z Pragi“, chwaleącego lekarzy za ich bezinteresowność w przeciwstawieniu do innych zawodów. Czyżby jednak nie godziło się przytem zaznaczyć, jak wobec tej bezinteresowności zachowuje się publiczność, jak wyzyskuje pracę darmo lekarzy. Do ambulatoryjów szpitalnych cisną się nie tylko biedni zupełnie, a pośród leczących się w lecznicach przynajmniej $\frac{1}{4}$ część stanowią ludzie zamożni zupełnie. Każdy medal ma dwie strony.

—z— Na wydział lekarski w r. b. zapisało się w Warszawie tylko 80 słuchaczy. Jest to wynik nawoływań prasy i istotnego zpełnienia lekarzy w większych miastach.

—z— W Anglii kobiet lekarzy było w r. z. 352, w Ameryce w samym tylko Chicago jest 548.

—z— Do egzaminów państwowych na stopień lekarza w Kijowie zgłosiło się 90 kandydatów, w Charkowie 144, w Moskwie 241, w Tomsku 12.

—z— Dzięki usunięciu światła odbijającego się z powierzchni obiektywu i soczewki Seidentopf i Ziegmund powiększyli granice widzialności pod drobnowidzem z 0,0001 mm do 0,000004 mm.

—z— Nowy sposób samobójstwa podaje Med. rec. W Ameryce chory areztant, wzięwszy do ust kran z wodą i puściwszy prąd wody, umarł w ciągu kilku minut z zaduszenia.

—z— W Paryżu zaczęło wychodzić nowe pismo, miesięcznik „La syphilis“. W 1-szym zeszytacie znajdujemy artykuł Dieulafoya i Fournier'a o przymiocie żołądka.

—z— Ilość przypadków tyfusu brzuszego w Warszawie jest bardzo znaczną. Podobnej epidemii tej choroby już od wielu lat nie spostrzegaliśmy, chyba w czasach, gdy Warszawa nie posiadała jeszcze kanalizacyi i wodociągów. Jeżeli i poprzednich lat głównie z końcem lata i na początku jesieni zdarzały się w Warszawie przypadki tyfusu brzuszego, to stwierdzić było można, że chorzy pochodzili z dzielnic miasta, dotychczas pozbawionych urządzeń higienicznych, albo też nabawili się tej choroby na wsi, przeważnie na letnich mieszkaniach.

W tym roku jednak zdarzają się często przypadki i w dzielnicach posiadających kanalizację i wodociągi. Nasuwa się mimowoli podejrzenie, że urządzenia te funkcyonują niezupełnie prawidłowo.

Z M A R L I.

D-r Józef Awinowicki dnia 5 września r. b. w Nieświeżu.

D-r Henryk Kowalski, dnia 9 września w Tarnowie, lekarz kolejowy i sądowy, docent higieny w żeńskim seminarjum nauczycielskim, autor kilkunastu prac lekarskich, ogłoszonych po polsku i niemiecku, tudzież dziełka popularnego: o budowie i pielęgowaniu ciała ludzkiego podczas zdrowia i choroby, wydane w roku zeszłym w Krakowie nakładem Maciery, a przyjętego bardzo przychylnie przez krytykę i publiczność.

D-r Józef Ulanowski dnia 19 września w Krakowie w 73 roku życia, b. pomocnik inspektora lekarskiego gub. Lubelskiej.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава 20 Сентября 1903 г.

Prywatny Zakład Ginekologiczny

D-ra Czesława Stankiewicza

Warszawa, Żłota 3.

Urządzenia ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny.

Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylegarka (couveuse).

Pokoje wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna Otis.

Przyjmowane są: chore ginekologiczne (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji), oraz ciężarne. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu, może pozostać w zupełnej tajemnicy.

Opieka lekarska: właściciel Zakładu, mieszkający przy Zakładzie, i lekarze asystenci. Na miejscu stała akuszerka i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka.

Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie do umowy. Póród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łózka) Rb. 40.

Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, ustępstwa do 50%.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie.

Telefonu Nr. 18,46.

Thioeol *„Roche“*

Najlepszy preparat Guajakolu, rozpuszczalny w wodzie, bezwonny, nietrujący. Doskonały środek przeciw gruźlicy i przy rozwojnieniu.

Sirolin *„Roche“*

Przyjemnego zapachu i smaku. Syrop, idealna forma leczenia Kreozotem.

Sulfosotsyruip *„Roche“*

Kreozot w postaci Syropu, specjalnie zalecany w praktyce u biednych.

Airol „Roche“

jest to najlepszy środek przeciw gnilny w proszku, który zamiast jodoformu używa się w pierwszorzędnym Klinikach.

Wyższosc. W porównaniu z jodoformem Airol posiada tą wyższosc, że jest absolutnie bezwonny, nie trujący i nie drażniący.

Wskazania. Przy leczeniu ran, oparzeniach, wrzodach Podudzia, owrzodzeniach i abscessach rogówki, Hypopyonkeratitis, tryprze, metritis i t. d.

Sposób użycia. W formie proszku do zasypywania, Gazy 10% Collod., Bruns'a Airolpasty, Glicerynowej zawiesiny i maści.

Próby i broszury na żądanie P. P. lekarzy gratis dostarczamy.

Jedyni Fabrykańci:

F. Hoffmann-La Roche et Comp., Fabryka chem. farmac. produktów
Basel (Szwajcarya) Grenzach (Baden).

Protylin *„Roche“*

zawierający białkan fosforu, skuteczniejszy od znanych dotychczas preparatów fosforu i kwasu fosforowego.

Asterol *„Roche“*

rozpuszczalny w wodzie preparat Hg. nie zcinający białka, nie niszczący narządzi.

Thigenol *„Roche“*

Syntetyczny związek siarki z 10% org. związ. siarki. Bezwonny preparat zastępujący Ichtyol.