

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7 półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 35 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE.** Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (d-r E. Flatau). Przez S. Goldflama. — Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego. Podał d-r Leon Karwacki. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 1. O nowej metodzie leczenia elektrycznością. „Permea-Electro-Therapie“. 2. Przyczynę do leczenia dyatezy moczanowej. 3. Badania nad wpływem środków przeciwgorączkowych na przebieg chorób zakaźnych. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. W sprawie patologii i terapii nerwie czynnościowych. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie asthénique Examen anatomopathologique d'un cas. (D-r E. Flatau). 2) D-r L. Karwacki — Sur l'importance diagnostique des éléments morphologiques de la liqueur spinale.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Goldflam — Ueber die asthenische Paralyse nebst der post mortem Untersuchung eines einschlägigen Falles (D-r E. Flatau). 2) D-r L. Karwacki — Ueber die diagnostische Bedeutung der morphologischen Elemente der spinalen Flüssigkeit.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## DALSZE UWAGI NAD PORĄŻENIEM ASTENICZNYM, wraz z wynikiem badania pośmiertnego JEDNEGO PRZYPADKU (D-R E. FLATAU).

Przez

S. GOLDFLAMA.

Wymienioną w tytule sprawę chorobową nazywają badacze w sposób rozmaity: porażeniem opuszkowym bez anatomicznego substratu, neurozą opuszkową, porażeniem myastenicznym (OPPENHEIM), *myasthenia gravis pseudo-paralytica* (JOLLY), porażeniem opuszkowym astenicznym (STRÜMPPELL), ogólną ciężką myastenią (LAQUER), chorobliwą wyczerpalnością mięśni (Krankhafte Muskeler müdbarkeit), wprost myastenią (UNVERRICHT<sup>1)</sup>) i t. d.

<sup>1)</sup> Dla tej nienormalnej wyczerpalności należałoby poniekąd wynaleźć odpowiedni grecki termin. Asthenia znaczy właściwie słabość, wyczerpanie, jako stan trwający, nie odpowiada jednak pojęciu wyczerpalności, czyli wyczerpaniu, znużeniu, w stanie potencjalnym. Pojęcie to, zdaniem mojem, małowałby lepiej wyraz „apokannosis“ (ἀπό καινω = wykonywać coś z wysiłkiem i trudem).

Ze wszystkich tych nazw zdaje się zasługiwać na pierwszeństwo termin, podany przez FAJERSZTEIN'a i zalecony przez S. KALISCHER'a, a mianowicie „porażenie asteniczne“, ponieważ nie przesądzając o siedlisku i istocie sprawy, kładzie nacisk na jej najwybitniejsze objawy.

Porażenie asteniczne, od chwili gdy stało się znanem, zainteresowało żywo ogół lekarzy i szybko wywalczyło sobie prawo obywatelstwa w podręcznikach, a przyczynki do poznania tej sprawy zjawiały się często. Wszyscy uznają wielką zasługę ERB'a, który pierwszy zrozumiał odrębność tej sprawy chorobowej, zasługę tem większą, że nie rozporządzał on żadnym materiałem sekcyjnym, a wyodrębnił porażenie asteniczne z grupy porażeni opuszkowych jedynie na podstawie danych klinicznych. Cytowanie wszystkich autorów, którzy pracowali nad kwestyą porażenia astenicznego, przechodziłoby me zamiary, zaznaczę więc tylko prace WILKS'a, OPPENHEIM'a <sup>2)</sup>, HOPPE'go, JOLLY'ego, STRUEMPELL'a, PINELES'a (Zur Kenntniss des bulbären Symptomencomplexes (Typus ERB-GOLDFLAM]) i MURRI, jako szczególnie wartościowew danej sprawie.

OPPENHEIM<sup>3)</sup> również ogłosił w tej kwestyi wyczerpującą monografię, CAMPBELL i BRAMWELL <sup>4)</sup> dali dokładny ogólny rys sprawy wraz z całkowitą kazuistyką, WILBRAND i SAENGER <sup>5)</sup> w swoim pomnikowem dziele—„Neurologia oka“— należycie uwzględnili porażenie asteniczne, dołączwszy nowy a własny materiał. W ostatnich wreszcie czasach zjawily się przyczynki do poznania sprawy — nie uwzględnione oczywiście w pracach powyższych, ogłoszone przez K. MENDEL'a <sup>6)</sup>, GUASTONI'ego L. LOMBI'ego <sup>7)</sup>, HALL'a <sup>8)</sup>, a zwłaszcza przez LAQUER'a i WEIGERT'a — do których jeszcze powrócę.

Jak często bywa w podobnych przypadkach, gdy zwrócono baczniejszą uwagę na porażenie asteniczne, okazało się, że nie jest ono zgoła rzadkością; według mego doświadczenia sądziłbym nawet, że, jak to wykazał SCHULTZE dla syringomyelii w stosunku do sclérose en plaques, jest ono częstszą postacią chorobową, niż istotne porażenie opuszkowe DUCHENNE'a.

W pracy niniejszej chcę zestawic dalsze moje badania nad tą ciekawą sprawą chorobową, pierwiej jednak muszę podać do wiadomości późniejsze losy tych przypadków, które już ogłosiłem drukiem, a które wszystkie miałem nadal w obserwacyi. Ponieważ szczególowe historye chorób znajdują się w mojej poprzedniej pracy (Medycyna 1893), tutaj więc podaję z nich jedynie krótkie wyciągi.

Przypadek I. J. O. lat 25, służący. Bez widocznej przyczyny występują parestezye w karku a jednocześnie ograniczenie ruchów głowy; po tygodniu trudność w mówieniu i połykaniu, następnie osłabienie górnych a wreszcie dolnych kończyn. W ciągu 2 tygodni pareza wzmaga się do tyła, że chory nie może się obrócić w łóżku, nie może wcale ruszyć głową i musi być

---

<sup>2)</sup> OPPENHEIM zarzuca mi, że zasług jego i HOPPE'go nie ocenił należycie, ale zarzut to zgoła niesłuszny, bo uznaję, że OPPENHEIM pierwszy, uzbrojony w najlepsze metody współczesnej techniki, udowodnił istnienie porażenia opuszkowego bez anatomicznego substratu, krótka zaś notatka jego poprzednika WILKS'a (staranna mikroskopia rdzenia przedłużonego) jest traktowana zbyt ogólnikowo. OPPENHEIM również zaznaczał z naciskiem brak zaników i elektrycznych oznak zwyrodnienia mięśni. Uczeń jego, HOPPE, przyczynił się wiele do wyjaśnienia sprawy porażenia astenicznego, zwłaszcza jego symptomatologii i odrębności patologicznej.

<sup>3)</sup> Die myasthenische Paralyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund) Berlin. 1901.

<sup>4)</sup> Brain. Summer. 1901.

<sup>5)</sup> Die Neurologie des Auges. 1901.

<sup>6)</sup> Neurol. Centr. 1901 Nr. 3.

<sup>7)</sup> Un nuovo caso di „malattia di Erb“ Policlinico. 1900.

<sup>8)</sup> Ref. w Münch. med. Woch. 1901. Nr. 15.

karmiony przez innych. Na tej wysokości choroba trwa około 4 tygodni, poczem zaczyna się poprawa. Badanie 22. XII. 91. wykazuje: porażenie podniebienia miękkiego i gardzieli wraz ze zmniejszeniem odruchów tych narządów i krtani, czucie przytępione, mowa nosowa, osłabienie wszystkich ruchów szczęki dolnej, szybkie męczenie się przy żuciu, utrudnienie polykania, dochodzące w krótkim czasie do zupełnej niemożliwości, obustronny *lagophthalmus*, odruchy łącznicy i rogówki osłabione, objaw GRAEFE'go i STELLWAG'a, opadanie głowy ku przodowi, osłabienie wszystkich 4 kończyn, a zwłaszcza ich części, leżących bliżej tułowia. Pareza wzmaga się aż do zupełnego porażenia w miarę trwania funkcji, a po krótkim wypoczynku ruchy odzyskują poprzednią amplitudę. Zdaje się również, że odruchy kolonowe słabną wskutek wielokrotnego ich wywoływania; w całym przebiegu choroby odruchy zachowują się zmiennie, raz są łatwiejsze, to znów trudniejsze do otrzymania. Remisy i eksacerbacje w stanie chorego, wahania się w natężeniu objawów z dnia na dzień a nawet w ciągu jednego dnia były bardzo charakterystyczne. Jak porażenie rozwijało się sposobem zstępującym, tak również poprawa rozpoczęła się od nerwów czaszkowych. Stopniową poprawę w stanie chorego przerywały wogóle lekkie nasilenia choroby. W kwietniu 1892 r. O. powrócił do swego zajęcia, choć jeszcze ciężko pracować nie mógł, i dłuższe chodzenie nużyło go. Później ustąpiły i te dolegliwości, a obiektywnie nie można było skonstatować nic, prócz zmiennego zachowania się odruchów. Zupełne zdrowie O. trwało od tej chwili przez lat 5; przez ten czas badałem O. wielokrotnie, nie znajdując w jego stanie nic niernormalnego, ani nawet Mya R. Chory zjawiał się u mnie zwykle z powodu nasilenia *anginy*, a raz — we wrześniu 1896 — z powodu urazu prawej połowy klatki piersiowej. Recydywa nastąpiła dopiero 7. XII. 97., zaczynając się od zgoła niezwykłego objawu, a mianowicie od ograniczenia ruchu żuchwy ku dołowi, co bardzo utrudniało jedzenie, ile że przez wąską szparę ust ledwie maleńkie przechodziły kąski; prócz tego żadnych innych dolegliwości. Chory jest dobrze odżywiany i dobrze wygląda. Tętno go w pozycji leżącej. Po kilkunastu ruchach żuchwy ku dołowi, szerokie otwarcie ust staje się niemożliwe; objaw ten jest jeszcze wybitniejszy przy żuciu np. chleba, bo wtedy wkrótce chory nie może opuścić żuchwy dalej niż na 1 cm. od górnych zębów, przyczem odczuwa trudne do określenia sensacje na wysokości krtani. Przyczyną tego utrudnienia ruchu żuchwy nie jest żadna przeszkoda mechaniczna, ani jakowyś kurcz, bo pasywne obniżenie żuchwy jest bardzo łatwe. Już po krótkim odpoczynku chory może znowu szeroko usta roztworzyć. Parezie ulegają jedynie mięśnie odsiebne żuchwy, nie zaś ksobne (*masseteres*, *temporales*), ani odboczne. Choć chory nie żali się na nic więcej, jednak badanie wykazuje, że nogi nie są zupełnie normalne, ponieważ przy badaniu objawów zmęczenia 15—20 krotne podniesienie nogi już zmniejsza amplitudę ruchu, i sam ruch staje się więcej mozolnym. Mimo to sprawa nie dochodzi aż do parezy, jak to miało miejsce w pierwszej fazie choroby. Odruchy kolonowe nie wyczerpują się; Mya R. niema. Ale wkrótce objawy choroby występują w innych okolicach ciała. Pierwszego I. 98. pacjent ma już świadomość powrotu choroby. Dla szybko występującego zmęczenia nie może wiele pracować, ani wiele chodzić, również nie jest w stanie trzymać prosto głowy przez czas dłuższy; głowa opada mu na piersi. Paretyczne przejawy znużenia występują w okolicach ciała bliższych tułowia, tak np. ruchy odsie-

ne w stawie barkowym ustają. Nadto *deltoideus*, jak również mięśnie karku, zdają się działać bardzo słabo.

4. I. 98. Ogólne osłabienie wzmagą się, uczucie duszności podczas chodzenia. Objawy wyczerpania w nogach bardzo wybitne; po kilku próbach w pozycji leżącej podnoszenie nóg staje się niemożliwym. Po odpoczynku 1—2 minutowym chory odzyskuje siły. Zdaje się, że po wielu próbach odruchy kolanowe słabną, ale zupełnie nie znikają. Przy użyciu tetanizującego podrażnienia faradycznego skurcze mięśnia trój- i dwugłowego ramienia stają się mniejsze, ale nie ustają; przy drażnieniu punktu ERB'a można było spostrzedz zmniejszanie się skurczu jedynie na m. dwugłowym. Na *quadriceps cruris* nie można było wywołać tego zjawiska.

8. I. 98. Już nawet mowa mężczy chorego, choć podmiotowo w organach fonacji nic wykryć nie można, a nawet ruchy odsiebne żuchwy są łatwiejsze. Chory skarży się na uczucie ciężaru i palenia w prawym barku (na toż samo żalił się drugi pacjent W.). Objawy znużenia występują w nogach prędzej, niż w ramionach, w tułowiu prędzej, niż w nogach. Na odległych częściach kończyn, jako to w palcach, odpowiednich objawów wywołać nie można. Tętno 90.

3. II. 98. Chory musiał zaniechać pracy. Zaciskanie oczu odbywa się z trudnością. Męczenie się nóg przy podnoszeniu ich nie następuje dziś tak prędko, ale skoro amplituda ruchu zaczyna się zmniejszać, wtedy szybko występuje zupełne chwilowe porażenie. Odruchy kolanowe słabe, chwilami trudne do wywołania, odruchy ścięgna ACHILLES'a żywe. Skurcz mięśnia słabnie przy drażnieniu faradycznym (badano czworogłowy uda i trójgłowy ramienia), mianowicie przy szybkim przerywaniu prądu, ale nie znika; mięśnie odzyskują swoją pierwotną kurczliwość dopiero po dłuższej pauzie.

9. II. 98. Po katarze bez gorączki chory czuje się słabszym i zdrętwiałym we wszystkich członkach, wygląd jego jest blady i cierpiący; zdaje się, że schudł. Wczoraj już przy pierwszym kęsie nie mógł dobrze ust rozewrzeć. Lewa szpara powiekowa jest nieco mniejsza; jeżeli chory na żądanie rozwiera oczy szeroko, robi to równomiernie, ale wkrótce lewa górna powieka zwiśa więcej. Laryngoskop wykazuje niedostateczność mięśni obrączko-nalewkowych wewnętrznych (SREBRNY).

III. 98. Tętno stale około 100. Na kłykcium wewn. lewej kości goleniowej wytworzył się bez widocznej przyczyny guz, wielkości monety 20 kop. płasko-kulisty, napięty, dość ostro ograniczony, bolesny przy chodzeniu (*bursitis intertendinea*). Objaw znużenia w prawej górnej kończynie występuje później, niż przedtem, i później, niż w lewej, i nie daje się spotęgować do zupełnego porażenia. Tenże fenomen istnieje przy fleksji w stawie łokciowym i pięści, również nie dochodząc do zupełnego wyczerpania. Wielokrotne wywoływanie odruchów ścięgniastych zmniejsza je, ale ich nie znosi.

20. V. 98. Odruchy kolanowe po wielokrotnem uderzaniu ścięgna znikają zupełnie, ale zjawiają się znowu przy zastosowaniu zabiegu JENDRASSIK'a, bezpośrednio po tem znikają znowu. Oprócz wyżej wymienionych mięśni, zbadano mięśnie *thenaris*, przyczem okazało się znaczne zmniejszenie skurczu, ale bez zupełnego zniknięcia tegoż; czas wypoczynku potrzebny do odzyskania pierwotnej kurczliwości trwał kilka minut. Dwugłowy ramienia podrażniony przez szybko następujące po sobie faradyczne wyładowania zdaje się być w stanie stałego skurczu (Nachdauer der Contraction), tak że następne uderzenia zdają się już go wcale nie drażnić.

10. VI. 98. Chory czuje się nieco lepiej, może pracować trochę. Podmiotowo zmian żadnych, ale szpary powiekowe równe.

15. VII. 98. Poprawa utrzymuje się, choć chory skarży się na osłabienie. Nie mając anamnezy, prawdopodobnie na pierwszy rzut oka nie można by zrobić rozpoznania. Jednak przy dokładniejszym badaniu występują dawniejsze objawy wyczerpania ze strony żuchwy, z tą jedynie różnicą, że dziś zmniejszone są ruchy odboczne. Czasami resztki pokarmów zalegają w gardzieli, choć od początku recydywy nie było patologicznych objawów ze strony podniebienia miękkiego, ani się chory żalił na trudne połykanie (wprost przeciwnie, aniżeli podczas pierwszego napadu choroby). Przy zachowaniu aseptycznych warunków wycięto część mięśnia trójgłowego dla zbadania pod drobnowidzem; rezultat badania podany jest poniżej.

25. X. 98. Pacjent czuje się znowu słabym, męczy się prędko nawet przy lekkiej robocie, a wtedy wogóle nie może poruszać członkami. Jest coraz bledszy. Nie tylko ruch odsiebny żuchwy jest ograniczony, ale i ruch ksobny słabnie w miarę powtarzania go. Objawy wyczerpania w kończynach następują dość prędko, w nogach nawet raptownie, ale do zupełnego porażenia nie dochodzi. Wyczerpanie jednej kończyny nie wpływa na sprawność drugiej — nie ulegającej próbom, ani na tętno i oddech. Odruchy kolanowe dziś nie wyczerpują się. Mya R. dają nie wszystkie mięśnie, np. nie ma jej w trójgłowym ramieniu. Gdy zmęczony m. trój- i dwugłowy bardzo już słabo odpowiadają na impulsy woli, kurczą się jeszcze pod wpływem faradyzacji, ale zdaje się, że słabiej, niż przed zmęczeniem.

25. XI. 98. Badano jedynie dwugłowy ramienia; wrażliwość faradyczna przy szybko następujących po sobie uderzeniach zmniejsza się dość raptownie, skurcz przybiera charakter robaczkowy, trwa długo, wskutek czego rezultat następnego podrażnienia wydaje się słabszy. Po wielokrotnym drażnieniu punktu Erb'a, skurcze także są słabsze. Odruchy kolanowe dziś się nie wyczerpują, toż samo mięśnie krtani pomimo wielokrotnej fonacji.

Z powodu wyjazdu nie mogłem osobiście obserwować chorego przez czas dłuższy, mogę jednak uzupełnić obraz kliniczny za pomocą notatek, łaskawie mi dostarczonych.

(C. d. n.).

---

## ZNACZENIE ROZPOZNAWCZE

### pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego.

Podał

D-r LEON KARWACKI.

---

Od czasu, kiedy zabieg QUINCKE'go uzyskał prawo obywatelstwa w medycynie, powstała nadzwyczaj bogata literatura, dotycząca nakłucia lędźwiowego i jego znaczenia rozpoznawczego. Dziwnem się przeto wydaje, że tak mało jest wzmianek w pracach odnośnych co do natury pierwiastków morfotycznych płynu mózgowo-rdzeniowego w poszczególnych typach chorobowych.

WENTWORTH w 1896 roku w pracy o nakłuciu łądzwiowem wzmiankuje, że w płynie rdzeniowym chorych, dotkniętych zapaleniem gruźliczem opon, znalazł dużo komórek jednojądrowych a także nieliczne komórki wielojądrowe.

BERNHEIM i MOSER w 1897 roku w gruźliczem zapaleniu opon spotykali przeważnie komórki jednojądrowe, jednakże w pewnych przypadkach znajdowali w większej liczbie komórki wielojądrowe a także śródbłonkowe.

Systematyczne i owocne prace w tym kierunku datują się od roku 1900. W tym czasie WIDAL i RAVAUT, badając pierwiastki morfotyczne w wysiękach opłucny, przyszedli do przekonania, że pewne grupy morfotyczne stale odpowiadają pewnym postaciom patologicznym zapaleń opłucny.

Badania te wzmiankowani autorzy rozszerzyli na cały szereg wysięków błon surowicznych, między innymi także na płyn mózgowo-rdzeniowy.

Oto są zasadnicze wyniki ich pracy w tym kierunku:

W stanie normalnym płyn, otrzymany przez nakłucie łądzwiowe u osobnika żywego, nie zawiera wcale pierwiastków morfotycznych. W pewnych postaciach chorobowych o przebiegu ostrym lub przewlekłym (gruźlica, dur brzuszny z objawami podrażnienia opon, choroba BRIGHT'a, niedomoga sercowa z przesiekami) a także w różnych cierpieniach układu nerwowego (paraliż postępujący, *sclerosis disseminata*, porażenia połowiczne, płasawica przewlekła, choroba POTR'a) płyn mózgowo-rdzeniowy wolny jest od pierwiastków morfotycznych.

Gdy zaś opony są dotknięte stanem zapalnym, w płynie mózgowo-rdzeniowym zjawiają się pierwiastki morfotyczne, różne zależnie od charakteru czynnika zakaźnego. Dokładniejsza technika badania wkrótce zmieniła zasadniczo wniosek WIDAL'a, dotyczący takich chorób układu nerwowego, jak wiąd, paraliż postępujący, po części *sclerosis disseminata*. Mianowicie, centrifugowanie płynu pozwoliło wykryć w nim pierwiastki morfotyczne i dało bardzo cenny przyczynek do wczesnego rozpoznawania wyżej wymienionych postaci chorobowych.

Jeżeli obecność pierwiastków morfotycznych w płynie rdzeniowym jest wyrazem odczynu opon na bodziec zakaźny, to wzór histologiczny tych pierwiastków może być uważany za probierz natężenia sprawy chorobowej. Dwa są zasadnicze wzory histologiczne pierwiastków płynu rdzeniowego: wzór komórek wielojądrowych i wzór komórek jednojądrowych. Wzory te opierają się na przewodzie tych lub innych komórek. Między skrajnymi typami istnieje cały szereg postaci przejściowych.

W sprawach zakaźnych o przebiegu ostrym, wobec groźnego wtargnięcia drobnoustrojów, odczyn opon wyraża się w możliwie intensywnej formie samoobrony — na widownię występują fagocyty. Wzór histologiczny płynu rdzeniowego przedstawia się wtedy w postaci wielojądrowych leukocytów. Liczba ich bywa nieraz tak znaczna, że płyn rdzeniowy makroskopowo ma wygląd ropy i nadaje się w zupełności do drodnowidzowego badania bez uprzedniego centrifugowania. W miarę przeciągania się sprawy, w płynie zjawiają się także komórki jednojądrowe. Kiedy zaś dzięki środkom samoobronnym ustroju, sprawa chorobowa przechodzi w okres zdrowienia lub w stan przewlekły, liczba fagocytów w płynie zmniejsza się coraz bardziej, a wzór histologiczny staje się przeważnie lub wyłącznie jednojądrowym.

Komórki śródbłonkowe i czerwone ciała krwi (z wyjątkiem krwotocznego zapalenia opon), w nieznacznej liczbie spostrzegane w polu widzenia, nie

posiadają w tym wypadku żadnego znaczenia: dowodzą one nieznacznego uszkodzenia powierzchni opon lub naczyń włosowatego podczas zabiegu.

Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń można wywnioskować, że pierwiastki morfotyczne w płynie mózgowo-rdzeniowym spotykają się w następujących sprawach chorobowych:

W stanach zapalnych opon różnego pochodzenia i o różnych postaciach klinicznych — wzór histologiczny przeważnie wielojądrowy; w zapaleniu opon gruczliczem — wzór przeważnie jednojądrowy.

W cierpieniach układu nerwowego, przebiegających z udziałem w sprawie chorobowej opon (*meningo-myelitis diffusa et circumscripta, tabes dorsalis, paralysis progressiva, sclerosis disseminata, herpes zoster*, przymiot układu nerwowego w różnych jego przejawach) — wzór jednojądrowy.

Nie stale pierwiastki morfotyczne notowane były w płynie rdzeniowym alkoholików, dotkniętych wieloogniskowym zapaleniem nerwów.

Brak pierwiastków morfotycznych spostrzega się stale, pomijając wyżej wymienione wnioski WIDAL'a, w następujących cierpieniach:

W stanach zapalnych opon, towarzyszących guzom mózgowia. (NAGEOTTE).

W stanach zaburzeń czynnościowych ustroju nerwowego, jak histerya, neurastenia.

W różnych postaciach padaczki i płasawicy, w rwie kulszowej, w wieloogniskowym zapaleniu nerwów, w ogniskowych sprawach mózgowia — porażenie połowiczne, zaburzenia mowy, uszkodzenia ograniczone opuszkowe — w wszystkich innych cierpieniach rdzenia, w chorobie POTT'a, w cierpieniach zanikowych mięśni, w psychozach.

Kiedy, w jakim okresie danego cierpienia występuje limfocytoza? Dane dotychczasowe nie są w stanie rozstrzygnąć tej kwestyi. Dopiero cały szereg systematycznych nakłuć, dokonywanych na osobnikach, dotkniętych przymiotem, mógłby rzucić światło na tę sprawę.

Mimo to obecnie już można twierdzić z całą stanowczością, że limfocytoza jest jednym z najwcześniejszych objawów zmian organicznych w układzie nerwowym ośrodkowym, co ilustruje cały szereg spostrzeżeń klinicznych, przytoczonych niżej.

Ztąd wypływa nadzwyczajna doniosłość rozpoznawcza limfocytozy. Obecność lub brak pierwiastków morfotycznych w płynie mózgowo-rdzeniowym nie tylko pozwala na wczesne rozpoznanie danego cierpienia, lecz daje równocześnie cenne wskazówki anatomo-patologiczne, co widać z przytoczonych niżej przypadków półpaśca.

Następująca tablica zawiera w ugrupowaniu materiał kliniczny danej pracy. Większą część przypadków spostrzegałem osobiście, niektóre były mi uprzejmie dostarczone przez lekarzy oddziałowych, resztę wreszcie wzięłem z odpowiedniej literatury. (Patrz str. 8).

Szereg cyfr w pierwszej kolumnie oznacza ogólną liczbę przypadków, badanych na limfocytozę, szereg cyfr w drugiej kolumnie oznacza liczbę wyników dodatnich

Na 201 przypadków badanie histologiczne dało wyniki dodatnie w 194 przypadkach. 7 wyników ujemnych omówione będą poniżej. Można więc na podstawie tego materiału statystycznego uważać limfocytozę za objaw stały dla danych cierpień. W rzeczywistości liczba spostrzeżeń, potwierdzających

stałość limfocytozy w omawianych cierpieniach, jest znacznie większa, można powiedzieć, podwójna.

Wielu z autorów niemieckich, którzy stosowali zabieg QUINCKE'go, uważa go w pewnych razach za szkodliwy w następstwach dla chorego i nie nadający się do stosowania *larga manu* do celów rozpoznawczych. Francuzi zaś w dobie obecnej stosują go nadzwyczajnie często, nie obawiając się wcale szkodliwych następstw. Różnica w zdaniu polega na różnicy w szcze-

Zapalenie opon.		†	Zapalenie nerwu wzrokowego i zanik brodawki nerwu wzrokowego.		†
Babiński i Nageotte . . . . .	1	1	Babiński i Nageotte . . . . .	5	1
Widal, Sicard i Ravant . . . . .	2	2	<b>Stwardnienie wieloogniskowe.</b>		
Labbé Castaigne . . . . .	1	1	Babiński i Nageotte . . . . .	3	3
Sicard i Breycy . . . . .	1	1	<b>Półpasiec.</b>		
Merklen . . . . .	1	1	Brissaud i Sicard . . . . .	2	2
<b>Zapalenie opon krwotoczne.</b>			Sicard . . . . .	10	10
Widal, Sicard, Ravant . . . . .	1	1	Widal . . . . .	1	1
<b>Gruźlicze zapalenie opon.</b>			<b>Paraliż postępujący.</b>		
Widal, Sicard, Ravant . . . . .	12	12	Babiński i Nageotte (klasyeczny) . .	7	7
Brissaud, Nobécourt . . . . .	1	1	(wczesny) . . . . .	1	1
Sonques i Quiserne . . . . .	1	1	(wątpliwy) . . . . .	1	1
Bourey . . . . .	1	1	(z wiadem) . . . . .	1	1
Faisans . . . . .	1	1	(z porażeniem połowicznym) . .	1	1
Merklen . . . . .	3	3	Sicard i Cestan (klasyeczny) . . . .	12	12
<b>W i ą d .</b>			(wczesny) . . . . .	2	2
Sicard i Cestan . . . . .	7	7	Widal . . . . .	1	1
Monod . . . . .	4	4	Monod . . . . .	7	7
Widal, Sicard, Ravant. . . . .	3	3	Widal, Sicard i Ravant . . . . .	4	4
Babiński i Nageotte (klasyeczny) . .	26	25	Seglas i Nageotte . . . . .	5	5
(wczesny) . . . . .	3	3	Dupré i Devaux . . . . .	2	2
(wątpliwy) . . . . .	2	1	Hirtz . . . . .	2	2
Landouzy . . . . .	2	2	Laignel-Lavastine (przypadki potwierdzone przez badanie pośmiertne)	6	6
Hirtz . . . . .	1	1	(bez badania pośmiertnego)	31	31
<b>Zapalenia oponowo-rdzeniowe.</b>			Barié . . . . .	1	1
Sicard i Monod . . . . .	4	4	Landouzy . . . . .	2	2
Widal i Ravant . . . . .	4	3	Joffroy . . . . .	3?	3?
<b>Przymiot mózgowo-rdzeniowy.</b>					
Babiński i Nageotte (postacie atypowe)	9	9			

gółach technicznych zabiegu: mianowicie, igła niemiecka jest grubsza od igły francuskiej, ztąd powstaje większy otwór w oponie twardej z częstem następstwem sączeniem się płynu w przestrzeń nadoponową. Technika zabiegu jest następująca:

Chory leży na łóżku w bocznej pozycji zgięty i nachylony ku przodowi (SICARD) lub też siedzi na łóżku w poprzek ze zwieszonymi nogami, mocno nachylony ku przodowi (BABIŃSKI). W obydwu tych pozycjach znacznie się rozszerzają przestrzenie między kręgami lędźwiowymi. Zabieg cały doko-



nywa się według wskazówek QUINCKE'go. Płyn zbiera się w próbkę ze zwężonym dolnym końcem w ilości 2 — 3 do 4 ctm. sz. Po zabiegu, według WIDAL'a, chory powinien leżeć w łóżku ze dwie godziny, mając głowę nisko. W 25% przypadków po nakłuciu łądźwiowem u chorych występują objawy, jak ból w krzyżu, bóle głowy, zawroty głowy, nudności, wymioty, omdlenie, brak apetytu, bezsenność. Objawy te trwają od kilku godzin do kilku dni. Znam jeden przypadek z kliniki BABIŃSKIEGO, gdzie bóle głowy trwały tydzień. NAGEOTTE cytuje przypadek chorego padaczkowego, który po nakłuciu łądźwiowem zmuszony był tydzień zostawać w łóżku ze względu na nadzwyczaj silne bóle, połączone z zawrotami głowy, i nudności. Ujemne te następstwa nie stoją w żadnym związku z ilością otrzymanego płynu: JOFFROY otrzymywał po 15 — 18 ctm. sz. płynu rdzeniowego bez żadnych szkodliwych następstw; odwrotnie, po wypuszczeniu 2 — 3 ctm. u innych osobników notowane były bardzo wybitne objawy. Zdaje się, że u chorych z ciśnieniem normalnym, z brakiem limfocytozy wypuszczenie nawet kilku ctm. płynu, wywołując zaburzenia statyczne, wyraża się szeregiem ujemnych objawów pod — i przedmiotowych. Chorzy zaś, przedstawiający objaw limfocytozy, mający po większej części ciśnienie wzmożone, nie odczuwają wcale ujemnych następstw nawet po wypuszczeniu większej ilości płynu rdzeniowego. Jako ciekawy objaw notuję tutaj znikanie bólów żołądkowych (*crises gastriques*) u chorej na wiał po nakłuciu łądźwiowem, które obserwowałem w klinice BABIŃSKIEGO. Płyn, otrzymany w ten sposób, poddaje się centryfugowaniu w przeciągu 10 minut \*).

Szczegół ten ma bardzo dużą doniosłość, dzięki jemu udało się wykryć limfocytozę w cierpieniach ustroju nerwowego. Centryfugowanie można zastąpić zostawieniem próbki w spokoju na 24 godziny: pierwiastki morfotyczne opadają wtedy na dno i dają się wykryć drobnowidzowo. Sposób ten jednak nie zawsze daje wyniki pewne. Po 10 minutach centryfugowania, badając dno próbki przez lupę, spostrzegamy drobniutkie, ledwo dostrzegalne białe plamki: jest to właściwy morfotyczny osad. Wtedy płyn z próbki zlewa się zupełnie aż do ostatniej kropli. Niedostrzegalna ilość płynu, pozostałego w próbce, służy do równego rozprowadzenia osadu na dnie próbki, co skutecznie się mieszaając włosowatą rurką szklaną. Następnie cała zawartość wciąga się we włosowaty koniec rurki i w formie malutkich kropelek kładzie się na szkiełku przedmiotowym. Preparat w ten sposób otrzymany wysusza się na powietrzu lub w termostacie; następnie ustala się w wysoku — eterze (aa) i barwi się eozyną — hemateiną lub eozyną — hematoksyliną, błękitem UNNY, mieszaniną EHRLICH'a. Drobnowidzowo bada się wszystkie części preparatu, gdyż pierwiastki morfotyczne bywają często bardzo nierównomierne rozdzielone w poszczególnych kropelkach. Jeżeli wyniki drobnowidzowego badania stoją w sprzeczności z apriorycznym przypuszczeniem — mam tu na myśli brak pierwiastków morfotycznych, należy zlaną płyn w tej samej próbce poddać powtórnemu centryfugowaniu i powtórzyć cały wskazany wyżej zabieg.

Twierdzenie WIDAL'a, że normalny płyn rdzeniowy nie zawiera wcale pierwiastków morfotycznych, w wielu razach nie sprawdza się: bardzo często u osobników, jak histerycy lub neurastenicy, spostrzega się w polu drobn-

---

\*) W tutejszych klinikach używany jest aparat KRAUSS'a, dający 2500 obrotów na minutę.

widzowem nieliczne komórki jednojądrowe: objaw ten nie dowodzi bynajmniej udziału opon w sprawie chorobowej, lecz jest zjawiskiem fizyologicznem. Dopiero znaczna liczba komórek pozwala mówić o limfocytozie.

W pierwszym wzorze histologicznym obraz drobnowidzowy jest następujący: całe pole widzenia wypełnione jest wielojądrowymi leukocytami, mniej lub więcej intensywnie zabarwionymi. Niektóre z nich mają wygląd normalny, na innych znowu wybitnie znać cytolizę. Wielojądrowym leukocytom towarzyszą w nieznacznej liczbie małe jednojądrowe limfocyty i duże jednojądrowe komórki, spostrzega się niekiedy i czerwone ciała krwi. Stanowisko histologiczne dużych jednojądrowych komórek do tej pory jest jeszcze nieustalone — przeważna część autorów francuskich uważa je za komórki śródbłonne. Tak przedstawia się obraz na wysokości sprawy zakaźnej. Kiedy zaś ustrój przechyla szale walki na swoją stronę, i sprawa chorobowa ma się ku zdrowieniu, układ histologiczny zmienia się o tyle, że jednojądrowe limfocyty coraz bardziej zajmują miejsce znikających leukocytów, dając w końcu wzór jednojądrowy, podczas gdy liczba dużych jednojądrowych komórek zmianie nie ulega.

Przy wzorze jednojądrowych pole widzenia jest wypełnione małymi jednojądrowymi komórkami, barwiącemi się bardzo intensywnie. Komórki posiadają wąski ząbek protoplazmy i duże jądro. Czasami protoplazma nie różniczkuje się wcale od jądra, komórki chłoną barwniki nadzwyczaj chciwie, przy barwieniu błękitnem UNNY w komórce występuje cały szereg ziarnistości. Nawet zewnętrzna forma komórki podlega zmianom w postaci występów i nierówności zarysów. Spotykają się także w nieznacznej ilości (10% ogólnej cyfry ciałek) duże komórki jednojądrowe i wielojądrowe leukocyty.

Duże jednojądrowe komórki barwią się i protoplazmatycznie i jądrowo nader słabo, co nadaje im pewien połysk i półprzezroczystość. W niektórych komórkach daje się spostrzegać podział jądra. Przy barwieniu błękitnem UNNY można zauważyć także masy, chciwie chłonece barwnik, nie posiadające żadnej wyraźnej histologicznej budowy. Są to trupy, jak się wyraża WIDAL, komórek poprzednich.

Jaka jest patogeneza tych zmian histologicznych.

Niewątpliwie oddziaływanie drobnoustrójów i ich toksyn ma tu znaczenie pierwszorzędne, nie wyłączne jednak, jak utrzymuje WIDAL. Dużą rolę gra tu ciśnienie osmotyczne płynu mózgowo-rdzeniowego, różne od ciśnienia krwi. Pobyt w środowisku o zmienionem ciśnieniu osmotycznym sam przez się jest w stanie wywołać pewne zmiany degeneracyjne, jak tego dowiódł WIDAL *in vitro*.

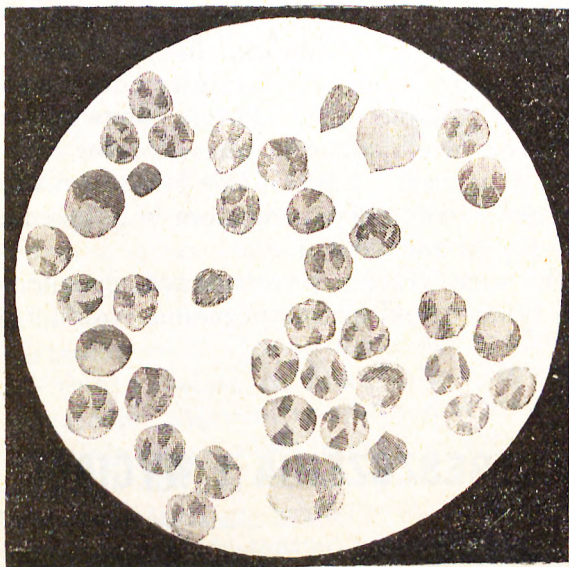
Pozwolę sobie przytoczyć niektóre przypadki, zamieszczone w poprzedniej statystyce, ze względu na duże nieraz trudności rozpoznawcze, które zwycięsko rozstrzygnęło histologiczne badanie płynu, na rzadkość i anatomo-patologiczne znaczenie niektórych z nich.

W połowie maja r. b. do kliniki BABIŃSKIEGO zgłosił się chory urzędnik policyjny, uskarżając się na ogólną niemoc i silne bóle głowy. Cierpienie swe datuje od połowy grudnia 1900 roku. Przez cały czas, mimo bólów głowy i niedomagania, chory nie przestawał pracować. Osobnik robi wrażenie ciężko chorego. Ciężota normalna, tętno prawidłowe, gałki oczne nieco wysadzone naprzód, prawy nerw odprowadzający sparalizowany. Brodawki nerwu wzrokowego w stanie lekkiego przekrwienia. Brak objawu KERNIG'a. Na podstawie tych danych było niemożliwem rozpoznać naturę cierpienia.

Nakłucie lędźwiowe dało ujście znacznej ilości płynu rdzeniowego o wyglądzie ropnym. Płyn ten wydobywał się z siłą, co świadczyło o wzmożonym ciśnieniu wewnątrz-rdzeniowym. Badanie histologiczne wykazało w bardzo dużej liczbie komórki wielojądrowe (Rys. I), co pozwoliło rozpoznać zapalenie opon.

W przypadku MERKLEN'a u chorego rozpoznana była mocznica (drgawki). Badanie histologiczne płynu wykazało rozsiane zapalenie opon.

SICARD i BRECY cytują następujące spostrzeżenie: Chory, 18-letni robotnik z hal, nie obciążony dziedzicznie, uskarża się na ból głowy, dreszcze, ogólną niemoc i ból gardła. Miesiąc temu chory, nocując w halach, raptem poczuł dreszcze i ból głowy. Zaniepokojony tem, wypił kieliszek gorącego wina i położył się na ławce. Rankiem poczuł pewną sztywność w karku.



Rysunek I.

Sztywność ta przeszkadzała mu nosić ciężary, zmuszony więc był zarabiać na życie, zamiatając hale i piwnice i służąc do posyłek u handlarzy win. Żył się cały czas marnie, sypiał na podłogach, w zimnie. Wieczorami miewał dreszcze i bóle głowy. Rankami czuł się lepiej. 18 marca zgłosił się do szpitala z powodu bólu gardła i kaszlu, którego nabawił się przed kilku dniami.

Ogólny wygląd chorego zadowalający. Cały pierwszy dzień śpi zwinęty w kłębek. Na pytania odpowiada niechętnie. Ciepłota w odbytnicy  $39,2^{\circ}$ , tętno 74, oddech 18 na minutę. Migdały zaczerwienione, w płucach u podstawy z obu stron nieliczne wilgotne rżężenia.

Mocz nie zawiera białka, ani cukru. Stolce prawidłowe, brzuch nie wciągnięty. Ucisk na gałki oczne bolesny. Wrażliwość skórna wzmożona. Mięśnie karku w stanie przykurczenia. Odruchy ścięgniste i skórne zachowane. Objawu KERNIG'a nie można stwierdzić, gdyż chory dotknięty jest wrodzonym zwichnięciem w stawach biodrowych.

20 marca. Samopoczucie zadowalające. Ciepłota  $38^{\circ}$ , tętno równe, pełne, 70 uderzeń na minutę, oddech spokojny. Chory siedzi na łóżku i domaga się jedzenia. Odczyn WIDAL'a ujemny, ruchy głowy utrudnione. Przy nakłuciu łądźwiowym płyn wypływa zwolna, nabierając odrazu koloru mlecznego. Hodowle z płynu pozostały jałowe. Badanie histologiczne wykazało wyłącznie wielojądrowe leukocyty. Fakt ten dał możliwość rozpoznania zapalenia opon rozlanego.

21 marca. Ciepłota  $37,5^{\circ}$ . Chory ma doskonały apetyt. Mimo zakazu wstaje z łóżka i wychodzi z sali na pogawędkę i papierosa.

22 marca. Próba drożności oponowej: chory w ciągu dwóch dni otrzymał 4,0 jodku potasu. Płyn rdzeniowy, otrzymany następnie, nie zawierał śladów jodu. Płyn jest mniej mętny, zawiera prawie wyłącznie komórki wielojądrowe. Punkt zamarzania płynu —  $0,54^{\circ}$ .

26 marca. Płyn mózgowo-rdzeniowy ma wygląd przezroczysty. Wzór histologiczny wielojądrowy z domieszką komórek jednojądrowych.

15 kwietnia. Piąte nakłucie. Komórki jednojądrowe w dość znacznej liczbie. Stopień zamarzania —  $0,60^{\circ}$ . Nazajutrz chory opuścił szpital.

W przypadku tym badanie histologiczne pozwoliło ustalić rozpoznanie zapalenia opon, a wzór wielojądrowy pierwiastków morfotycznych wyłączyć zapalenie opon gruczlicze. Interesujące też są zmiany wzoru histologicznego, odpowiadające równoległym zmianom w natężeniu sprawy chorobowej, przechylającej się ku zdrowieniu.

We wszystkich więc trzech przypadkach cierpienie i jego charakter rozpoznane były li tylko dzięki histologicznemu badaniu płynu.

(D. n.).

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

I. P. RODARI. (z Zurichu). **O nowej metodzie leczenia elektrycznością.** „Permea-Electro-Therapie“. Przed trzema laty inżynier Eugeniusz Konrad MÜLLER wystąpił z tak zwaną „Permea-Elektro-Therapie“; badania nad jego metodą prowadzone są już 3 lata w kantonalnym zakładzie w Aarau — pod okiem d-r med. BIRCHER'a. Półtora roku temu sam MÜLLER założył w Zurichu specjalny zakład „Salus“, w którym autor przeprowadził szereg badań nad wpływem nowego rodzaju energii elektrycznej na różne sprawy chorobowe pochodzenia nerwowego.

Mamy tu do czynienia z działaniem elektrycznej energii na odległość. Z aparatów, zawierających duże masy elektryczności (jeden „Radiator“ zużywa około 20 kilowattów) o nadzwyczaj słabym napięciu, promieniuje energia elektryczna pod postacią fal, które posiadają własność przenikania różnych ciał, nawet szkła.

Ta promieniująca energia elektryczna ma zatem wielkie podobieństwo do promieni RÖNTGEN'a, różni się jednak od nich zasadniczo w swoim działaniu fizyologicznym: podczas gdy promienie X wywołują zapalenia i owrzodzenia skóry, wystawionej na ich działanie, fale elektryczne, wychodzące z „Radiatorów“ MÜLLER'a, jako wywołane elektrycznością o słabym napięciu, działają uspokajająco, depresyjnie.

MÜLLER dowiódł, że „Permea-E.“ wywołuje pewne bliżej jeszcze nieokreślone zmiany we krwi, pomiędzy innymi szybsze tworzenie się surowicy w krwi, świeżo wypuszczonej z naczynia.

Żadnego wpływu na pobudliwość mięśni i nerwów ruchowych „Permea-E.“ nie wywiera — co potwierdzają ściśle przeprowadzone doświadczenia fizyologiczne.

Z doświadczeń d'ARSONVAL'a i CHARBIN'a wynika, że pod wpływem „Permea-E.“ wzmagają się sprawy utleniania w oddzielnych komórkach (drożdże, bakterye) i w ustrojach wyższego rzędu (wzmożenie diurezy, zwiększenie ilości dobowej mocznika).

BENEDICT i EULENBURG potwierdzają dane d'ARSONVAL'a i CHARBIN'a i mówią o działaniu „Permea-E.“ na nerwy naczynioruchowe. Kilka przypadków neuropatycznych obrzęków skóry, leczonych pomyślnie w Aarau i w Zurichu, pozwala mniemać, że to działanie polega na uspokojeniu chorobliwie podrażnionych nerwów, rozszerzających naczynia; przynajmniej QUINCKE przypuszcza, że neuropatyczne obrzęki skóry wywołane są chorobliwym podrażnieniem *n. n. vasodilatatores*.

Wreszcie z przebiegu wielu klinicznych przypadków w Aarau i w Zurichu widać, że „Permea-E.“ działa na czuciowe nerwy, znajdujące się w stanie podrażnienia, zmniejszając to podrażnienie, kojąc bóle.

BIRCHER w Aarau otrzymał najlepsze wyniki w leczeniu neuralgii (nerwu trójdzielnego, potylicznego, kulszowego, splotu ramieniowego i t. d.): na 57 leczonych przypadków było 30% wyzdrowień, 40% polepszeń i tylko 30% pozostało bez zmiany. Równie dobre rezultaty otrzymano w neurastenii: z pomiędzy 10 przypadków — w 5 nastąpiło znaczne polepszenie; szczególnie męczący chorych objaw — bezsenność — znikł zupełnie po kilkunastu ekspozycjach w „radiatorze“; ztąd wniosek, że leczenie „Electro-Permea“ jest w stanie podziałać również na ośrodkowy funkcjonalnie podrażniony układ nerwowy. W trzeciej linii stoją przypadki neuropatycznego obrzęku skóry: na 5 przypadków: 1 wyleczony, 3 z polepszeniem. Mniej zadawalniające wyniki widział BIRCHER w nadczułości żołądka i kiszek, dusznicy bolesnej, (*stenocardia*) i *incontinentio urinae* na tle nadczułości błony śluzowej pęcherza.

Ogółem leczono w Aarau nową metodą 137 przypadków: 20% wyleczonych, 31% z polepszeniem.

Opierając się na tym materyale klinicznym, twierdzić można, że wskazania do leczenia „Permea-Electro“ są funkcjonalne sprawy chorobowe w nerwach czuciowych, polegające na podrażnieniu; zatem szczególnie neuralgie i formy neurastenii dziedzicznej z ogólnym podrażnieniem układu nerwowego i z bezsennością; w drugiej linii zaburzenia natury naczynioruchowej. Wyłączyć ztąd trzeba neuralgie, mające jakąś miejscową lub konstytucjonalną przyczynę.

Autor podaje w tablicy II statystykę zakładu „Salus“ w Zurichu, którego jest dyrektorem. Leczono tu dotychczas 242 przypadki, z których 24% wyzdrowiało, a 47% uległo zmianie na lepsze. W ostatnich czasach autor obserwował zmniejszenie niezdolności ruchów i bólów w 4 przypadkach wiądu rdzenia z pomiędzy 6 leczonych nową metodą.

Kuracja w zakładzie „Salus“ trwa 1 — 2 — 5 tygodni; chorzy są ekspozowani codzień po 15 — 25 minut.

(*Berlin. klin. Wochenschrift* Nr. 23 i 24 r. 1901). Bolesław Żebrowski,

2. DETERMEYER i BÜTTNER. **Przyczynek do leczenia dyatezy moczanowej.** Autorzy badali wodę mineralną, pochodzącą ze źródła Oberbrunnen w Salzbrunn, pod względem jej wpływu na wytwarzanie i wydzielanie kwasu moczowego u 2 osób zdrowych i u jednej chorej na kamienie moczowe i doszli do wyników następujących.

Ilość dobową uryny zwiększała się w czasie picia wody z Oberbrunnen; w jednym przypadku (osobnik zdrowy) stwierdzono moczopędne działanie tej wody, gdyż pomimo zupełnie jednakowej dyety i jednakowej ogólnej ilości wprowadzanych płynów — ilość dobową moczu podczas picia wody mineralnej zwiększyła się o 295 ctm. sz. Ciężar właściwy moczu trochę się zmniejsza. Odczyn pozostaje słabo kwaśny.

Ilość dobową kwasu moczowego zmniejszała się u osobników zdrowych, co zależy, według autorów, od wzmożenia spraw utleniania w ustroju, za którym idzie zmniejszenie ilości wytworzonego kwasu. U chorej podczas picia wody ilość kwasu moczowego zwiększała się stopniowo; widocznie następowało tu wymywanie nagromadzonego w ustroju kwasu moczowego w miarę wzmagania się w moczu zdolności rozpuszczania tego kwasu. Że moc osobników, pijących wodę z Oberbrunnen, rozpuszcza większe ilości kwasu moczowego, niż moc zwykły, dowiedli autorzy *in vitro* na wszystkich swoich przypadkach. W moczu chorej podczas picia wody z Oberbrunnen ilość jednozasadowego fosforanu zmniejszała się na korzyść fosforanu dwuzasadowego; być może, że to właśnie było przyczyną wzmagania się zdolności rozpuszczania kwasu moczowego. RITTER twierdzi, że strącanie kwasu moczowego w moczu nie następuje, jeżeli ilość fosforanu dwuzasadowego jest większa lub równa się ilości fosforanu jednozasadowego.

Przez cały czas podawania wody mineralnej badano odczyn moczu i normowano ilość wody w ten sposób, ażeby oddziaływanie uryny było słabo kwaśne: z chwilą gdy uryna pod wpływem zbyt dużych ilości wody alkalicznej zaczyna oddziaływać zasadowo, zachodzi obawa tworzenia się kamieni z wydzielających się w nadmiarze fosforanów.

(*Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 21 r. 1901.*) *Bolesław Zebrowski.*

3. A. SCHUETRE. **Badania nad wpływem środków przeciwgorączkowych na przebieg chorób zakaźnych.** Kwestya wpływu środków przeciwgorączkowych na przebieg chorób zakaźnych dotychczas nie jest jeszcze należycie rozwiązana, aczkolwiek dawno już była przedmiotem licznych prac. Gdy LIEBERMEISTER ze swymi uczniami uważa gorączkę za wroga organizmu i radzi ją zwalczać, KAST, UNVERRICHT i inni widzą w gorączce samopomoc ustroju w walce z chorobami zakaźnymi. Nowsze badania KOCH'a, BEHRING'a, EHRLICH'a, PFEIFFER'a, MIECZNIKOW'a i wielu innych rzuciły więcej światła na istotę chorób zakaźnych, wykazały bowiem, że jednocześnie ze zmianami chorobowymi, jakie wywołują w ustroju zarazki większej części chorób zakaźnych, w narządach zakażonych zachodzą bardzo delikatne biologiczne zmiany, skutkiem czego we krwi zbierają się swoiste substancje, znajdujące się w bardzo ścisłym stosunku do przebiegu i samoistnego wyleczenia danej choroby. Na zasadzie tego nie należy uważać gorączki tylko za skutek szkodliwych dla ustroju zmian chorobowych, wywołanych przez drobnoustroje, lecz i za skutek powyżej wspomnianych zmian, prowadzących do wytwarzania substancji leczniczych.

Zadanie pracy niniejszej polega na skonstatowaniu, czy i jaki wpływ wywierają środki przeciwgorączkowe, uznawane przez SCHMIEDEBERG'a za jady komórkowe, na wytwarzanie się owych substancji.

W tym celu autor postępował w sposób następujący. Upewniwszy się, że, po wstrzyknięciu królikowi do żyły jednego uszka 24-godzinnej hodowli tyfusowej, na trzeci, czwarty dzień surowica wywoływała aglutynację w rozcieńczeniu 1:60, S. wstrzykiwał królikom jednej seryi po uszku świeżej bulionowej hodowli, zaś w drugiej seryi doświadczeń, prócz hodowli tyfusowej, wstrzykiwał jeszcze co kilka dni lub przez kilka dni z rzędu antypirynę pod skórę. Innych środków, jako to antyfebryny, fenacetyny, chininy, kwasu salicylowego, salicylanu sodu, salolu, salipiryny i pozostałych nie używał z powodu ich niedostatecznej rozpuszczalności w wodzie gorącej. Zauważyć jeszcze należy, że antypirynę króliki znosiły bardzo dobrze; ciepłota po upływie 3 — 5 godzin po wstrzyknięciu antypiryny obniżała się o 1,5° — 2,0°. W 3 do 4 dni po doświadczeniu badano siłę aglutynacyjną surowicy królików obu seryi.

Okazało się, że antypiryna nie wpływa szkodliwie u królików na reakcję, odgrywającą tak wielką rolę w samowyleczeniu chorego. Jeżeli więc środki przeciwgorączkowe, zwłaszcza antypiryna, nieraz wywierają jakiś szkodliwy uboczny wpływ na przebieg choroby u człowieka, to objaśnia się to prawdopodobnie (o ile można fakt powyższy zastosować do człowieka) nie szkodliwym wpływem na wytwarzanie się swoistych substancji, lecz na serce i wogóle układ krwionośny. A że takiego wpływu nie należy lekceważyć w przebiegu chorób zakaźnych, w których i tak serce zwykle źle działa pod wpływem zarazków i ich toksyn, nie ulega żadnej wątpliwości. To też słusznie radzi A. BAGINSKY w takich przypadkach dawać chorym jednocześnie ze środkami przeciwgorączkowymi środki nasercowe.

(*Zeitschrift für Hygiene* t. 38 z. 2).

M. Gantz.

## BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

### W SPRAWIE PATOLOGII I TERAPII NERWIC CZYNNOSCIOWYCH.

(Z powodu broszury d-ra Teodora Dunina: „Zasady leczenia neurastenii i histeryi“.

Odczyty kliniczne, Nr. 152 i 153. 1901).

Czem jest temat: „histerya i neurastenia“ we współczesnej medycynie, o tem wie dobrze każdy lekarz — nawet mało śledzący literaturę naukową. Gruźlica z jednej strony, nerwice czynnościowe z drugiej, są to pytania, zaprzatające w ostatnich lat dziesiątkach największą liczbę umysłów. Szczególnie co do nerwicy czynnościowych stara się medycyna polska dotrzymać kroku nauce zagranicznej. Posiadamy więc niemało przyczynków odnośnych w naszych pismach lekarskich; staramy się także dać wiadomość o tem lub nawet przyswoić piśmiennictwu naszemu to, co w zagranicznym uważane jest za całokształty bardziej podstawowe. Tą drogą znalazły się w przeróbkach i tłumaczeniach „Histerya“ GILLES de la TOURETTE'a, „Neurastenia“ BEARD'a, jeszcze wcześniej — „Nowoczesne metody leczenia histeryi i neurastenii“ LOEWENFELD'a i t. p. Co się zaś tyczy przyczynków własnych, to znacznie bogatszym przedstawia się dział patologii nerwicy, niż ich terapii. W ostatnim względzie świeżo wydana broszura d-ra Teodora DUNINA „Zasady leczenia neurastenii i histeryi“ jest, o ile sobie przypominam, pierwszą większą pracą polskiego autora.

Już wobec tej okoliczności, a tembardziej iż dotyka pytania bardzo popularnego, przytem bardzo ważnego, praca d-ra DUNINA zasługuje na baczną uwagę. Mnie osobiście zainteresowała ta praca przy czytaniu w wysokim stopniu, zainteresowała z wielu względów. Głównym wszakże nie był ten, bym w odczycie d-ra DUNINA znalazł zasadniczo nowe fakty i poglądy, nowe metody czy sposoby leczenia histeryi i neurastenii. Co do tego, t. j. ze strony faktycznej, wątpię, by i kto inny znalazł w pracy tej wyraźnie więcej, niż w analogicznych pracach autorów współczesnych, choćby nawet we wspomnianej broszurze LOEWENFELD'a. Nie mogę także powiedzieć, by i cały sposób przedstawienia rzeczy był zasadniczo odmienny od praktykowanego gdzieindziej i przez kogo innego. Wogóle współczesne rozprawy terapeutyczne mają to do siebie, iż autorzy dowodzą potrzeby czy słuszności, nareszcie skuteczności pewnych zabiegów terapeutycznych często gęsto w sposób feljetonowo-dogmatyczny, a bynajmniej nie wedle wymagań teorii poznania. „Moje zdanie“, „moje przekonanie“, nawet „moje wrażenie“ — są to argumenty, którymi posługują się nietylko autorytety — zamiast przedstawienia nieodzownych materyałów i wniosków porównawczych. W tym względzie — powtarzam — rozprawa d-ra DUNINA nie jest gorsza od innych tej samej kategorii, ale też i nie jest od nich lepsza. Nareszcie i ostateczne punkty, na których zastrzymuje się nasz autor przy wyborze poszczególnych czynników leczniczych, znowu nie wykazują zasadniczej różnicy od punktów widzenia innych lekarzy. D-r DUNIN przyjmuje jedno i drugie, co uznają także jedni, a nie uznają drudzy; z drugiej strony nie przyjmuje tego i owego, w co także nie wierzą jedni, a wierzą drudzy. Tak uznaje nasz autor „skuteczność“ sugestyi i hipnotyzmu, bromu, po części i arseniku — niema zaś dlań prawie żadnej, może nawet żadnej wartości wszelka elektryzacya, franklinizacya i t. p., chyba i hidrotterapia...

Wszystko to są poniekąd rzeczy drobne i uboczne. Daleko ważniejsza jest inna strona pracy, a mianowicie jej strona p o j ę c i o w a. Jeżeli osobiście żywił kiedykolwiek wątpliwości co do własnych poglądów na prądy ideowe w medycynie ostatnich lat kilkudziesięciu, na prądy, rodzące tyle wręcz błędnych pojęć nietylko u nas, gdzie nauka dotychczas bywa przeważnie wnoszona w formie dogmatycznej z Zachodu, ale i na tym samym Zachodzie, to wątpliwości te ustały zupełnie po przeczytaniu rozprawy d-ra DUNINA. Jest ona, przynajmniej dla mnie osobiście, dokumentem w tym kierunku bardzo wybitnym i charakterystycznym.

Najpierw należy uczynić jedno małe zastrzeżenie. Jeżeli tylko co powiedziałem, iż praca d-ra DUNINA nie różni się zasadniczo od innych tej samej treści, to na pierwszy rzut oka jest inaczej — i praca odznacza się pewnym rodzajem naukowości, którą nie często uda się odnaleźć we współczesnych traktatach terapeutycznych. Cechuje ją mianowicie t. zw. racjonalizm: tego pozwalał oczekiwać już tytuł broszury. Jaka może być zasada leczenia histeryi i neurastenii — odpowiedź najogólniejsza brzmi, iż taka, jaka jest zasadą leczenia wszelkich innych chorób. Tylko to leczenie jest leczeniem prawdziwym, które jest skierowane przeciw istocie danej choroby, jej zasadniczej szkodliwości *v.* przyczynie całokształtu chorobowego. Jest to poniekąd aksjomatem w medycynie. Zaznacza go też nasz autor zaraz na wstępie, choć nie powiem, by czynił to w formie zupełnie wyraźnej i nie budzącej zapytań. „W leczeniu chorób nerwowych czynnościowych“ zaczyna on rzecz swoją — „tak jak w leczeniu chorób wogóle na pierwszym miejscu stać winno zawsze uwzględnienie czynników etiologicznych“... „Mam tu na myśli“ — kończy ten ustęp — „etiologię w ściślejsz-



szem tego słowa znaczeniu, tytczącą się mechanizmu powstawania histeryi i neurastenii". Moźnaby oto zapytać autora, jaką treść nadaje on pojęciu „mechanizmu powstawania“ choroby wogóle, a nerwic czynnościowych w szczególności: moźnaby o to zapytać tembardziej, iż w dziale o histeryi ten „mechanizm“ ściaęgnął się u d-ra DUNINA do mechanizmu powstawania objawów, ale nie samej choroby.

Kwestya to jest, zresztą, znowu uboczna. Ostatecznie moźna się porozumieć z autorem, jako iż co do punktu podstawowego wykazuje on w ciągu swych wywodów pewną konsekwencyę. Pojął on „mechanizm“, czyli po naszymu istotę, zasadniczą szkodliwość choroby tak a nie inaczej, nakazuje też, jako „jedynie racjonalne“ takie leczenie, które wynika bezpośrednio z tego pojęcia.

Postępowanie takie jest w zasadzie zupełnie słuszne. Był nawet okres w medycynie, głównie za czasów istnienia „Zeitschrift f. rationelle Medicin“, kiedy wogóle dozwalało tylko na takie leczenie, jakie bezpośrednio wynika z poznania choroby, t. j. z poznania jej zasadniczej szkodliwości. Inna kwestya, jakie wyniki dał ten „racjonalizm“ w praktyce. Otóż przypomnę np., jak niezawodne wyniki obiecywano od wprowadzenia pod skórę wielkiej ilości wody słonej w cholercze, ponieważ „mechanizm“ tej choroby miał polegać na utracie wody i zagęszczeniu krwi. Raźące zawody, których doświadczo w tych i innych analogicznych przypadkach, nauczyły niedowierzania względem „naukowej“, zasadniczo „racjonalnej“ terapii. Zapewne — „racjonalnie“ wyprowadzono leczenie dyfteryi i nie zawiedziono się: zasada oczywiście nie jest błędna. W istocie chodzi tylko o wielką ostrożność przy tworzeniu leczenia „racjonalnego“. Nie zawiedzie leczenie racjonalne, jeśli tylko pewny jest jego punkt wyjścia, t. j., jeśli pojęcie, które wytworzyliśmy sobie o zasadniczej szkodliwości danej choroby, odpowiada albo co najmniej jest bardzo zbliżone do rzeczywistości. Jeśli takiej pewności nie ma, „naukowe“ leczenie odrazu upada.

To też wielu współczesnych pracowników na Zachodzie — w odczuciu czy nawet w uświadomieniu faktu powyższego — wykazuje coraz większą ostrożność przy wyprowadzaniu wniosków terapeutycznych ze swych poglądów naukowych na istotę danego cierpienia. Naszego autora ostrożność taka jeszcze nie cechuje. Wierzy on niezłomnie, jak to wynika z całego tonu rozprawy, w realność swych punktów wyjścia, a więc i kategorycznie zaleca te, a nie inne sposoby postępowania terapeutycznego. Istotą neurastenii jest dla niego pewien stan psychiczny, cechujący się skłonnością do ciągłej drobiazgowej analizy własnego stanu, ciągłą obawą i brakiem woli (str. 6). Osobnik czuje się właściwie tylko dlatego chorym, iż sobie „wyobrazil“ chorobę: „psychologicznie biorąc, neurastenia jest dla mnie rodzajem idei przymusowych (Zwangsvorstellungen), które rozwijają się albo samodzielnie, albo, co częściej, bywają wpajane w dzieciństwie“ (str. 20). A więc „celem leczenia psychicznego neurastenii winno być odwrócenie fałszywego biegu myśli chorego od jego własnej osoby i skierowanie w inną stronę“. Czyli istotą leczenia jest „wzbudzenie zaufania chorego do jego zdrowia“ (str. 22 i 23). Do wyleczenia z neurastenii — czytamy znowu w innym miejscu — potrzeba, „aby chory sam wyrobił w sobie silną wolę i przekonanie o tem, że jest zdrow“ (str. 63).

Co się zaś tyczy histeryi, to — o ile udaje mi się skryształizować myśl przewodnią autora — jej „objawy są następstwem istnienia w umyśle wrażeń nieświadomych“ (str. 58) — ergo należy działać na ten czynnik chorobotwórczy. „Jest rzeczą zupełnie naturalną, iż leczenie psychiczne, że tak powiem, jawne świadome... nie moźe tu mieć znaczenia, albowiem nietylko lekarz, ale i chory nie

zna wyobrażenia, na które mamy oddziaływać. Jedynym racjonalnym więc środkiem będzie wprowadzić chorego w stan, w którym on odnajdzie pamięć swego drugiego życia, czyli chorobotwórczego wyobrażenia. Takim stanem jest hipnotyzm czyli somnambulizm wywołany (JANET). Jedynie więc racjonalnym leczeniem, wynikającym z psychologii histeryi, jest leczenie hipnotyczne" (str. 59). Wogóle hipnotyzm uważa d-r DUNIN za pewnego rodzaju specyfik względem histeryi — jak to wypada z kilkakrotnego podkreślenia tej metody leczniczej (str. 60, 63).

Takie jest jądro pojęć autora. Najpierw widzimy, że histerya i neurastenia są dla niego dwiema różnymi chorobami, które też wymagają dwóch różnych leczeń „racjonalnych“. Otóż chodzi przede wszystkim o to, czy jest to prawda, czy istotnie wolno uważać histeryę i neurastenię za dwie różne w swej istocie „choroby“.

Jedno jest pewne — że te dwie nazwy chorobowe figurują jako dwie różne „choroby“ we współczesnych podręcznikach naukowych. Pewnem jest i to także, iż medyk współczesny, mając przed sobą osobnika z t. zw. objawami nerwowymi czynnościowymi, a chcąc zadośćuczynić tym książkowym categoryom, radzi sobie, jak może. A więc mężczyzna dostaje na ogół „dyagnozę“ — „neurastenik“, kobieta zaś „histeryczka“. Stosunkowo rzadko słyszymy w rozmowach lekarskich o kobietach neurasteniczkach, zdaje się natomiast częściej o mężczyznach histerykach, niemal zaś zawsze wtedy, jeśli przedstawiają oni objawy „wielkie“, jak czynnościowe porażenia, przykurczenia, znieczulenia, drgawki i t. p. Z drugiej strony dyagnozę „neurastenia“ utrwała okoliczność, jeśli chory przychodzi do lekarza... z kartką, na której spisał swe dolegliwości. Zdarza się, nareszcie, że niejeden chory mężczyzna w wieku starszym od jednego lekarza otrzymuje rozpoznanie „neurastenia“, od drugiego — „dyateza moczanowa“.

Cóż to wszystko znaczy? Faktem jest niezawodnym najpierw ta okoliczność, iż jeden szereg t. zw. objawów nerwowych czynnościowych (których wogóle, jak wiadomo jest bardzo dużo) przyzwyczajaliśmy się nazywać objawami histerycznymi, drugi zaś neurastenicznymi. Są wreszcie i takie objawy czynnościowe, których nazwanie tak lub inaczej jest pozostawione osobistemu gustowi. Dość zgodnie nazywamy histerycznymi — czynnościowe porażenia, przykurczenia, znieczulenia, drgawki, ograniczenie pola widzenia; „neurasteniczna“ jest zaś dla nas skłonność do łatwego wyczerpywania się przy pracy umysłowej, może przytem i uczucie ciężaru w głowie nakształt kasku i t. p. A już takie objawy, jak parestezye, drętwienia, zimno, gorąco, pełzanie mrówek, są dla jednego objawem „histeryi“, dla drugiego zaś „neurastenii“, i te objawy czynnościowe wielokrotnie tworzą pomiędzy sobą dość określone kombinacje: przy przeważaniu w tych kombinacjach objawów „histerycznych“ przypadek nazywamy „histeryą“, przy przeważaniu „neurastenicznych“ — „neurastenią“. Ale obok „histeryi“ i „neurastenii“ można tą drogą wyróżnić z tuzin innych „chorób“. Nieraz też nawet w obecności objawów „histerycznych“ przypadek określamy jako „nerwicę serca“ — skoro przeważają objawy naczynioruchowe i sercowe, w innych znowu przypadkach mówimy o „dyspepsyi nerwowej“; niektórzy chcieli nawet wyróżniać „dyspepsyę neurasteniczną“ i „histeryczną“ i t. p.

Ale czy to wszystko może oznaczać i dowodzić, by „histerya“ i „neurastenia“ istniały jako dwie w swej istocie, w swej zasadniczej szkodliwości różne specyficzności chorobowe, jak są różnymi odra i szkarlatyna? Czy istnieje jakkolwiek możliwość wyodrębnienia klinicznego tych dwóch jednostek, jak klinicznie wyodrębniono odrę i szkarlatynę? Bardzo wątpię, by którykolwiek uwa-

zny lekarz podjął się przedstawienia „dowodzących“ przypadków w tym względzie — naturalnie, umówiwszy się przedtem, które objawy będzie nazywał neurastenicznymi, a które histerycznymi. Zawsze wypadnie jedno i to samo: przy objawach „histerycznych“ odnajdziemy i „neurasteniczne“, przynajmniej w wiadomościach lub podczas przebiegu, przy „neurastenicznych“ i „histerycznych“.

„Histerya“ i „neurastenia“ są — jednym słowem — nazwami konwencyonalnymi, które bynajmniej nie przesądzają o istnieniu dwóch odpowiednich pojęć patologicznych. Fakt ten nie ulega wątpliwości dla każdego, kto pamięta historię wejścia do literatury naukowej „histeryi“ i „neurastenii“. Ostatnia, jak wiadomo, zawdzięcza swe imię i stanowisko BEARD'owi. Otóż w broszurze BEARD'a jako objawy „neurastenii“ opisane są niemal wszystkie te, które zwykle nazywamy „histerycznymi“ (znieczulenia, porażenia i t. p.). Z całej „histeryi“ u BEARD'a właściwie brak tylko opisu wielkiego „ataku“ histerycznego. Z drugiej strony CHARCOT i jego szkoła, którzy ten atak uważali za kwintesencję całej histeryi i zrobili go wprost punktem wytycznym swych poszukiwań, zaczęli zaraz mówić o „histeroneurastenii“, skoro tylko do Francji doszła wieść o rozprawie BEARD'a. Odrazu — innymi słowy — znalazła się „kombinacja“ tych rzekomo dwóch różnych chorób. Istotnie wedle tego, cośmy tylko co mówili, chyba każdy przypadek nerwicy powinienby nosić nazwę „histeroneurastenii“.

Nie mogę powiedzieć, by d-r DUNIN co najmniej nie odczuwał niemożności wyróżnienia na drodze klinicznej histeryi i neurastenii. Przeciwnie — mówi on o tem zaraz w początkowych ustępach swej pracy, przytaczając zdania różnych autorów w tej kwestyi. Wszystko jednakże, co mówi w tym względzie nasz autor, nie grzeszy ani określonością ani konsekwencyą. Bo oto zaznaczając, „że ściśle odgraniczenie nie jest możliwe zarówno ze strony teoretycznej, jak praktycznej“, że „objawy neurastenii i histeryi tak się często z sobą łączą, że okazała się potrzeba stworzenia nowego terminu: „histeroneurastenia“, że sam zawsze bronił tego punktu widzenia i t. p., jednocześnie uważa istnienie histeryi i neurastenii, jako dwóch chorób, za fakt dokonany. Zapewne, na ostatnich stronicach swej pracy mówi głównie o „objawach histerycznych“, a nie o „objawach histeryi“, jak w zacytowanych zdaniach, coby pozwalało mniemać, iż „histeryę“ uważa on także za nazwę konwencyonalną, a nie pojęcie. Jednakże na początku mówi: „typowe wypadki neurastenii i histeryi mają zupełnie odmienny, czasem nawet wprost przeciwny sposób powstawania“ — kiedy kilkanaście wierszy powyżej twierdził, iż „sposób i warunki powstawania tych chorób są tak do siebie zbliżone“... „Dla tego też“ — kończy przerwany przez nas ustęp — „musimy te choroby rozpatrywać osobno i jako punkt wyjścia przyjąć zupełnie czyste i typowe ich przypadki“.

Daremnie szukałem w całej pracy d-ra DUNINA tych „czystych i typowych przypadków“. Szukałem, naturalnie, czystych przypadków z punktu widzenia klinicznego, bo jedynie przecież od takich może się poczynać analiza i klasyfikacja nozograficzna nerwic czynnościowych. Owszem — i bez nich potrafił sobie znaleźć d-r DUNIN punkt wyjścia do mówienia o „histeryi“ i „neurastenii“. Ściślej mówiąc, znalazł go nie d-r DUNIN, a P. JANET, MOEBIUS, BREUER i S. FREUD, którzy wyróżniają „histeryę“ i „neurastenię“, jako dwie „choroby“ z psychologicznego punktu widzenia. Ale znowu daremnie szukałem u naszego autora, z jakich to „czystych i typowych“ przypadków wyszli ci panowie przy ustalaniu swej klasyfikacji psychologicznej. Zresztą, jeśli czytelnik zechce odnaleźć coś w tym kierunku bezpośrednio u tych autorów, także nic pewnego i określonego nie znajdzie. Znajdzie raczej znowu mieszanie nazwy z pojęciem,

identyfikowanie terminów konwencyonalnych: „objawy histeryczne i neurasteniczne“ z pojęciem chorób histerya i neurastenii.

D-r DUNIN wszystkiego tego nie bierze w rachubę, ale wprost dogmatycznie przyjmuje punkt widzenia P. JANER'a, MOEBIUS'a et Cie, wprawdzie starając się tu i owdzie ich poglądy czy modyfikować czy uzupełniać. Ale, rozstrzygnąwszy w ten sposób wszelkie trudności, dał nam przykład wybitny t. zw. *petitio principii*. Za punkt wyjścia i podstawę do dalszych wywodów wziął on to, co samo jeszcze potrzebuje udowodnienia. Taki stan rzeczy mści się zawsze następczemi sprzecznościami, wpadnięciem w labirynt, z którego niema wyjścia. Wszystkiego tego mamy aż nadto w rozprawie d-ra DUNINA.

A więc najpierw szczególnie wygląda sam „psychologiczny” punkt wyjścia. Istota histeryi, czyli — słowami autora — mechanizm powstawania tej choroby polega w przeciwstawieniu do neurastenii na „nieświadomości“ wyobrażeń. Wyjaśnia dalej autor, iż wyobrażenia te są „że tak powiem, obiektywne, to jest mają zawsze istotną realną podstawę“. Idzie przykład. Tymczasem zaraz potem czytamy: „z dwóch tych cech żadna nie jest stała, albowiem czasami wyobrażenia, wywołujące objawy histeryczne, jak to niżej zobaczymy, mogą być świadome, z drugiej strony niekiedy wyobrażenie nie jest realne“. Okazuje się więc, iż w „histeryi” objawy mogą powstawać tą samą drogą, jak w „neurastenii”. Ale jeśli tak jest, jeśli cecha użyta do różniczkowania jest nie stała, to cóż uprawniło autora do wyodrębniania „histeryi” i „neurastenii“ na drodze psychologicznej? Czy wolno kiedykolwiek wyróżniać pewną specyficzną chorobę, istotę choroby na podstawie cechy niestałej? Czyż jest „gruźlica” gruźlica, której nie wywołały laseczniki gruźlicze? Pominąwszy, wreszcie, samą histeryę i neurastenię w ich istocie, które objawy są „histeryczne“, a które „neurasteniczne” z „psychologicznego“ punktu widzenia? Wbrew usiłowaniom autora wraca się napowrót do tego, skąd się wyszło, t. j. iż niema różnicy istotnej w „mechanizmie powstawania“ nawet i objawów.

Dochodzi się w rezultacie do jednego wniosku: histerya i neurastenia są różnymi chorobami tylko dla tego, iż autor tego chce. Pozwolę sobie wypowiedzieć własne przekonanie: nie „wola“ d-ra DUNINA zrobiła z histeryi i neurastenii dwie choroby, ale ten prąd myślowy epoki anatomo-patologicznej, prąd zwykle nieuświadomiony, który coüte que coüte zmuszał swych wychowañców do robienia „chorób“ i szukania „lekarstw“ na nie, choćby dla tych chorób nie było zupełnie wymagalnych podstaw logicznych.

Można powiedzieć: w tym razie chodzi tylko o błąd logiczny w pracy d-ra DUNINA, błąd wprawdzie zasadniczy, ale znaczenia teoretycznego. Niechaj tak będzie. Przypuśćmy jednak, że autor nasz ma rację, że istnieją w rzeczywistości dwie „choroby“ — histerya i neurastenia. W takim razie nieodzownem staje się jedno ważne uzupełnienie we względzie praktycznym — ponieważ sam autor podkreślił, iż choroby te „występują często jednocześnie“ (histeroneurastenia). Okazuje się nieodzownem u jednego i tego samego chorego podwójne leczenie „racjonalne“. Wspomina o tem w zakończeniu autor, choć tej konsekwencji nie doprowadza do ostatniej granicy. Potrzebnem, tymczasem, okazuje się jednocześnie leczenie hipnotyzmem, które „w mojem przekonaniu stanowi najprędszy i najpewniejszy sposób usunięcia objawów histerycznych“ (str. 63), a przytem wmawianie w chorego, że jest zdrow, że jego cierpienia pochodzą tylko z wyobraźni (czyli suggestya na jawie). Ale z własnych wywodów d-ra DUNINA wypada, że takie dwa leczenia, zastosowane jednocześnie, będą sobie wzajemnie przeczyły, wzajemnie się neutralizowały! „Zachodzi w histeryi odwro

tny stosunek, aniżeli w neurastenii. Tam dążyć powinniśmy do tego, aby chory sam wyrobił w sobie silną wolę i przekonanie o tem, że jest zdrow ponieważ fałszywe wyobrażenia są świadome, przeto chory sam pozbyć ich się nie może. Co więcej, pozbywszy się ich sam, leczy się zarazem z choroby, gdy tymczasem hipnotyzm narzuca mu obcą wolę i tylko chwilowo usuwa objawy. W histeryi, przeciwnie, woła chorego nic nie pomoże, albowiem on sam nie wie, gdzie tkwi źródło jego choroby. Przytem, jak to widziliśmy, wskutek istnienia „drugiego“ nieświadomego życia, część energii umysłowej chorego zatracą się, staje się on wprost niezdolnym do wszelkich wysiłków woli. Tutaj hipnotyzm uwalnia go od objawów, a bez tego wszelkie dalsze leczenie jest niemożliwe“ (str. 63). Inne mi słowy w histeroneurastenii należy wyrabiać silną wolę (wobec neurastenii), a tymczasem chory wcale nie jest zdolny do wysiłków woli (wskutek histeryi). Będziemy mu — dzięki histeryi — narzucali hipnotyzmem obcą wolę, a tymczasem powinniśmy starać się względem neurastenii, by wyrobił sobie własną wolę! I niema wyjścia z tego błędnego koła, chyba przyjmemy, iż u histeroneurastnika istnieją jakieś dwie wole!

Nic też nie rozumiem, i wątpię, czy kto inny zrozumie, jak ostatecznie należy „racjonalnie“ leczyć przypadki „kombinacji“ histeryi i neurastenii, przypadki w praktyce najczęstsze. Nic nie rozumiem, tembardziej, iż d-r DUNIN ciągle nakazuje opierać się na „mechanizmie powstawania“. W dodatku autor jakoś potrafił w jednym miejscu pogodzić hipnotyzm z neurastenią i radzi posługiwać się nim dla usunięcia pewnych najwybitniejszych objawów tej choroby „mianowicie wtedy, kiedy wszystkie inne sposoby leczenia okazały się bezskutecznymi“ — mimo iż nie może powiedzieć „by hipnotyzm był zupełnie racjonalnym środkiem w neurastenii“, jako iż „osłabia jeszcze bardziej wolę chorego i poddaje go woli drugiej osoby...“ (str. 44).

(C. d. n.).

---

## Wiadomości bieżące.

---

— W dniu 29 listopada r. z. w pracowni kol. WŁ. PALMIRSKIEGO miał miejsce wypadek zastabnięcia kilkunastu osób, szczepionych ściśle według metody PASTEUR'a. Z 6-ga. dzieci, z których u 3-ga. wystąpiła typowa płonica w ciężkiej postaci, 4 zmarło, jedno w 3-im tygodniu przebiegu płonicy, 3-je zaś po upływie 18—48 godzin od chwili zachorowania. U reszty, osób uległych zakażeniu, wystąpiły przeważnie objawy miejscowe. Przekonaliśmy się naocznie, że kol. PALMIRSKI zaraz po zaszłym wypadku przerwał szczepienia, poddał szczegółowemu badaniu rdzenie oraz dokonał gruntownej dezynfekcyi i odnowieniu całego lokalu, zajmowanego na pracownię oraz na internat. Świeże rdzenie zostały sprowadzone z Peters-

burga i Krakowa, poczem z upoważnienia władzy szczepienia według metody PASTEUR'a rozpoczęte zostały na nowo w dniu 20 grudnia r. z. Kol. PALMIRSKI po ukończeniu rozpoczętych badań, mających na celu wyjaśnienie przyczyny nieszczęśliwego wypadku, ma zamiar wnioskami swymi podzielić się z ogółem kolegów. Wypadek wyżej wspomniany ma miejsce po raz pierwszy od czasu 15-letniego istnienia pracowni bakteriologicznej w naszym mieście, nadmienić przytem winniśmy, że w tym czasie dokonano ćwierć miliona zastrzykiwań według metody PASTEUR'a.

— Profesorem chirurgii teoretycznej w Uniwersytecie Warszawskim został mianowany docent z Kijowa d-r CZERNIAKOWSKIJ.

— „Przegląd Farmaceutyczny“ zmienia nazwę od Nowego Roku. Od tego czasu czasopismo to nosić będzie nazwę „Farmaceuta polski“. Wychodzić będzie 1 i 15 każdego miesiąca. Adres redakcyi Złota Nr. 20.

— Wyszło z druku dzieło D-ra med. T. HEIMAN'a p. t. „Choroby narządu słuchowego“. Podręcznik dla lekarzy i

studentów, z 161 rysunkami w tekście. Warszawa 1902. Skład główny w księgarni E. Wende i S-ka. Cena rb. 3.

— Na prezesa Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego na rok 1902 wybrano ponownie prof. K. KOSTANECKIEGO, na wiceprezesa prof. NOWAKA, na sekretarza doręcznego D-ra Jana LANDAUA.

Komitet Zarządzający Kasą Pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia d-ra J. MIANOWSKIEGO ma zaszczyt do powszechnej podań wiadomości, iż zmarły d. 9 listopada 1891 roku Władysław PEPEŁOWSKI uczynił Kasę Pomocy spadkobierczynią swego majątku, od którego dochody przeznaczył na popieranie wydawnictwa broszur i podręczników naukowych, zawierających najlepsze i najnowsze wskazówki rozwoju rolnictwa, rzemiosł i rękodziel w kraju naszym, wyłożone jasno, popularnie, poprawnym językiem polskim, przystępnie dla ogółu rolników, rzemieślników i rękodzielników, zastosowane do potrzeb miejscowych na czasie, tudzież na pomoc dla autorów rzeczonych broszur lub podręczników i osób, na tem polu pracujących. W wykonaniu zapisu tego, na którego przyjęcie Kasa pomocy właściwe zezwolenie Władzy rządowej uzyskała, Komitet zarządzający kasą oświadcza gotowość wejścia w bliższy stosunek z p. p. wydawcami lub autorami dzieł, odpowiadających wyżej wyłuszczonej określeniom i warunkom, celem zapewnienia dziełom tym lub wydawnictwom poparcia, jakiego się okazało potrzebnem i możliwem. Osoby, pragnące uzyskać dla swych dzieł czy nakładów pomoc pieniężną, proszone są o zgłaszanie się osobiste do biura Komitetu Kasy Pomocy w Warszawie, przy ulicy Niecałej Nr. 7 lub o nadsyłanie pod tymże adresem żądań wyłuszczonych na piśmie.

Prezes Komitetu: *W. Holewiński.*

Członek Komitetu Sekretarz: *Feliks Kucharzewski.*

## Od Administracyi.

„Medycyna“ wychodzić będzie w r. 1902 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

**Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1902 i o uregulowanie zaległych rachunków.**

# Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

## ZAKŁAD LECZNICZY

# D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.  
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

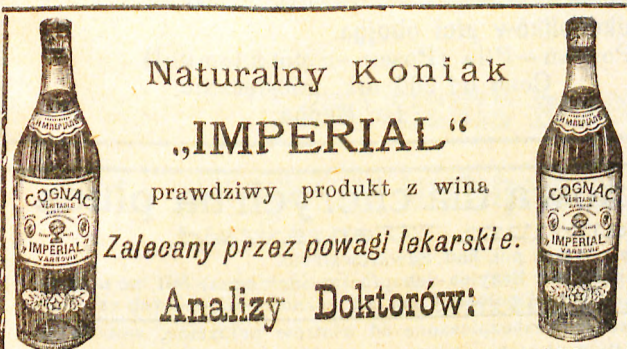
## Zakład Leczniczy dla chorych NA USZY

# D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatorjum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.



Naturalny Koniak  
„IMPERIAL“  
prawdziwy produkt z wina  
Zalecany przez powagi lekarskie.  
Analizy Doktorów:

Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wars. Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przymieszek.

Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej.

Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warszawie i na prowincyi.

Przez zimowy sezon i cały rok otwarte

# „SWOSZOWICE“

pod Krakowem

Sanatorium i zakład kąpielowy wód siarczanych.

w nowo urządzonym Sanatorium z centralnie ogrzaniem łazienkami, mieszkaniami, korytarzami i ogrodem zimowym ogrzana jest woda siarczana w najnowszy sposób (ulepszona metoda Czernickiego) używaną w pierwszorzędnym zakładach zagranicznych, — wskutek czego nie utraciła nic ze swych składników i dlatego kąpiele siarczane Swoszowickie

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowo sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Barcza, Cepousza, Filloborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziolkowicza, Kozłowskiego, Lilpopa, Malinowskiego, Mieszczkańskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Różyckiego, Strużyńskiego i Fricka, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhafa.

Składy główne: Karmelička 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelecki i S-ka“, Tel. № 1341). W Lublinie: w składzie **Wł. Magierskiego**. W Kaliszu: w aptoce **K. Rybickiego**. W Kielcach w aptoce **A. Wierzbiety**.

## Pracownia analityczno - lekarska

# D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyk lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).



Aparaty Dezynfekcyjne  
za pomocą Formaldehydu  
do dezynfekcji MIESZKAN, MEBLI, Łańdery i wszelkich PRZEDMIOTÓW bez uszkodzenia takich.  
**Edolf Witt** poleca  
FABRYKA  
ul. Leopoldyny № 11  
— Skład fabr. Elektoralna 21

## MERAN

stacya klimatyczna jesienno-zimowa dla przewlekłych chorób wewn., kostytucyjnych, nerwowych, jako też dla osłabionych i wyzdrowieńców. Suchy, słoneczny klimat, wspaniałe promenady, wszelkie urządzenia fizykalno-lecznicze, tanie pensyony. Troskliwa opieka. Broszury o Meranie bezpłatnie i opłatnie za łask. pośredn. Administracyi „Medycyny“. Listownych wyjaśnień udziela lekarz-polak **Dr. BINDER**  
Willa Gothensitz (w pobliżu kolei).

Wody Mineralne ŹRÓDŁA RZĄDOWE

# VICHY CELESTINS

## GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Zwracać uwagę. Cależy na oznaczenie źródła.

# PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkiach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. L. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900). Wiener Aerztl. Centralztg. № 12 (1901).

Skład główny Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz **H. Biertümpfel**, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. **E. van Bellon**, Aptekarz **Th. Buchardt**, Ryga, Kalkstrasse 26.

## ŁAMANIE W STAWACH, CHOROBA NEREK I REUMATYZM.

Węglany, Salicylowy, Będźwiniany Lityny

### LE PERDRIEL

Używają się do rozpuszczania kwasu moczowego przy zapaleniach stawów i wogóle przy usposobieniu moczanowem.

Od otrzymywanego kwasu węglanego wydzielającego się i łączącego z lityną, zależy działanie tej ostatniej. W celu niknięcia podrażnień niedziałających, nieczystych i złego dozowania należy zwracać uwagę na podpis „LE PERDRIEL.”

BROMOWA, GLYCERYNO-FOSFOROWA, CYTRYNOWA.

# KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

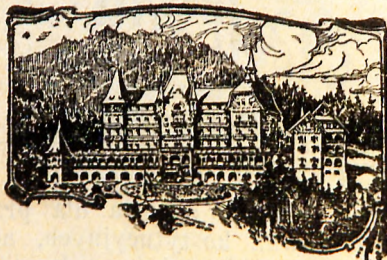
5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Piła (Posen—Schneidemühl).

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Dr. Karczewski.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Mucha.



Gmach główny i dom doktora.

## Stacya zimowa dla chorych na płuca Sanatorium Wehrwald

przy Todtmoos w poł. bad. Szwarewaldzie.

Stacya Wehr (Linia kolejowa Bazylea-Schopfheim-Säckingen) 861 m. n. p. m.

Nowo wybudowany, najwyżej położony zakład leczniczy dla chorych na płuca

w Niemczech. — Słoneczne i zabezpieczone od wiatrów położenie, wokoło cu-

downe lasy jodłowe. Najdoskonalsza higiena. 100 łózek. — Największy komfort.

Oświetlenie elektryczne. Winda. Centralne ogrzewanie. Cały rok otwarte. Wy-

bornie nadające się jako stacya zimowa. Lekarz dyrektor: D-r LIPS, ostatnio

II lekarz w Sanatorium d-ra Turbana w Davos. Dyrektor zarządzający: K. ILLI.

Prospekty za pośrednictwem dyrekeji.

# H. K U C H A R Z E W S K I

Apteka, Miodowa 4.

TLEN. Ekspedycya tlenu na balony.

Kompletne aparaty do wywiązywania tlenu.

Wysyłka na prowincyę.