

# MEDYCINA.

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 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego. Podał d-r Leon Karwacki. (Ciąg dalszy). — Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznym, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (d-r E. Flatau). Przez S. Goldflama. (Ciąg dalszy). — **BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.** W sprawie patologii i terapii nerwic czynnościowych. (Ciąg dalszy). — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 3 grudnia r. z. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO.** Posiedzenie z dnia 7 grudnia r. z. **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

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

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

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

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

## ZNACZENIE ROZPOZNAWCZE

### pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego.

Podał

**D-r LEON KARWACKI.**

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 1).

Zapalenie opon gruzlicze u dorosłych często przedstawia znaczne trudności rozpoznawcze, szczególnie kiedy przebieg jest nietypowy, wyrażający się takimi objawami, jak częściowe drgawki, ograniczone porażenia, zaburzenia mowy, zaburzenia umysłowe lub stany komatyczne.

Jedynie badanie pośmiertne w takich razach pozwala ustalić charakter cierpienia. Dzięki histologicznemu badaniu płynu rdzeniowego, obecnie każdy przypadek gruzliczego zapalenia opon może być rozpoznany za życia. Bardzo pouczający przypadek opisali **SOUQUES i QUISERNE:**

Chory 29-letni, urzędnik z agencji Havas'a. Ojciec zmarł w obłądzeniu opilczym. Z przeszłości chorego dwa fakty zasługują na zaznaczenie: dwa lata temu chory stracił żonę wskutek gruźlicy. Chory przestawał z nią stale, oddając jej różne posługi. W pół roku po tem chory przechodził operację wycięcia części dolnej muszli nosa wskutek jej przerostu. Mniej więcej przed dwoma miesiącami chory był dotknięty cierpieniem, które lekarz rozpoznał jako grypę. Chory gorączkował, miał silne bóle głowy i kolki w prawym boku.

20 kwietnia chory zrana spostrzegł, że prawa ręka i prawa noga były sparaliżowane. Paraliż trwał godzinę i znikł, zostawiając znaczne osłabienie kończyn. Ataki paraliżu w ciągu następujących dni powtórzyły się parę razy.

24 kwietnia. Obie prawe kończyny zostały sparaliżowane kompletnie.

1 maja. Chory wstąpił do szpitala. Porażenie kończyn zupełne. Czucie zachowane. W niektórych miejscach skóry nadczułość. Odruchy zachowane. W mięśniach twarzy lekkie drgania.

Chory jest niespokojny, odpowiada na pytania niechętnie, w sposób krótki, urywany, ale logiczny. Uskarża się na silne bóle głowy i bóle w krzyżu, światło go nie razi. Odruchy źrenic prawidłowe. Gałki oczne wrażliwe na ucisk. Mięśnie karku sztywne. W pozycji siedzącej chory uskarża się na silne bóle w krzyżu i pośladkach. Objaw KERNIG'a bardzo wybitny.

Język obłożony; chory ma nudności i wymioty. Brak apetytu, pragnienie wzmożone. Brzuch ma wygląd normalny. Zaparcie stolca. Inne narządy zmian nie przedstawiają. Ciepłota w odbytnicy 38°. Wieczorem w dniu wstąpienia do szpitala podniosła się do 38,6°. Mocz w ilości prawidłowej, nie zawiera białka, ani cukru.

2 maja. Stan chorego bez zmiany. Ciepłota 38,9° wieczorem i 39,4° zrana. Bóle głowy wzmożyły się i umiejscowiły w okolicy czołowej. W nocy chory bredził. Chory otrzymał lek czyszczący (30,0 siarczanu sodu).

3 maja. Zrobione było nakłucie łądźwiowe.

Otrzymano 10 ctm. sz. płynu przezroczystego.

Badanie histologiczne wykazało:

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| limfocytów. . . . .            | 70% |
| leukocytów wielojądrowych . .  | 19% |
| dużych komórek jednojądrowych. | 11% |

Punkt zamarzania — 0,51°. Pięć ctm. sz. płynu wstrzyknięto świnie morskiej do otrzewny.

4 maja. Ogólny stan gorszy. Chory wrażliwy na światło. W nocy bredził i krzyczał, odpowiada niechętnie i bezładnie. Drgania włókienkowe na twarzy mocniejsze. Sztywność mięśni karku i mięśni pośladkowych wzmożona. Odruch rzępkowy w kończynie porażonej wzmożony. Objaw BABIŃSKIEGO. Paraliż zwieracza pęcherza. Brzuch wciągnięty. Zaparcie stolca. Ciepłota 39,3° i 39,5°.

6 maja. Chory nieprzytomny. Zatrzymanie moczu. Tętno 96. Inne objawy wzmagają się.

7 maja. Stan bez zmiany. Chory krzyczy (cris hydrencéphaliques).

8 maja. Chory jest ciągle nieprzytomny. Podczas nakłucia znowu otrzymano 10 ctm. sz. przezroczystego płynu. Badanie histologiczne dało taki wzór:

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| limfocytów. . . . .           | 82% |
| komórek wielojądrowych . . .  | 16% |
| dużych komórek jednojądrowych | 2%  |

Punkt zamarzania — 0,55°. W przeddzień chory otrzymał 2,0 jodku potasu. W płynie rdzeniowym dają się wykryć ślady jodu. Znaczna limfocytoza potwierdza rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon.

9 maja. Tętno nagle, 160 uderzeń na minutę. Ciepłota 40,6°. Przykurczenie mięśni znikło. Śpiączka kompletna. Chory wydaje bezładne krzyki. Na krótko przed śmiercią ciepłota podniosła się do 42,1°; w pół godziny po śmierci ciepłota była 42,7°.

Badanie pośmiertne nie mogło być dokonane. 10 maja przez aspirację otrzymano 30 ctm. sz. płynu rdzeniowego i wstrzyknięto dwóm świnkom morskim do otrzewny.

Pierwsza świnka, która otrzymała 5 ctm. sz. płynu, była zabita 31 maja. Badanie wykazało gruźlicę w śledzionie, w wątrobie i gruczołach krezkowych. Dwie ostatnie również były zabite w tym samym czasie. Badanie wykazało rozsianą bardzo typową gruźlicę.

W tym przypadku limfocytoza odrazu utrwaliła chwytne z początku rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon, wyłączając sprawy ogniskowe, jak wylew krwi, rozmięczenie mózgu, guz mózgowia, przy których brak jest limfocytozy. Zmniejszenie ciśnienia osmotycznego płynu i drożność opon dla jodku potasu utrwaliły jeszcze bardziej rozpoznanie.

BOURCY spostrzegł przypadek, który na pierwszy rzut oka robił wrażenie obłądu opilczego. Osobnik 30-letni, nadużywający wysokości, przywieziony był do szpitala w stanie nieprzytomnym i nadzwyczajnie podnieconym. Twarz zaczerwieniona, tętno pełne i szybkie, ciepłota zlekka podniesiona. Jednak pewna sztywność karku, wymioty, niezbyt wyraźny objaw KERNIG'a kazały przypuszczać możliwość zapalenia opon. Nakłucie lędźwiowe dało ujście płynowi mętnemu, jałowemu pod względem drobnoustrojowym. Badanie histologiczne wykazało obfitość limfocytów i w nieznacznej ilości leukocyty wielojądrowe — wzór charakterystyczny dla zapalenia opon gruźliczego. Dalszy przebieg choroby i badanie pośmiertne w zupełności potwierdziły rozpoznanie.

FAISANS, za pomocą badania płynu rdzeniowego, rozpoznał zapalenie opon gruźlicze w przypadku, gdzie objawy kliniczne redukowaly się do półowiczego porażenia i afazy. W przypadku MERKLEN'a wzór histologiczny płynu potwierdził rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon. Obecność komórek wielojądrowych w znacznej liczbie pozwoliła przypuszczać ropienie w gruźliczkach. Badanie pośmiertne potwierdziło w zupełności to przypuszczenie.

Pokaźną cyfrę spostrzeżeń gruźlicy opon mózgowych (12 przypadków) przytoczyli WIDAL, SICARD i RAVAUT. We wszystkich razach bez wyjątku wzór histologiczny płynu był jednojądrowy (Rys. II). Domieszka ciałek krwi lub wielojądrowych komórek nie przeszkadzała w ustaleniu typu ze względu na znaczną przewagę limfocytów.

Wzmiankowani lekarze szczepili psom pod opony laseczniki gruźlicze, dwoinki zapalenia płuc, laseczniki duru i gronkowce. Trzem psom wstrzy-

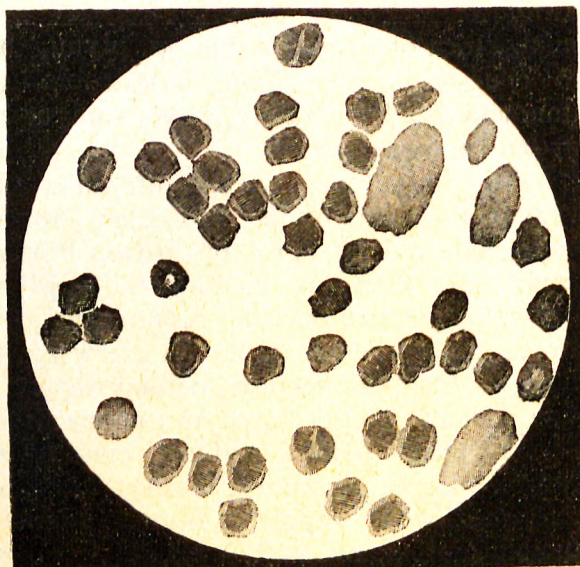
knięto hodowlę gruźliczą pod opony rdzeniowe, jednemu pod opony mózgowia.

Pierwszy z trzech psów, szczepionych pod opony rdzeniowe, zdechl na 14-ty dzień. Płyn rdzeniowy, otrzymany 8-go dnia, zawierał znaczną ilość czerwonych ciałek i komórek śródbłonkowych, przeważały jednak limfocyty (60%). Nakłucie na 12-ty dzień dało płyn, zawierający 72 komórki jednojądrowe na 28 wielojądrowych.

Drugi pies padł na 13-ty dzień po operacji. Nakłucie 8-go dnia dało wzór histologiczny następujący:

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| komórek wielojądrowych . . . . . | 20% |
| limfocytów . . . . .             | 80% |

U trzeciego psa nakłucie dokonane było 12-go dnia. Wzór był — 29% komórek wielojądrowych i 71% jednojądrowych. Na 18-ty dzień pies padł.



Rysunek II.

Płyn, otrzymany po śmierci, dał wzór: 62% wielojądrowych i 38% jednojądrowych komórek.

U psa, któremu wstrzyknięto hodowlę pod oponę mózgowia, dokonano nakłucia rdzenia 12-go dnia po zabiegu. Płyn zawierał dużo limfocytów i w małej liczbie komórki wielojądrowe. Dwóm psom zaszczepiono pod opony hodowlę dwoinek zapalenia płuc krupowego, jednemu zaś hodowlę gronkowców. Wszystkie trzy psy padły po upływie 48 godzin. Płyn rdzeniowy, otrzymany za życia, zawierał prawie wyłącznie komórki wielojądrowe w dużej liczbie. Dwoinki znajdowały się w znacznej ilości, wywołując objawy fagocytozy; gronkowce zaś były bardzo nieliczne.

U dwóch psów, którym zaszczepiono pod opony hodowlę laseczników durowych, płyn rdzeniowy zawierał prawie wyłącznie komórki wielojądrowe, jednak w mniejszej ilości, niż u poprzednich. Z tych doświadczeń wynika, że prątki gruźlicze wywołują znacznie większą limfocytozę opon mózgowych,

niż dwoinki lub gronkowce. Pewna różnica między wzorem doświadczalnym i klinicznym wynika stąd, że brutalne wstrzyknięcie drobnoustrojów wywołuje w oponach odczyn do pewnego stopnia inny, niż zakażenie wewnętrzne.

Jednym z pierwszych cierpień ustroju nerwowego, gdzie limfocytoza była notowana stale i wskutek tego stała się cennym przyczynkiem rozpoznawczym, jest wiał rdzenia z jego kliniczną wielopostaciowością. Na 48 przypadków wiału, które zebrałem z literatury, i na niemniejszą liczbę z nieogłoszonej jeszcze nowej statystyki BABIŃSKIEGO, limfocytoza nie była notowana tylko w dwóch przypadkach. Jeżeli wziąć pod uwagę, że pierwszy ujemny wynik BABIŃSKI i NAGEOTTE omawiają jako zależny od niedokładnej techniki, drugi zaś dotyczy alkoholika ze zniesieniem odruchów ścięgnistych, który miał w swoim czasie przymiot (rozpoznanie wiału nie oparte na dostatecznych podstawach), to można twierdzić, że dotąd limfocytoza płynu rdzeniowego jest najstalszym ze wszystkich przejawów wiału; objaw ten jest równocześnie i jednym z najwcześniejszych. LAIGNEL-LAVASTINE na podstawie swoich spostrzeżeń uważa, że objaw ROBERTSON'a wyprzedza limfocytozę; przypadki, które spostrzegałem w klinice BABIŃSKIEGO, utwierdzają mnie w zdaniu, że limfocytoza może poprzedzać w czasie objaw ROBERTSON'a.

Pozwolę sobie przytoczyć jeden z przypadków [bardzo wczesnej limfocytozy.

W pierwszych dniach czerwca roku bieżącego zgłosił się o poradę do kliniki BABIŃSKIEGO woźnica. Osobnik ten uskarża się na zaburzenia pęcherzowe, trwające od kilku miesięcy. Chory był poprzednio w oddziale GUYON'a w szpitalu Necker, gdzie nie skonstatowano żadnych objawów przedmiotowych cierpienia dróg moczowych. Zbadanie płynu rdzeniowego wykazało obfitą limfocytozę i pozwoliło zrobić rozpoznanie wiału (tabes fruste).

Jak ważna jest limfocytoza w rozpoznaniu wiału, przekonywa cały szereg obserwacji klinicznych z dodatnim lub ujemnym wynikiem badania.

W maju r. b. do Salpêtrière zgłosił się chory z następującymi objawami: bezład ruchów przy chodzeniu, bóle w nogach, osłabienie siły wzrokowej. Pobieżne pierwsze badanie wykazało zniesienie wszystkich odruchów ścięgnistych na dolnych kończynach i zanik brodawki nerwu wzrokowego. Bardzo naturalną drogą nasuwało się rozpoznanie wiału. Tymczasem badanie płynu rdzeniowego wykazała brak limfocytozy. Dokładniejsze badanie kliniczne wykazało brak objawu ROBERTSON'a, różnicę z wiałem w charakterze bezładu, objaw LASÈGUE'a, słowem, ustaliło rozpoznanie *pseudotabes neurotica* na tle wieloogniskowego zapalenia nerwów.

CESTAN i SICARD dostarczyli mi uprzejmie dwóch spostrzeżeń wiału z kliniki RAYMOND'a w Salpêtrière. U pierwszego chorego jedynym przejawem cierpienia ustroju nerwowego był objaw ARGYLL-ROBERTSON'a. W płynie rdzeniowym wykryto limfocytozę. W parę miesięcy potem szereg innych zaburzeń potwierdził rozpoznanie wiału. Są to tak zwane *formes frustes*. Trzy podobne przypadki spostrzegałem w klinice BABIŃSKIEGO.

Wzór histologiczny pierwiastków morfotycznych (Rys. III) jest jednojądrowy, jak i w gruźlicy opon. Liczba komórek w polu widzenia waha się w dość szerokich granicach, w każdym razie istnieje duża łatwość różniczkowania z płynem rdzeniowym normalnym.

Stałych cech do odróżnienia typu wiałowego od typu gruźliczego nie ma. W gruźlicy jednak obok komórek jednojądrowych częściej się spotykają

komórki wielojądrowe, w wiąździe zaś komórki jednojądrowe duże (śródbłonkowe?).

*A priori* już można było oczekiwać dodatnich wyników w poszukiwaniach limfocytozy przy zapaleniach oponowo-rdzeniowych (*meningomyelitis*) różnego pochodzenia. Z góry także można przypuszczać, że wzór histologiczny płynu może być różny, zależnie od czynnika zakaźnego i od charakteru przebiegu sprawy.

SICARD i MONOD dokonali cztery razy badania płynu we wzmiankowanych cierpieniach w oddziale BRISSAUD w Hôtel-Dieu. Klinicznie cierpienie wyrażało się porażeniem spastycznym z objawem WESTPHAL'a, z odruchem



Rysunek III.

wyprostnym palucha, zaburzeniami ruchowemi, czuciowemi i zwieraczy. U trzech chorych, gdzie cierpienie to przebiegało na tle przymiotowem, wzór histologiczny był jednojądrowy, u czwartego chorego, gdzie przyczyna cierpienia była niewiadoma, komórki jednojądrowe i wielojądrowe znajdowały się w ilościach różnych.

WIDAL i RAVAUT zanotowali dwa przypadki zapalenia oponowo-rdzeniowego w okresie zdrowienia po durze brzuszny. Obydwa przypadki pod względem klinicznym są prawie identyczne: chorzy mieli odruchy rzepkowe wzmożone, objaw WESTPHAL'a i bóle w dolnych kończynach.

W dwa miesiące po wystąpieniu objawów nerwowych płyn rdzeniowy chorych był zbadany pod względem cytologicznym. U pierwszego chorego była znaczna limfocytoza, u drugiego zaś płyn był normalny. Prawdopodobnie limfocyty z płynu zdążyły już zniknąć. Obydwa przypadki zakończyły się wyzdrowieniem.

(D. n.).

## DALSZE UWAGI NAD PORĄŻENIEM ASTENICZNYM, wraz z wynikiem badania pośmiertnego

JEDNEGO PRZYPADKU (D-R E. FLATAU).

Przez

S. GOLDFLAMA.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 1).

W końcu maja 1899 r. klucie w prawej połowie klatki piersiowej, dreszczyki, duszność i kaszel; chory często się pokładał, aż wreszcie wstąpił do szpitala św. Ducha, gdzie przebył około 9 dni, przy ciepłocie koło 38°. Następnie 13. VII. 99. zapisał się do szpitala Dz. Jezus z powodu trudności w żuciu, polykaniu i mowie, jak również z powodu osłabienia w członkach.

Badanie, dokonane przez kol. MĘCZKOWSKIEGO, dało w krótkości rezultat następujący. Wyraz twarzy zboląły, moralna depresja. Mowa ma charakter zlekka nosowy, który się wzmacnia przy dłuższem mówieniu; mowa wtedy staje się również powolniejszą, a ruchy warg słabną. Zmęczenie występuje prędzej przy żuciu, bo już przy 3 kęsie osłabienie tej funkcji jest widoczne. Objawy znużenia w kończynach z łatwością można spotęgować aż do chwilowego zupełnego porażenia. Pobudliwość mechaniczna mięśni zdaje się znacznie wzmożoną; lekkie uderzenie młotkiem perkusyjnym wywołuje drganie włókienkowe, po silniejszym zaś uderzeniu powstają wzniesione pręgi, znikające powoli.

Badanie klatki piersiowej dało wyniki obfite. Z przodu stłumienie, zaczyna się na *sternum* na wysokości 2 żebra, bieży na prawo pochyło ku dołowi, na linii mostkowej prawej znajduje się na 3 żebrze, w linii sutkowej prawej na 4, a dalej ciągnie się wzdłuż linii pachowej prawej przedniej; z lewej strony linia stłumienia na wysokości sutki przebiega na 2 palce w lewo od mostka, a na wysokości wyrostka mieczykowatego na 4 palce. W prawej linii pachowej średniej nieznaczne stłumienie w porównaniu z lewą stroną. W obrębie stłumienia szmer oddechowy jest bardzo słaby, a w okolicy prawej brodawki słycać tarcie opłucny zarówno przy oddechu, jak i podczas wstrzymania ruchów oddechowych. W prawej linii pachowej i pod prawą łopatką oddech osłabiony bez zmiany *fremitus vocalis*. Na miejscu tępości serca jasny ton płucny (z wyjątkiem małego paska na *sternum*). Uderzenie serca nie wyczuwalne. Pod 3 żebrzem tuż na lewym brzegu mostka szmer diastoliczny, tenże szmer mniej wyraźny w aorcie, zresztą tony bardzo głucho.

Tępość wątroby na trzy palce poniżej brzegu żeber.

Punkcye próbne w prawej linii pachowej i sutkowej pod 6 żebrzem dały rezultat ujemny.

19. VII. 99. Tarcie znikło, kaszlu i klucia nie ma, subiektywne polepszenie.

23. VII. 99. Szmer dyastoliczny trwa. Tętno 80.

26. VII. 99. Wypisany z polepszeniem.

Widziałem chorego 12. II. 1900 roku bardzo zmienionym, bladym, wychudzonym, gorączkującym. Tętno 120. Od czasu zasłabnięcia w maju 1899 roku nie może się poprawić; często kaszle, odczuwa duszność i rzę-

żenia w prawej połowie piersi, w krzyżu jest jakby przełamany, nie może się zgiąć, ani wyprostować, nie jest w stanie pracować i źle sypia. W tylnych dolnych odcinkach płuc rżenia trzeszczące, z tyłu na dole po prawej stronie lekkie stłumienie. Na całej przedniej prawej połowie piersi stłumienie jest absolutne, zaczyna się na obojczyku, zajmuje okolicę mostka, łączy się z tępością serca i wątroby i sięga aż do linii pachowej średniej. W obrębie tego stłumienia szmerów oddechowych nie słychać. Objawy wyczerpania występują szybko, zwłaszcza w nogach. Odruchy kolanowe nierównomierne, mianowicie prawy jest bądź silniejszy, bądź słabszy, bądź wreszcie nie daje się wywołać. Chory jest tak osłabiony, że, siadając, pomaga sobie rękami i długo siedzieć nie może. Męczy się szybko przy żuciu i nie może głowy utrzymać zupełnie prosto.

Na moje zlecenie chory wstąpił do szpitala, do oddziału kol. DUNINA 28. III. 1900 roku. Tu stwierdzono szybką wyczerpalność mięśni przy poruszeniach. Stan bezgorączkowy. Na mostku i brzuchu rozszerzone żyły; na wysokości 3 i 4 żebra klatka piersiowa jest jakby wypukłona. W obrębie wyżej opisanego stłumienia słaby oddech oskrzelowy i słaba bronchofonia; *fremitus vocalis* osłabiony. Przy punkcyi próbnej igła daje wrażenie przenikania w ciało zbite. Z tyłu na dole po prawej stronie oddech osłabiony pęcherzykowy. Duszność. Przy kaszlu nieco śluzowej plwociny. Rozpoznano nowotwór śródpiersia przedniego lub płuca.

Nic nie zwiastowało nagłego skonu, który nastąpił 12. IV. 1900. Jeszcze na dzień przed śmiercią chory przechadzał się po sali, rozmawiał z innymi, jadł z apetytem. Około 4 zrana, obudziwszy się, poskarżył się siostrze miłosierdzia, że mu jest niedobrze, i skonał.

Z protokołu sekcji wyjmuję jedynie rzeczy najważniejsze. Cały górny zraz i większa część średniego zraza prawego płuca zajęte są przez nowotwór, który w górnym zrazie jest w stanie rozpadu; w dolnym zrazie prawego płuca znajdują się liczne guzy twardo elastyczne, na opłucnie trzewiowej i ściennej także guzy aż do wielkości kasztana. *Synechia totalis pericardii*. Obducent, prof. PRZEWOSKI, uznał nowotwór za limfo-sarkomat, wszakże badania mikroskopowego nie dokonano. Błona śluzowa kiszek, zwłaszcza grubej, usiana bardzo licznymi, mocno powiększonymi gruczołami samotnymi. Gruczoły krezkowe umiarkowanie obrzmiałe. W układzie nerwowym makroskopowo nic nienormalnego, jedynie dość intensywne przekrwienie *piae matris cerebri* wraz ze zmętnieniem wzdłuż jej naczyń.

Mikroskopowo były zbadane, zarówno ustrój nerwowy, jak i obwodowy wraz z nerwami i mięśniami. Rdzeń pocięto na oddzielne odcinki i zbadano, stosując metody barwienia NISSL'a, MARCHI'ego i WEIGERT'a. Badania szczegółowe skrawków z rdzenia pacierzowego, zabarwionych według metody NISSL'a, wykazały normalną budowę komórek nerwowych. Ilość komórek nerwowych była zwykła, i ich forma zewnętrzna nie wykazywała zmian najmniejszych. Zarówno ciało komórek nerwowych, jak i wyrostki protoplazmatyczne zawierały dobrze zabarwione i niezmięcone ciała NISSL'a. Również normalny wygląd miały jądra komórek. Stan ten odnosi się zarówno do t. zw. komórek ruchowych rogów przednich, jak i do innych większych komórek istoty szarej rdzenia.

Skrawki rdzenia, zabarwione metodą MARCHI'ego, wykazały również budowę normalną. Wprawdzie stwierdzono w istocie białej rdzenia rozsiane bryłki czarne, jest to jednak zjawisko, które spostrzegać się daje w rdzeniu



zdrowym. Zwyródnień wtórnych z pewnością nigdzie nie było. Podkreślamy też fakt, że korzenie rdzeniowe pozostały nietknięte, zarówno w ich przebiegu zewnątrz — jak i wewnątrzrdzeniowym. W niektórych miejscach spostrzegano nieregularne bryłki czarne w korzeniach tylnych, lecz i to zjawisko stwierdzić można w rdzeniach zupełnie normalnych. Skrawki rdzenia, zabarwione metodą WEIGERT'a, nie wykazywały zmian żadnych.

Pień mózgowy pokrajano w kawałki, stanowiące nieprzerwaną seryę (od skrzyżowania się piramid aż do jądra nerwu okoruchowego).

Z metod barwienia zastosowano przeważnie metodę NISSL'a, oprócz tego — metodę MARCHI'ego. I tutaj również badanie drobnowidzowe nie wykazało najmniejszych zbożeń od budowy normalnej zarówno komórek nerwowych, jak i włókien.

Oprócz tego zbadano w przypadku tym korę mózgową (metodą NISSL'a i WEIGERT'a). Do badań użyto następujących części kory: *gyrus centralis ant. dexter*, *gyrus centralis post. dexter*, *gyrus frontalis inf. dexter*, *gyrus parietalis sup. dexter*, *gyrus centralis ant. sin.*, *gyrus frontalis inf. sin.*, *gyrus parietalis sup. sin.*, *gyrus temporalis primus sin.* Skrawki, zabarwione metodą NISSL'a, wykazały normalną budowę komórek. W skrawkach, zabarwionych według metody WEIGERT'a, stwierdzono najdelikatniejsze włókienka w powierzchownych warstwach kory mózgowej.

Z nerwów obwodowych użyto do badań drobnowidzowych *n. medianus sin.*, *n. radialis sin.*, *n. peroneus sin.* i *n. ischiadicus sin.* Na skrawkach, zabarwionych według metod MARCHI'ego, WEIGERT'a i van GIESON'a, stwierdzono budowę normalną.

\*

\*

\*

Powróćmy do kawałka lewego mięśnia naramiennego, wyciętego w lipcu 1898 r. Znalazłem w nim mnóstwo drobnych ognisk, składających się z małych komórek, ale wtedy nie nadarzyła się sposobność ogłoszenia o tem. Dopiero w roku 1900 — publikacya LAQUER-WEIGERT'a odnosi się do 1901 roku — pozwoliłem kol. URSTEINOWI, współpracownikowi polikliniki, uczynić o tem wzmiankę w jego doktorskiej dysertacji<sup>9)</sup>.

Na sekcji wzięto do badania następujące mięśnie: czworogłowy uda, łydkowy, naramienny, dwugłowy ramienia, zginacze przedramienia. Sposób postępowania, stwardniania, barwienia i t. d. był taki sam jak z mięśniem, za życia wyciętym, tylko dłużej leżały w płynie MÜLLER'a.

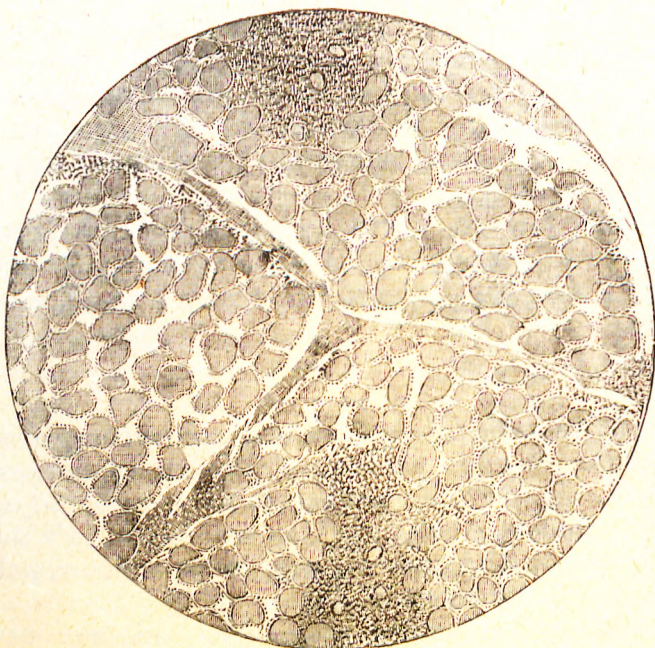
We wszystkich wzmiankowanych mięśniach, w jednych liczniej, w drugich skąpiej znaleziono też same ogniska, co i w mięśniu, za życia wyciętym. Są to przeważnie ograniczone, mniejsze i większe, w każdym razie mikroskopowe skupienia małych po większej części jednojądrowych komórek, podobnych do ciałek limfatycznych, wielojądrowe komórki znajdują się tylko w niewielkiej ilości. Jądra są przeważnie okrągłe, ale także wielokształtne. Ogniska leżą w przestrzeniach, wypełnionych przez śródmięszową tkankę łączną, są bądź okrągławe, podłużnoowalne, bądź podłużne i wąskie, trójkątne lub zębiaste. Wszystkie grupują się koło większych i mniejszych naczyń rozszerzonych i mocno krwią wypełnionych. Włókna śródmięszowej tkanki łącznej są przez te drobne komórki porozsuwane i jakby nieco zgrubiałe,

<sup>9)</sup> Ueber cerebrale Pseudobulbärparalyse. Inaugural Dissertation. Berlin. 1900. S. 159.

skutkiem czego tworzy się sieć podobna do sieci tkanki adenoidalnej. Naokoło każdego ogniska w szczelinach między włóknami mięsnymi znajdujemy dość znaczną ilość takich samych komórek. Włókna mięsne wydają się na poprzecznych przecięciach tylko w samych ogniskach zmienione, przykurczone i zanikłe, po za tem wszędzie ich prążkowatość jest dobrze zachowana i wydają się prawidłowemi. Pasożytów nie wykryto.

Rodzi się teraz pytanie, jak się na te zmiany w mięśniach zapatrywać, czy je uważać za zapalne, czy też jako przerzuty nowotworu płucnego, poczytanego przez prof. PRZEWOSKIEGO za *lympho-sarcoma*. Muszę wyznać, że nikt ze znawców, którym preparaty mikroskopowe okazywałem, nie był w stanie swego zdania wypowiedzieć, wobec braku badania mikroskopowego gu-

Fig. 1.



M. Deltoideus sinister (wycięty za życia). Haematoxylina i eozyna.  
Preparat wykonany przez panią d-r ZIELIŃSKĄ.

za płucnego, które jedynie mogłoby kwestyę rozstrzygnąć. Jeżeli się jednak zważy, że takimi ogniskami występujące mikroskopowe zapalenia w mięśniach są czemś niezwykłym, że za życia nie było żadnych objawów zapalnych — między przyżyciowem stwierdzeniem zmian w mięśniu a zgonem pacyenta leżał okres czasu, wynoszący  $1\frac{3}{4}$  roku, że o sprawach septycznych w danym przypadku mowy nie było, że badanie na drobnoustroje dało wynik ujemny, to skłonni będziemy do przypuszczenia, że odnośne ogniska są raczej przerzutami guza płucnego.

Kwestya ta nabiera dopiero donośnego znaczenia w świetle badań WEIGERT'a (Neurol. Centr. 1901. Nr. 13). Znalazł on w przypadku myastenii, rozpoznanej przez LAQUER'a, w którym jak zwykle układ nerwowy nie przedstawiał i drobnowidzowo żadnych zmian, nowotwór grasicy. Obok swobodnie leżących mikroskopowych wylewów krwi, znalazł w niej większe i mniejsze wysepki miąższowe, złożone przeważnie z drobnych komórek, zawierających jedno okrągłe jądro. Są to limfoidalne komórki, stanowiące główną masę normalnego gruczołu. Skąpiej reprezentowane były bogate w protoplazmę

komórki o wielkim bladym jądrze, t. zw. twory epiteloidalne, również w normalnym gruczole napotykanie. Nakoniec znalazł owe warstwowo poukładane okrągłe masy komórkowe, t. zw. ciała HASSAL'a, osobliwie dla *thymus* charakterystyczne.

Szczególne zainteresowanie wzbudziły mikroskopowe zmiany w mięśniach, które makroskopowo wydały się prawidłowymi. Zachowano tylko kawałki naramiennego i przepony „dla sumienności“. W wielu miejscach *perimysium ext. et internum*, gdziekolwiek wąskimi wypustkami wrastając między włókna mięsne, znaleziono, w połączeniu z mikroskopowymi wylewami krwi, wielkie skupienia komórek, podobnych do opisanych powyżej w gruczole. I tu owe drobne limfatyczne komórki miały przewagę, a większe epiteloidalne znajdowały się tylko w niewielkiej liczbie. Ciałek HASSAL'a wcale nie było.

Fig. II.



M. quadriceps cruris sin. Preparat wykonany przez panią d-r ZIELIŃSKĄ.

WEIGERT zapatruje się na skupienia komórkowe jako na przerzuty mięśniowe złośliwego nowotworu grasicy.

Wspomina on dalej o ciemnym dyagnostycznie przypadku u 35 letniego mężczyzny, u którego rozpoznanie wahało się między guzem mózgu, porażeniem opuszkowym i *myasthenia gravis*, gdzie okazał się guz śródpiersia o podobnych powyższemu właściwościach. W mięśniach przy preparacie zachowanych (gardziel, serce, szyjowe przednie) nie znaleziono ognisk komórkowych. W rdzeniu badanie drobnowidzowe zmian nie wykryło.

Przyznać należy, że istnieją analogie między wynikami pośmiertnego badania w przypadku LAQUER-WEIGERT'a i moim. Tu i tam znaleziono nowotwór, w przypadku WEIGERT'a złośliwy guz grasicy, w moim nowotwór płucny, który się makroskopowo jako *lympho-sarcoma* przedstawiał — niestety,

nie ma w protokóle sekcyjnym wzmianki o grasicy, co byłoby ważne, ze względu na twierdzenie WEIGERT'a, iż wielkie guzy śródpiersia mają za punkt wyjścia także grasicę, tu i tam są skupienia drobnych komórek w mięśniach, które w przypadku WEIGERT'a poczytać należy za niewątpliwe przerzuty, w moim to twierdzenie tylko z zastrzeżeniem wyrazić można, z powodu braku drobnowidzowego badania pierwotnego guza w płucu. Różnicę w obrazie mikroskopowym skupień komórkowych łatwo wytłumaczyć różnością pochodzenia i budowy pierwotnego guza w płucu.

Jeśli więc wydaje się pewnem, że w dwóch niewątpliwych przypadkach myastenii znaleziono na zewnątrz nietkniętego układu nerwowego zupełnie analogiczne zmiany — nowotwory i przerzuty ich w mięśniach, natenczas rodzi się pytanie, jakie znaczenie im przypisać należy w stosunku do myastenii. Zgodzić się trzeba ze zdaniem WEIGERT'a, że tak obfite nagromadzenie obcych komórek nie może pozostać bez wpływu (biologiczno-chemicznego lub mechaniczno-cyrkulacyjnego) na funkcję mięśni, istotnie, objawy myastenii są przeważnie zaburzeniami czynności mięśniowej. Z drugiej strony w innych przypadkach myastenii nie znaleziono na sekcji tych zmian w mięśniach, nie znalazłem ich również w innym przypadku w mięśniu, za życia wyciętym. WEIGERT przypuszcza też, że skupienia komórek nie są warunkiem koniecznym dla powstania zaburzeń ruchowych przy obecności zmian w grasicy. Mogą wtedy grać rolę owe zagadkowe, nieznane nam wytwory przemiany materii. Gdy dla gruczolu tarczowego konieczna dla normalnego przebiegu czynności jest obecność dostatecznie dużej cząstki gruczolu, to dla grasicy właśnie brak lub nikłość prawidłowego mięszu byłaby po ukończeniu wzrastania dla zdrowia pomyślna.

Tym roztrząsaniom nie można odmówić uzasadnienia, zwłaszcza z uwagi na przypadek WEIGERT'a, wszakże uogólnić ich nie można, ponieważ przy badaniu pośmiertnem w większości przypadków myastenii nie znaleziono żadnych zmian, ani nowotworu, a w tych przypadkach, w których się nowotwór okazał, tenże był różnej doniosłości i o różnem umiejscowieniu. Na kombinację zresztą myastenii z nowotworami już inni autorowie zwracali uwagę.

(C. d. n.).

## 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)

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 1).

Zachodzi teraz ważniejsze pytanie: czy można uważać za prawdę, iż istota nerwic czynnościowych jest taka, jak przedstawia d-r DUNIN, a właściwie, jak chcą pp. JANET, MOEBIUS i inni. To jest: czy całą treścią, pierwotnem zaburzeniem, najwyższym momentem chorobowym są w tych cierpieniach zmiany psychiki we względnie wyobrazeniowym oraz ze strony woli, tak że wszelkie inne zmiany, a specjalnie objawy fizjologiczno-somatyczne są tylko objawami wtórnymi i skutkiem tych zmian psychiki? Czy jest prawdą — innemi słowy — że nerwice czynnościowe są chorobą „psychiczną“, jak je nazywał CHARCOT?

Radbym bardzo dowiedzieć się od pp. JANET'a, MOEBIUS'a, a zarazem od d-ra DUNINA, co należy pojmować pod nazwą choroba „psychiczna“. Wypada

nieraz, iż autorzy ci rozumieją nazwę tę dosłownie. A więc w takim razie, jeśli całą istotą nerwic są nieświadome czy świadome wyobrażenia, zmiany woli, to wszelkie te „zmiany“ są przecież przejawami owego x, które nazywa się „duszą“. Wypada tedy, iż nerwice czynnościowe są chorobami „duszy“. Owszem — chorowała dla medyków i dusza, ale w tych czasach, kiedy medycyna znajdowała się w objęciach teologii. Obecnie zaś po usunięciu nadnaturalizmu z dziedziny „nauki“ — czym jest „dusza“ przy naszych rozstrząsaniach poznawczych? Jest to tylko pojęcie metafizyczne. Nerwice czynnościowe są tedy w myśl wywodów psychologicznych neuropatologów chorobami... pojęcia metafizycznego!

Jest to absurd. Wątpię też, by do takiego pojmowania chorób „psychicznych“ zechcieli przyznać się świadomie JANET, MOEBIUS i inni oraz ich gorący adherent — d-r DUNIN. Możemy właściwie usłyszeć od nich tylko jedną „racjonalną“ odpowiedź; nerwice czynnościowe są to choroby „ośrodków nerwowych“ (mózgu i rdzenia). To jest: usłyszymy odpowiedź, którą dają nam na ogół współcześni psychiatrzy względem swych chorób „umysłowych:“ z temi, jak wiadomo, poszczególne przypadki histero-neurastenii silnie graniczą. I będzie to odpowiedź wedle ducha, jeśli nie współczesnej, to bardzo niedawnej epoki w medycynie: przypomnę, jak usilnie starali się i starają nietylko psychiatrzy, ale i neuropatolodzy znaleźć „podłoże anatomiczne“ w postaci zmian komórkowych w mózgu w przypadkach wielu cierpień umysłowych i nerwic.

Z niektórych ustępów pracy d-ra DUNINA wolno przypuszczać, iż i on nie inaczej pojmuje „*primum movens*“ nerwic czynnościowych. Znajdziemy — mianowicie — tu i owdzie zwroty mowy, odpowiadające pojęciom anatomicznym: są wzmianki i o „stanie komórek mózgowych“ i o „odżywianiu“ tych komórek i t. p. Zapewne, nie mogę zaręczyć, iż zwroty te napewno oznaczają u d-ra DUNINA to, co przypuszczam. W tem miejscu podkreślić muszę właśnie jedną okoliczność: sposób wyrażania się jest wielokrotnie w pracy naszego autora taki, iż niema żadnej pewności, czy różne zwroty i wyrażenia są odzwierciedleniem istotnych pojęć autora, czy też istnieją „tak sobie“ — może tylko w celu powiązania oddzielnych zdań i ustępów.

W każdym razie odpowiedź, iż choroby „psychiczne“ są to choroby ośrodków nerwowych jedynie umożliwi dalsze porozumienie się. Odpowiedź taka — dodajmy — wykaże poczucie jedności wiedzy (wedle punktów widzenia anatomicznych); co najważniejsza, nerwice czynnościowe stają się wtedy, jak wszelkie inne choroby, w pierwszej linii zaburzeniami wegetacyjnymi, cierpieniami ciała, a nie jakiegoś mistycznego x. Zapewne, przy obecnym stanie wiedzy znajdują się zaraz materiały wskazujące, iż, jeśliśmy nawet znaleźli w nerwicach zmiany komórkowe w ośrodkach nerwowych, to nie można zmian tych uważać za moment najwyższy, za pierwszy i bezpośredni skutek czynnika chorobotwórczego.

Pozostawmy jednakże tymczasem na punkcie widzenia, iż nerwice czynnościowe są chorobami mózgu i rdzenia. Czemże są wtedy histero-neurasteniczne świadome i nieświadome wyobrażenia, wogóle zmiany psychiki? Oczywiście niczem innym, tylko rzeczą w t ó r n ą, z e w n ę t r z n ą stroną choroby, t. j. jej o b j a w a m i. A więc tem samem i upada twierdzenie d-ra DUNINA, by leczenie „psychiczne“ nerwic czynnościowych było „jedynie racjonalne“. Jest to tylko leczenie o b j a w o w e, skierowane przeciw elementom wtórnym w chorobie, ale nie przeciw jej zasadniczej szkodliwości, którą, że powtórzmy, wedle pojmowania anatomicznego będą zmiany komórkowe.

Znowu wypada z wielu ustępów, iż d-r DUNIN, jeśli nie uświadamia sobie dokładnie, to przynajmniej odczuwa powyższy stan rzeczy względem własnych wywodów. A więc mówi on w jednym miejscu: „leczenie hipnotyczne stanowi najprędszy i najpewniejszy sposób usunięcia objawów histerycznych“ (str. 63). W innym czytamy zdania zupełnie wyraźne, ale jednocześnie wprawiające — w zdumienie. „Czytelnik niewątpliwie zauważył, że dotychczas mówiłem jedynie o usuwaniu objawów histeryi, a nie o leczeniu histeryi. Czy te dwa pojęcia nie są równoważne? JANET twierdzi, że nie; porażenia, skurcze, ataki i t. p. są to tylko zewnętrzne objawy“ (str. 68). Jakto? Czy nieidentyczność objawów choroby z jej istotą jest dla autora tak mało znaną prawdą, iż idzie po nią aż do JANET'a? Czyż nie jest to wprost aksjomatem w medycynie? Zobaczmy, co odpowiada JANET d-r DUNINOWI. „Choroba leży głębiej i polega przedewszystkiem na owym ograniczeniu pola świadomości (rétrécissement du champ de la conscience), o którym wyżej była mowa, a które sprowadza brak syntezy psychologicznej“... „Ten stan jest gruntem, na którym powstać może już stałe rozdwojenie osobowości, będące bezpośrednią przyczyną objawów histerycznych“. I dalej przytacza d-r DUNIN zdania BREUER'a przeciw temu pogładowi oraz sądzi sam, iż „pojęcie JANET'a jest zbyt ogólne i nieokreślone“: „dla mnie histerya jest równoznaczna z rozdwojeniem osobowości i niem się zaczyna“ (str. 69). A więc słyszymy od autora znowu coś innego względem istoty histeryi, niż w tem miejscu, kiedy wyprowadzał on z pojęcia choroby jej leczenie! I w rezultacie nie wiemy, czego się trzymać za autorem, tembardziej, iż ustęp cytowany kończy on „wnioskiem“... do którego nie mogłem wynaleźć uprzednich przesłanek: „z tego wynika, iż nie ma innego leczenia rozwiniętej już histeryi, prócz tego, jakie wyżej podaliśmy“ (str. 70). To jest w rezultacie nie wiemy: czy leczenie hipnotyzmem w histeryi jest dla d-ra DUNINA tylko leczeniem objawowem, czy też „racyonalnem“, jak zapewniał poprzednio. Widocznie, jak kto chce — do wyboru!

Znowu można powiedzieć: chodzi tu o różnice teoretyczne. Zaraz zobaczymy i ważne różnice praktyczne. Najpierw jednak pozwolę sobie wypowiedzieć kilka własnych uwag, by jeszcze bardziej uwydatnić czytelnikowi, co może być warte pojmowanie psychologiczne istoty nerwic czynnościowych.

Otóż zupełnie jest zrozumiałem, skąd i dlaczego istnieje pojmowanie histero-neurastenii jako choroby „nerwowej“, czy „psychicznej“, nawet choroby „mózgu“. Są tu wogóle pierwociny pojmowania naukowego. Zawsze poznanie przedmiotu zaczyna się od jego cech zewnętrznych, najgrubszych, od cech, że powiem, makroskopowo wpadających do umysłu badacza. Zwykle też na początku poznawania patologicznego pewien wybitny objaw chorobowy jest „całą“ chorobą zarówno dla lekarza, jak dla chorego, t. j. identyfikuje się zewnętrzną stroną choroby z jej istotą. W poszczególnych przypadkach nerwic czynnościowych cechami najgrubszymi, najłatwiej trafiającymi do umysłu są — istotnie — pewne odmienności psychiki chorego. To też już w wiekach średnich, nawet jeszcze na początku wieku XIX, stała się histerya chorobą „duszy“, opętaniem przez dyabła. Kiedy zaś „dusza“ przestała być przedmiotem nauki, jest histerya chorobą „nerwową“, jako iż przedstawia objawy ze strony ośrodków „nerwowych“. Z drugiej strony staje się ona także chorobą „psychiczną“ wobec zaburzeń „psychiki“, która w myśl poglądów materialistycznych jest „produktem“ mózgu. Ergo podstawą zaburzeń psychicznych są zmiany mózgowe.

Rozpowszechnieniu różnych powyższych pojęć, a raczej ich nazw — same pojęcia były i pozostają mało określone, mętne, prowadzące do absurdów — sprzyjała niewątpliwie jedna uboczna okoliczność — a mianowicie dostanie się

nerwic czynnościowych w ręce „specjalistów”. Jak każdy specjalista, tak i specjalista nerwowy za najbardziej godne uwagi i opracowania naukowego uważał właśnie „swoje” objawy, t. j. objawy „nerwowe”. Zwracały też jego uwagę przedewszystkiem przypadki z wybitnie wyrażonymi objawami „nerwowymi”, a nawet „psychicznymi”, t. j. przypadki, stojące już na granicy choroby umysłowej. Przypomnijmy sobie my wszyscy, którzy już kilkanaście lat jesteśmy lekarzami, o jakiej to „hysterii” dowiadaliśmy się w początkach naszej działalności zawodowej niemal wyłącznie z pism autorów francuskich, jakie przypadki staraliśmy się odnajdywać w klinice, czy szpitalu, jakie uważaliśmy za jedynie godne bliższej uwagi? A więc — „wielka” histerya z „klasycznym” napadem — z drgawkami, łukiem, pozami namiętne, następczem bredzeniem i t. p. Niestety! gratki tego rodzaju stosunkowo rzadko zdarzają się lekarzowi ogólnemu nie tylko na sali szpitalnej, ale i przy dużej praktyce prywatnej. Dużą liczbę takiego rodzaju chorych można było widzieć dopiero w klinice CHARCOT’a, który posiadał specjalny zbiór, a ściślej mówiąc, specjalną hodowlę „wielkiej” histeryi. Szukając zaś prawie tylko takiej z wytężoną uwagą, pozostawialiśmy całe dziesiątki, nawet setki przypadków histeryi „małej” poniekąd na uboczu. Część tych przypadków stała się „neurastenią”, kiedy zaczęło być głośniej o BEARD’zie; część zaś, nawet przeważna większość, bywała „katarami” żołądka, czy chorobą serca, czy cierpieniem jajników i t. p.

Słusznie zwraca d-r DUNIN w jednym miejscu uwagę, że wielu lekarzy nie umie dokładniej rozpoznawać nerwic czynnościowych, bierze je często za cierpienia organiczne, a jak dodam, nieraz za „anemię”, nawet za „malaryę”. Ale pytam się, gdzie mają się oni nauczyć tego rozpoznawania, szczególnie lekarze nasi, [skazani podczas studyów uniwersyteckich na niemal wyłączne kierowanie się książką. W książkach tych, tymczasem, znajdują się na pierwszym miejscu właśnie opisy histeryi „wielkiej”, opisy w myśl pojęcia tej choroby, jako choroby „psychicznej”, czy „nerwowej”, opisy, suggestyonujące usilnie czytelnika w tym kierunku i skierowujące jego uwagę przedewszystkiem na objawy z „centrum”, czy też z „psychiki“...

Fizyonomia naukowa histeroneurastenii z ostatniego lat dziesiątka może się przyczynić nie tylko że nie do zmniejszenia, ale przeciwnie do zwiększenia poglądów tego gatunku. Wyczerpano poniekąd symptomatologię kliniczną nerwic czynnościowych, naturalnym rzeczą biegiem idziemy głębiej. Idziemy w kierunku, który narzucał się neuropatologom, że powiem, instynktowo i bezpośrednio — a więc w kierunku psychologicznym. Zabrano się gruntownie do opracowywania psychologii osobników z objawami histero-neurastenicznymi, i w tym względzie prym trzymają P. JANET, który napisał duże dzieło: „L’état mental des hystériques” (1894), dalej lipski neuropatolog P. J. MOEBIUS, nb. bardziej zręczny pisarz, niż samodzielnie myślący lekarz, dalej BINSWANGER, S. FREUD i inni.

Prace tych autorów są niewątpliwie bardzo cenne — ale przedewszystkiem dla czystej nauki psychologii. Znajdzie ona — głównie w dziele P. JANET’a — dużo pożytecznych materyałów dla siebie, dla rozwiązania różnych swych pytań naukowych. Żałować należy, że dotychczas niema badań psychologicznych tego rodzaju nad innymi kategoriami patologicznymi, np. nad chorobami gorączkowymi, w których psychika, jak wiadomo, także niezmiernie często modyfikacye wykazuje. I z takich badań mogłaby psychologia czysta dla siebie pożytek wyciągnąć.

Co się jednak tyczy medycyny, to badania psychologiczne nad histero-neurastenią przyczyniają się najpierw tylko do zwiększenia nieokreślonych zapatrywań na nerwice, jako na choroby „psychiczne”. Trudno się oprzeć takiemu wrażeniu i sugestyi, trudno pomyśleć, iż cała treść realna i faktyczna tych chorób nie polega na zboczeniach psychiki, skoro ciągle słyszy się i czyta rozprawy w tym kierunku. Staje się też dla niejednego, jak i dla d-ra DUNINA, histero-neurastenia już nie chorobą psychiczną, ale właściwie „psychologiczną”. Trudno tak nie mniemać, jeśli JANET wprost i wyraźnie powiedział, iż istota tej choroby polega na „ograniczeniu pola świadomości” — czyli jest kategorią psychologiczną!

Ale chociaż powiedział to p. JANET, gdzie jest dowód, iż szkodliwością pierwotną w nerwicy, skutkiem bezpośrednim czynnika chorobotwórczego jest zaburzenie „psychiki”. Nie mogliśmy przecież znaleźć żadnego punktu wyjścia do takiego twierdzenia zarówno u JANET'a, jak u d-ra DUNINA. Zapewne można sobie stawiać dogmaty apriorystyczne, ale cóż są warte takie dogmaty w nauce. Prowadzić one tylko mogą do tego, czego nauka stara się unikać, t. j. do zwiększenia liczby pojęć metafizycznych, a właściwie do zwiększenia liczby beztreściowych frazesów, ku omówieniu różnych następczych sprzeczności służących.

Jeśli zaś to ma być dowodem, że w t. zw. nerwicach spostrzegamy objawy „nerwowe” czy „psychiczne”, to na tej samej zasadzie jest chorobą „psychiczną” bredzenie chorych gorączkujących (co też i przyjmowano w wiekach średnich), a chorobą „nerwową” napad drgawek mocznicznych. Ma wtedy rację i p. OCHOROWICZ, dla którego cholera jest tylko chorobą „nerwową”. Istotnie widział on różne psychiczne objawy w społeczeństwie podczas epidemii cholery, a w ich następstwie — zapadnięcia na cholere pojedynczych jednostek. Mylił się on, jak dobrze wiemy; a mylił się dla tego, iż oprócz przejawów psychicznych podczas cholery nie znał, czy nie chciał uznać faktów innego rodzaju.

To samo jest błędem podstawowym neuropatologów psychologicznych. Nie widzą oni, a z nimi i d-r DUNIN, czy nie chcą zupełnie widzieć cokolwiek poza swymi objawami „nerwowymi” i „psychicznymi”. A tymczasem, czyż istotnie dla nieuprzedzonego spostrzegacza obraz kliniczny histero-neurastении składa się wyłącznie z takich objawów, czy zawsze i bezwzględnie tylko takie objawy d o m i n u j ą w obrazie chorobowym? Bywa, nieraz, właśnie przeciwnie — do tego stopnia, iż niejednemu, szczególnie mniej obeznanemu z nerwicami, wydaje się wprost nieprawdopodobnem pochodzenie „czynnościowe” pewnego porażenia, przykurczenia i t. p. właśnie dla tego, iż nic wybitnego nie można stwierdzić ze strony psychiki.

A cóż znaczy powstawanie tak wielu przypadków nerwicy pod wpływem czynników czysto materialnych (zatrucia, poronienia i t. p.) cóż znaczą —dalej— tak częste objawy czysto wegetacyjne w nerwicach czynnościowych, — i „*hyperaciditas*” lub „*anaciditas*”, poty, szybkie chudnięcie, osady w moczu, *hyperglobulia* we krwi, „*enteritis membranacea*” — ów „soliter” wielu histeryczek, cierpienie, które u nie-neuropatów chyba się nie zdarza i t. d. i t. d. Śmiem twierdzić, iż każdy, kto bacznie śledzi swych chorych, dojrzy w niejednym przypadku więcej tych objawów „nienerwowych”, niż „nerwowych”.

Naturalnie, można powiedzieć: są to „nieczyste” przypadki. Pokażcie więc przypadek „czysty”! I w takim „czystym” zawsze odnajdzie się coś „nieczystego”. A z drugiej strony, czy bardzo jest zrozumiałe i przekonujące powiedzenie, iż np. *hyperaciditas* lub *hyperglobulia*, czy „*enteritis membranacea*” jest



następstwem... „ograniczenia pola świadomości“ lub też „rozdwojenia osobowości“...

Powiedzieć, zapewne, „wszystko można. Mówi też JANET, a powtarza za nim d-r DUNIN, iż np. zwężenie pola widzenia w histeryi jest następstwem „ograniczenia pola świadomości“. Na to zauważę, że rzeczywiście zastanawiać może odwaga, z jaką JANET i nasz autor z pojęć jednej kategorii, pojęć psychologicznych, wyprowadzają wnioski pojęciowe kategorii fizyologicznej. Dla mniej obeznanych z przedmiotem dodam—co mi zresztą potwierdzi każdy teoretyk poznania — iż jest to taki porządek, jak np. dodawanie dwóch bułek z trzema jabłkami.

Owszem — zaraz można przywołać na ratunek doświadczenia z hipnotyzmem. Istotnie w stanie hipnotycznym udaje się przez sugestję (nakaz) sprowadzać różne objawy somatyczne, jak znieczulenia, porażenia, skurcze i t. p., t. j. objawy, spostrzegane w nerwicach. Z drugiej strony ogólny stan psychiczny tych chorych wielokrotnie bardzo przypomina stan somnambulizmu hipnotycznego. Okoliczności takie mogą też uprawniać do twierdzenia, iż objawy histeryczne czy neurasteniczne powstają na drodze „psychicznej“.

Możliwości takiej przeczyć nie wolno, i piszący te słowa zechce jej przeczyć chyba jeszcze mniej, niż ktokolwiek inny. Ale by dedukować wszelkie objawy nerwicowe ze zmian stanu psychicznego, by twierdzić, iż w danym przypadku nerwicy zwężenie pola widzenia, czy znieczulenie połowiczne i t. p. pochodzą li tylko ze zmian psychiki — do tego jeszcze bardzo daleko.

Doświadczenia z hipnotyzmem mają niewątpliwie bardzo ważne znaczenie. Uwydatniły one, bowiem, *in flagranti* znaczenie poruszeń psychicznych dla życia fizyologicznego, innemi słowy — znaczenie i wpływ życia „duchowego“ na życie „wegetacyjne“. Wiedziano i wierzone w to już dawniej: to też jeszcze przed doświadczeniami hipnotycznymi przekonani byliśmy o tem, iż poruszenia psychiczne mogą być powodem, czy nawet „przyczyną“ wegetacyjnych zaburzeń funkcji. Jednakże dowodów tego tak rażących, jakich dostarczył hipnotyzm, może przedtem nie posiadano. Natomiast znano chyba więcej przykładów charakteru odwrotnego, to jest, wykazujących znaczenie i wpływ zmian życia wegetacyjnego na życie psychiczne.

Istnieje niezawodnie zobopólny związek i zależność pomiędzy życiem wegetacyjnym i życiem psychicznym (i odwrotnie) jednostki. Istnieje i pewien paralelizm pomiędzy temi dwiema rzeczami. Obecnie przedstawiamy sobie sprawę tak, że pewnemu określönemu stanowi psychicznemu odpowiada pewien określony stan fizyologiczny kory mózgowej, czyli i odwrotnie — że pewien określony stan fizyologiczny tej kory prowadzi za sobą odpowiednią i określoną zmianę psychiki.

W myśl tych postulatów, sprowadzając za pomocą hipnotyzmu pewną zmianę somatyczną, bynajmniej nie wyobrażamy sobie, by odbywało się to, że tak powiem, bezpośrednio. Przeciwnie uznać musimy, iż zmiana psychiki (sugestia) sprowadza np. znieczulenie zawsze przy obecności, *resp.* za pośrednictwem odpowiedniej dla siebie zmiany fizyologicznej w korze mózgowej. To samo musimy przyjąć i względem nerwicy w razie twierdzenia, iż pewien jej objaw somatyczny jest „skutkiem“ pewnej zmiany psychiki.

To ostatnie, powtarzam, jest zupełnie możebne, szczególnie, jeśli już rozwinął się u osobnika pewien łańcuch zaburzeń psychicznych. Ale, chcąc twierdzić, iż takim jedynie i wyłącznie jest sposób powstawania wszelkich objawów nerwicowych, że tak sprawa stoi w danym konkretnym przypadku — do tego

nieodzownie potrzeba czegoś więcej — oprócz dogmatycznego twierdzenia. Potrzeba, mianowicie, najpierw wyłączenia, iż w chorym ustroju nie istnieje „coś trzeciego“, moment wyższy, który warunkuje pewną zmianę fizyologiczną kory mózgowej i przez to sprowadza jednocześnie objaw somatyczny i odpowiednią do zmiany kory — zmianę psychiki. Nic też nie jest niemożliwego, że np. znieczulenie połowiczne pochodzi od ograniczonego skurczu naczyniowego w pewnej okolicy mózgowia, co jednocześnie warunkuje zmianę fizyologiczną na obwodzie i odnośną zmianę psychiki.

Tego rodzaju wyłączeń nie dostarczają zupełnie pp. JANET, MOEBIUS, a tem mniej dr DUNIN. A po drugie — dla ich twierdzeń o „czysto-psychicznym“ pochodzeniu objawów nerwicowych nieodzowne są jeszcze inne dowody. Trzeba mianowicie wykazać, iż pewien stan psychiczny zawsze poprzedza wystąpienie pewnego objawu somatycznego, że przy znikaniu tego stanu znika i ten objaw, dalej, iż dany objaw nie istnieje w innego rodzaju stanach psychicznych.

Zamiast tego wszystkiego znajdujemy dedukcyę tego rodzaju, iż . . . zwężenie pola widzenia jest „następstwem“ ograniczenia pola świadomości. Takich dedukcyi z psychologii na fizyologię niewolno zupełnie robić z tego zasadniczego względu, iż choć znamy zależność pomiędzy życiem psychicznem i fizyologicznem, to bezpośredni związek pomiędzy jednym a drugim jest dla nas zupełną tajemnicą. Możemy też badać tylko równolegle te dwie rzeczy i ustalać zależność pomiędzy nimi tylko empiryczno-indukcyjnie. Dedukcyjnie zaś wolno dotychczas wyprowadzać nam wnioski w zakresie tylko jednej kategorii, to jest, albo psychologicznej, albo fizyologicznej; możemy więc wnioskować tylko, iż pewien objaw psychiczny jest następstwem tej a nie innej zmiany psychicznej (wedle poznanych praw psychologicznych), ale niewolno wyprowadzać wniosków, iż taki a taki objaw somatyczny jest skutkiem takiej zmiany psychicznej, dopóki (obok omawianego wyłączenia) nie zostało to ustalone empirycznie. Dlatego to wyprowadzanie zależności tego rodzaju, jak zwężenie pola widzenia z ograniczeniem pola świadomości jest logicznym nonsensem.

(D. n.).

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 3 grudnia r. z.

TREŚĆ: 1) Dyskusya nad drugą częścią odczytu M. BIRO; 2) A. SOKOŁOWSKI — „Kilka uwag w sprawie etiologii i leczenia astmy oskrzelowej“.

1) Kol. WISŁOCKI najpierw podnosi sprawę etiologii padaczki i twierdzi, że ponieważ na te same bodźce jedne osobniki reagują napadem padaczkowym, drugie zaś nie, to istotnej przyczyny choroby szukać należy w tem, co stwarza specjalne usposobienie do drgawek. Istnieje tu analogia do idiosynkrazji, których istoty nie znamy. To samo stosuje się i do padaczki JACKSON'owskiej. W sprawie leczenia padaczki W. podnosi 3 punkty: 1) leczenie operacyjne padaczki, 2) organoterapię tego cierpienia, 3) metody RICHER'a i TOULOUSE'a. Zbyt optymistycznie zapatrywano się na operacyjne leczenie padaczki JACKSON'owskiej. KOCHER z Berna w r. 1899 na podstawie otrzymanego materiału statystycznego dowiódł, że po krótkotrwałej poprawie padaczka w tych razach wracała z większą gwałtownością. DIEULAFOY i PITRES zmniejszają znaczenie padaczki JACKSON'owskiej dla sprawy lokalizacji mózgowych. Co się tyczy orga-

noterapii, to podług MAURET'a niektóre ze stosowanych wyciągów nic nie pomagają, inne nawet szkodzą. W ostatnich czasach lekarz rosyjski LION zaleca leczenie padaczki opocerebryną — ciałem, wydobytem z szarej substancji mózgu. Dobre wyniki widziano po stosowaniu diety mleczno-owocowej lub mleczno-roślinnej, z używaniem do solenia, zamiast chlorku sodu, bromku sodu. Jest to więc dyeta, proponowana już dawniej przez kol. W. w r. 1899.

Kol. ORŁOWSKI podnosi sprawę leczenia padaczki za pomocą hipnotyzmu. Metodę tę z dobrym wynikiem począł stosować 1-szy lekarz WETTERSTRAND ze Sztokholmu. *A priori* możnaby metodzie tej nie odmawiać znaczenia, gdyż wiele napadów powstaje na drodze urazu psychicznego. O. powołuje się na własne próby, czynione z pomyślnym wynikiem w tym kierunku, zwłaszcza na jeden przypadek ciężkiej padaczki, niemal że wyleczony przynajmniej na dłuższy czas za pomocą hipnozy.

Kol. BORSUK wspomina o dwóch przypadkach padaczki J. JACKSON'owskiej, leczonej przez niego na drodze chirurgicznej. W jednym ataki powróciły po 4-ach latach, w drugim po pewnym czasie wystąpił połowiczny niedowład kończyn.

Kol. BIRO w odpowiedzi zaznacza, że w sposobie leczenia padaczki metodą TOULOUSE'a i RICHET'a tkwi pogląd, wypowiedziany przez kol. WISŁOCKIEGO. O niewypróbowanych środkach organoterapeutycznych umyślnie zamilczał. O leczeniu suggestyjnem padaczki wspominał przelotnie ze względu na przedyskutowanie tej metody leczenia na IX-ym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

2) Kol. A. SOKOŁOWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Kilka uwag w sprawie etiologii i leczenia astmy oskrzelowej“.

We wstępie podaje autor główne teorye patogenezy astmy, począwszy od WILLIS'a, który w wieku XVII cierpienie to bliżej określił, a dalej przechodzi do zmian anatomo-patologicznych, spotykanych w astmie. Następnie autor rozpatruje etiologię astmy oskrzelowej, wskazuje na ważne znaczenie dziedziczności, wspomina o wpływie wieku, płci i zajęcia na częstość występowania tego cierpienia. W dalszym ciągu rozbiera autor pewne momenty przyczynowe, mogące wywołać u usposobionych ku temu osobników napady astmatyczne. Mówca uwzględnia wpływy teluryczne, wpływ pór roku, znaczenie t. zw. przeziębień, wpływ ciąży i okresu klimakterycznego. Obszerniej rozbiera autor stosunek astmy do różnych cierpień jamy nosowej. Zdaniem mówcy, napady astmy mogą być wywołane przez cierpienie nosa. Liczba jednak przypadków wyleczeń astmy po usunięciu zmian w nosie jest niesłychanie mała w stosunku do olbrzymiej liczby dokonanych rękoczynów. Z kolei następuje opis samego napadu astmatycznego ze wszystkimi towarzyszącymi mu objawami. Dalej rozbiera autor perydyczność napadu, objawy kataru oskrzeli i cechy znamienne płwociny astmatyków. Ze stanowiska praktycznego autor dzieli przypadki astmy na 3 kategorie: 1) napady bez następstw, 2) napady z następczem niedomaganiem, 3) przypadki astmy chronicznej. Dalej podniósł autor odmienne cechy astmy oskrzelowej u dzieci, poruszył poronną i skrytą postać astmy. W rozpoznaniu różniczkowem autor rozpatrzył: 1) t. zw. astmę sercową, 2) astmę nerkową, 3) duszność, pochodzącą z niestrawności, 4) astmę letnią, 5) duszność pochodzenia noso-gardzielowego, 6) astmę histeryczną, 7) duszność, towarzyszącą cierpieniu niektórych ośrodków nerwowych, 8) duszność u dzieci, zależną od ostrego kataru oskrzeli włosowatych. W końcu mówił autor o rokowaniu i leczeniu astmy oskrzelowej. Poddawszy krytycznemu rozbirowi wartość leczniczą najrozmai-

tszych specyfików, używanych w tej chorobie, autor przedewszystkiem podaje szereg środków i metod leczniczych, mających zadosyć uczynić trzem wskazaniami lekarskim: 1) usunięciu napadu astmatycznego, 2) leczeniu następczego kataru astmatycznego i 3) zapobieganiu powrotowi napadów. Pośród metod ogólnoleczniczych autor rozpatrzył szczegółowiej leczenie hidroteapeutyczne, klimatyczne i psychiczne.

W dyskusyi kol. RAJCHMAN, zaznaczywszy, że typowe napady astmy oskrzelowej nigdy nie znajdują się w związku z zaburzeniami przewodu pokarmowego, stwierdza, że czasami spostrzegać się dają przypadki duszności (t. zw. *asthma dyspepticum*), stanowiącej właściwie zbiór objawów, na rozmaitej drodze powstałych. Mówca rozróżnia 3 kategorie:

- 1) duszność przy niestrawności ostrej, zależna często od podniesienia przepony i płuc;
- 2) duszność, występująca u neurasteników i histeryczek po jedzeniu;
- 3) duszność przy rozedmie płuc i wadach serca;
- 4) duszność, zjawiająca się czasami u ludzi, nadużywających mięśni oddechowych (np. śpiewaków). Osobniki te doznają uczucia, jak gdyby przepona u nich znajdowała się w stanie skurczu, uczucia, które przypisują zaburzeniom w trawieniu.

Kol. WISŁOCKI wskazuje na łączność astmy z nerwicami, na różnorodność momentów etiologicznych w astmie, i na „cudowne“ efekty przy stosowaniu rozmaitych środków leczniczych.

Kol. LUBLINER porusza sprawę kryształów CHARCOT-LEYDEN'a w plwocinie astmatyków.

Kol. MUTERMILCH wspomina, że kryształy CHARCOT-LEYDEN'a należy uważać za produkt rozpadu leukocytów eozynofilowych.

Kol. BIRO zestawia dusznicę nerwową z padaczką, zwłaszcza co do przeważnego występowania napadów w porze nocnej, opowiada o jednym przypadku, w którym chora podczas napadów wydzielala mnóstwo śluzu.

Prelegent w odpowiedzi kol. RAJCHMANOWI zaznacza, że astmę dyspeptyczną poruszył tylko pobieżnie; pogląd kol. MUTERMILCHA podziela w zupełności, a co się tyczy wydzielania w obfitości śluzu, to, być może, zależało to od dużych dawek bromu, często podawanego w astmie oskrzelowej.

*St. Koczyński.*

## Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 7 grudnia r. z.

D-r W. STERLING odczytał referat o „szkodliwościach zawodowych w lakiernictwie“. Lakiernictwo dzieli się na piecowe i zupełnie różne od niego powozowe. Nader niebezpieczne dla zdrowia jest piecowe. Przedewszystkiem używa się tu trujących farb metalicznych: blejwasu i glejty (olów), cynobru (rtęć), kajzergrynu (arszenik). Dalej — w wielkim piecu lakierniczym do suszenia z ciepłotą 35 — 40° R. farby parują, a z przedmiotów bronzowanych odpadają cząsteczki bronzu. Przy każdym więc otwarciu pieca już w skutek różnicy ciepłoty w piecu i w pracowni i te pary i pyłki obficie dostają się do pracowni. Rozcieranie farb metalicznych na proszek wytwarza masy trującego pyłu. Najszkodliwsze jest bronzowanie. Przedmiot, pociągnięty lakierem lub po-

kostem, bronzuje się zafarbowanym i sproszkowanym metalem w ten sposób, że proszek ten wciera się naprzód miękkim pendzlem, potem watą lub aksamitem, wreszcie strzepuje się nadmiar proszku. Po kilku godzinach takiej pracy lakiernik wygląda, jak figura bronzowa, i mnóstwo bronzu ma w ustach, gardle, drogach oddechowych nieraz przez parę dni. Ręce lakiernika, prawie wciąż zawałane trującymi farbami, o ile nie będą umyte przed jedzeniem, narażają wprost na otrucie. Przytem nie wszyscy umieją myć ręce. Na dobitkę pracownia zwykle nie ma wentylacji i służy zarazem za mieszkanie albo za sypialnię dla terminatorów, nieraz mieści się w wilgotnej i ciemnej suterenie. Ponad suchoty, kataru dróg oddechowych, przewodu pokarmowego i łącznicy, pryszczycę rąk — groźniejsze dla lakiernika są zatrucia, zwłaszcza ołowiane.

Środki zaradcze: Pracownia musi być oddzielna od mieszkania i mieć dobrą wentylację. Piec do suszenia powinien mieć wentylator i jak najrzadziej być otwierany. Farby kupować gotowane w proszku. Jadowite proszki zwilżać wodą przy robocie. Bluzy do pracy. Nie jadać nic w pracowni. Ręce myć słabym kwasem siarczanym, albo też po użyciu wody z mydłem wytrzeć je lekko terpentyną i ponownie umyć mydłem.

Lakiernicy powozowi (zajęcie zupełnie odrębne) używają farb przeważnie dla zdrowia obojętnych, pracują w obszernych wozowniach, często przy wysokiej ciepłocie, dość często cierpią na pryszczycę rąk.

E. GOLDE. „Szkodliwości w białoskórnictwie“. Białoskórnicy przygotowują skóry owcze, koźle, jelenie na rękawiczki i przedmioty galanteryjne. W Warszawie istnieją tylko drobne warsztaty, pozbawione ulepszeń technicznych i urządzeń higienicznych, ale za to unikające obostrzeń policyjnych, obowiązujących fabryki skór.

Z materiałów, używanych tu, skóry mogą zawierać zarazek węglika. Rusma (wapno z realgorem), używana do oczyszczania skór (szwedowanie), wywołuje na końcach palców i pod paznokciami bardzo bolesne małe ranki — „dziury“ czyli cholerę palców. Mist czyli nawóz i mocznik służy do odciągania nadmiaru rusmy. Skóry, zanurzone potem w roztworze alunu (garowanie), depce się nogami przez kilka godzin. Wymoczone i rozciągnięte na pochyłych kłodach (baumach) skóry robotnik oczyszcza nożami z wełny i części mięsnych, przyczem stoi i brzuchem uderza miarowo o pionową deskę. (Ztąd cierpienia narządów brzusznych i żyłki na nogach). Wyciąganie skór na storfallach (noże okrągłym ostrzem zwrócone do góry) łączy się z wysiłkiem, powoduje skrzywienia kręgosłupa, nagniotki na prawym łokciu i kolanie. Powietrze w pracowni jest bardzo cuchnące, wilgotne, przepełnione amoniakiem i kwasem węglanym oraz pyłem ze skór, zbyt ciepłe; wymaga lekkiej odzieży, co przy przechodzeniu z oddziału do oddziału, pomieszczonych zwykle w oddzielnych budynkach, naraża na przeziębienie.

Mimo tak przykrych warunków pracy białoskórnicy zajęcie swoje uważają za bardzo zdrowe i na suchoty stosunkowo rzadko zapadają. Zapewne wpływają na to lepsze zarobki, a więc lepszy posiłek i mieszkanie. Choroby zapalne płuc, opłucny, nerwobóle, reumatyzmy — są częste.

Wentylacja i szybkie usuwanie gnijących odpadków (ścieki, kanalizacja) są najważniejszym środkiem zaradczym. Oddziały winny być połączone kurytarzami. Podłoga cementowa wydawałaby się najodpowiedniejszą, ale białoskórnicy zarzucają jej, że łatwo pęka, i wolą szczelnie zbitą drewnianą. Na ranki od rusmy zalecają smołę drzewną.

## Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu wyborczem w dniu 7 b. m. w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem wybrano: na sekretarza stałego (urząd dożywotni) prof. Henryka HOYERA, na prezesa kol. Teodora DUNINA, na wiceprezesa kol. Walentego KAMOCKIEGO, na sekretarza dorocznego kol. Stanisława KOPCZYŃSKIEGO, na pomocnika sekretarza kol. Józefa BRUDZIŃSKIEGO.

— Doszła nas wiadomość, iż obecny właściciel Żegiestowa jest w zamiarze sprzedania zdrojowiska żegiestowskiego z wszelkimi urządzeniami i prawami, jakie mu przysługują. Żegiestów, znany od pół wieku przeszło, ceniony wysoko ze względu na piękne swe położenie i skuteczność zdrojów przez DIETLA, godzien jest zaopiekowania się nim. Ma on wszelkie widoki rozwoju, ale usiłowania jednostki nie wiele zdziałać w tym względzie mogą; natomiast wspólka, choćby z niezbyt wielkim kapitałem, mogłaby zdrojowisko to postawić na stopie, odpowiadającej współczesnym wymaganiom.

— Na Węgrzech wyszło nowe prawo, obowiązujące młodych lekarzy, aby po ukończeniu uniwersytetu zajmowali się obowiązkowo w ciągu roku w szpitalach. A mianowicie: 4 miesiące w oddziale wewnętrznym, 2 w chirurgicznym i 2 w ginekologicznym. W ciągu pozostałych 4 miesięcy w roku mogą uczęszczać do oddziałów innych, stosownie do swej woli. Świadectwa o podobnych zajęciach młodych lekarzy wydają naczelnicy lekarze szpitalni.

— W Niemczech od roku 1874 obowiązuje prawo przymusowego szczepienia ospy. Wynikiem tego prawa jest bardzo mała odsetka śmiertelności wskutek tej choroby. W ciągu 25 lat (1874—1899) w 285 miastach niemieckich z ludnością 1600000 zmarło na ospę tylko 4 osoby. We Francji, gdzie szczepienie ospy dokonywa się mniej energicznie, w 116 miastach z ludnością 850000 w ciągu roku 1900 zmarło na ospę 600 osób.

## 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.**

# SANATOGEN

Środek wzmacniający i pobudzający sprawność życiową, a głównie systemu nerwowego.

Środek odżywczy przy gruźlicy, nerwowości, braku krwi, blednicy, chorobach żołądka i kiszki, zbroczeniach w trawieniu u dzieci, podczas zdrowienia po wyniszczających chorobach, jako środek wzmacniający odżywianie u matek, karmiących piersią.

## Doskonale działanie środka

potwierdzają badania prof. v. Bergmann'a, Eulenburg'a, Tobold'a w berlińskich klinikach uniwersyteckich; prof. v. Schrötter'a w 3-cim oddziale wewnętrznej kliniki Wiedeńskiego uniwersytetu, w klinice dziecięcej prof. v. Frühwald'a w Wiedniu, w zamiejscowej lecznicy psychiatrycznej pod Wiedniem i inne.

*Przygotowuje firma:*

## Bauer et C-ie, Berlin S. O. 16.

Znajduje się w aptekach, magazynach aptecznych i u drogistów.

GŁÓWNY REPREZENTANT W WARSZAWIE:

Apteka H. Biertümpfla, ulica Marszałkowska Nr. 136, róg Ś-to Krzyskiej.

Prawdziwy tylko w ruskiem opakowaniu.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH  
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

## D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

*przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.*

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

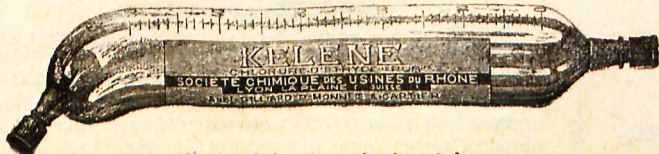
Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY

*Produkty farmaceutyczne*

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy  
Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina  
Metylen-Blau med. Rezorcyna med. Hydrochinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.



do USYFIANIA i znieczulania miejscowego.

Sprzedaw w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco).

# 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

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp.  
Chorych na uszy od 12—2 pp.

## Zakład Leczniczy dla chorych NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

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

Cena biletu kop. 50.

# TRAN GAZOWANY

pozbawiony przykrego smaku i zapachu

wyrabia APTEKA

Jana Iwańskiego, A. Ryla i J. Maderskiego

w Warszawie, ulica Twarda № 34.

Telefon Nr. 1107.

Dostać można we wszystkich aptekach i większych składach aptecznych. Cena butelki 35 kopiejek.

# MERAN

D-r ROMUALD BINDER,

Polak, praktykuje jak w 7-miu poprzednich latach od września do czerwca

Willa Gotensitz Habsburgerstrasse.

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowe sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Barcza, Cepusza, Filleborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziolkiewicza, Kozłowskiego, Lilpopa, Malinowskiego, Mieszczańskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Rozyckiego, Strużyńskiego i Fricke, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofs.

Składy główne: Karmielicka 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 aptecce K. Rybickiego. W Kielcach w aptecce A. Wierzbęty.

## Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

## Polski „Dom Zdrowia“ w Meranie

Andreas Hoferstrasse Nr. 15.

Pokoje słoneczne, kuchnia polsko-francuska, leźalnie, urządzenia wodolecznicze, stała opieka lekarska. Wybór lekarzy dowolny. Ceny najprzystępniejsze.

Właścicielka

**M. Dobrowolska**

wdowa po lekarzu.

Lekarz starozakonny, młody potrzebny w mieście **Jasenówce**, Grodzieńskiej Gub. Subsydium roczne 400 rub mieszkanie i opał.

Wiadomość u M. Czechockiego,  
ul. Nowy-Swiat—Białystok.

Przez zimowy sezon i cały rok otwarte  
**„SWOSZOWICE“**  
pod Krakowem

Sanatorium i zakład kąpielowy wód siarczanych. w nowo urządzone Sanatorium z centralnie ogrzaniem łazienkami, mieszkaniami, korytarzami i ogrodem zimowym ogrzana jest woda siarczana w najnowszy sposób (ulepszoną metodą Czernickiego) używaną w pierwszorzędnych zakładach zagranicznych, — wskutek czego nie utracą nic ze swych składników i dlatego kąpiele siarczane Swoszowickie są pierwszorzędne.

Bliższych