

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 drobnym 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. Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznym, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (d-r E. Flatau). Przez S. Goldflama. (Ciąg dalszy). — Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego. Podał d-r Leon Karwacki. (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 4. Pozorne (wrzekome) guzy jamy brzusznej. 5. O specjalnym rodzaju otrucia kwasem szczawiowym zawartym w pokarmach. — **BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.** W sprawie patologii i terapii nerwicy czynnościowych, (Dokończenie). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — 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-eur E. Flatau). 2) D-r L. Karwacki — Sur l'importance diagnostique des éléments morphologiques de la li-
queur 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 PORAŻENIEM ASTENICZNYM, wraz z wynikiem badania pośmiertnego

JEDNEGO PRZYPADKU (D-R E. FLATAU).

Przez

S. GOLDFLAMA.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 2).

SENATOR¹⁰⁾ w przypadku pierwotnych licznych myelomatów (na szkielecie klatki piersiowej), przy których, jak dziś wiadomo, zwykle zjawia się albumozuria, obserwował pewne objawy nerwowe, jako to porażenie języka i zaburzenia w przelykaniu, a ponieważ dokładne badanie mikroskopowe nie dało mu żadnego wyjaśnienia, uznał je przeto za wyraz porażenia astenicznego. Przytacza on jeszcze z nielicznej literatury przed-

¹⁰⁾ Berl. klin. Woch. 1899. Nr. 8.

miotu 5 przypadków z podobnemi zaburzeniami, z objawami ogniskowymi bez substratu anatomicznego, i przychodzi do wniosku, że, w przypadku, przezeń obserwowanym, faktem pierwotnym były *myelomata multiplicia*, których następstwem była z jednej strony albumozuria wraz z wydzielaniem się albumozy w moczu i ewentualnem uszkodzeniem nerek, z drugiej zaś ciężka anemia i jako jej następstwo porażenie asteniczne u osobnika z chorobliwą predyspozycją na skutek wadliwego rozwoju układu nerwowego. Nie mogę przypadku SENATOR'a uznać za porażenie asteniczne; brakuje w nim najbardziej znamiennych objawów choroby, przedewszystkiem objawu nienormalnej wyczerpalności, a zaznaczono jedynie bezsilność i zmęczenie, zwykle w charłactwie i silnej anemii. Rozwój i przebieg objawów nerwowych nie odpowiadają obrazowi porażenia astenicznego. Nadto widzimy objawy wręcz obce tej sprawie, jako to zupełne znieczulenie w obrębie 3 gałęzi nerwu trójdzielnego, wrażliwość nerwu strzałkowego na ucisk, a jak komunikuje ROSIN¹¹⁾ o tymże przypadku, od czasu do czasu nadzwyczaj silne bóle głowy. Choć więc badanie pośmiertne co do objawów nerwowych dało wynik ujemny, należy ten przypadek uznać za porażenie bez anatomicznego substratu, spostrzegane oddawna w przypadkach charłactwa, intoksykacyi (np. uraemia), karcynozy i t. d., w których nie można wynaleźć anatomicznego odpowiednika dla wyraźnych objawów ogniskowych i porażeń. W przypadku GRAWITZ'a, omawianym podczas dyskusyi nad odczytem SENATOR'a, istniało drganie włókienkowe, obniżenie pobudliwości elektrycznej, częściowy O Zw w mięśniu trójkątym, wreszcie wyraźne zaburzenia czucia, ale nie było żadnego objawu znamienego dla myastenii.

Objawy nerwowe w innych spostrzeżeniach wieloogniskowych złośliwych spraw kostnych nie mają również piętna porażenia astenicznego. W przypadku KAHLER'a¹²⁾, starannie obserwowanym klinicznie, istniały napady silnych bólów w różnych punktach szkieletu, nerwobóle różnych nerwów, nerwobóle wisceralne, cardialgie z womitami, enteralgie, napady astmatyczne, parestezye kończyn dolnych. W jednym przypadku WIELAND'a¹³⁾, jako objaw nerwowy występuje jedynie ból w prawej nodze, w drugim — bóle w lewej połowie ciała i lekkie objawy meningealne, wskutek czego rozpoznano gruźlicę prosówkową, w trzecim również bóle, drgania głowy i rąk. W przypadku STOCKVIS'a¹⁴⁾ zaznaczono paraplegię, zaburzenia w mowie i połykaniu, ślinotok, porażenie nerwu twarzowego i trójdzielnego. W przypadku RUSTIKY'ego¹⁵⁾ były bóle, osłabienie i drgania w nogach, znieczulenia, *incontinentia alvi et urinae, decubitus* i t. d. W przypadku HAMMER'a¹⁶⁾ (pierwotna *ostitis sarcomatosa* z długotrwałą gorączką zwalnającą) również bóle, duszność i porażenie *recti externi dext.* Przy innych złośliwych nowotworach szpiku kostnego (GRAWITZ, LITTEN, ZAHN) zaznaczono wogóle tylko stopniowo wzmagającą się anemię, objawy *anaemiae perniciosae*, wyczerpanie sił, t. j. objawy wspólne wszystkim tym przypadkom. Nie ulega więc wątpliwości, że pierwotnym

11) Berlin. klin. Woch. 1897. Nr. 48.

12) Wiener med. Presse. 1889.

13) Cytowany według Hammer'a i Senator'a.

14) Według Senator'a.

15) Zeitschr. f. Chirur. Bd. III.

16) Virch. Arch. Bd. 137.

rozsianym rdzeniakom towarzyszą pewne objawy nerwowe, dla których nie można wynaleźć anatomicznego substratu, ale dotychczas nie było ani jednego autentycznego przypadku, w którymby tym guzom towarzyszyło porażenie asteniczne, ani można po dziś dzień upatrywać jakiegokolwiek związku między temi dwiema sprawami, nawet za pośrednictwem ciężkiej anemii, wywołanej przez owe rdzeniaki.

W przebiegu anemii, czy to pierwotnych, jak *perniciosa*, czy to wtórnych (w następstwie złośliwych spraw chorobowych) występują czasami, jak wiadomo, bardzo wyraźne zaburzenia nerwowe, zwłaszcza w sferze czucia, którym nawet odpowiadają zmiany anatomiczne w rdzeniu (LICHTHEIM, NONNE), ale zaburzenia te nie mają nic wspólnego z porażeniem astenicznym. Poza tem w większości przypadków porażenia astenicznego, jak również w przypadkach, przezemnie obserwowanych, nie ma mowy o anemii nieco intensywniejszej.

Uderzającym jest jednak, jak słusznie zaznacza OPPENHEIM, że w pewnej liczbie przypadków porażenia astenicznego, przypadków niewątpliwych, które podlegały autopsji, znajdowano nowotwory różnych organów w stosunku niepomiaralnie wysokim. W pierwszym przypadku OPPENHEIM'a znaleziono dokładniej nie zbadany guz wielkości orzecha włoskiego, chęlboczący w jednym miejscu, w górnym biegunie lewej nerki, (w drugim przypadku tegoż autora, co prawda, wątpliwym tak dla mnie, jak i dla OPPENHEIM'a, *lymphosarcoma glandulae thymicae*). W przypadku DRESCHFELD'a istniała torbiel skórzasta jajnika, w przypadku SOSSEDFORD'a — tłuszczak prawej nerki, a jeśliby zaliczyć do nowotworów gruzelki, należałoby tu włączyć jeszcze przypadek HOPPE'go ze zserowaciałym gruczolem w okolicy dużych oskrzeli i przypadek STRÜMPELL'a z prosówkowymi gruzelkami nerek. Tutaj wreszcie należy przypadek LAQUER-WEIGERT'a i powyżej opisany mój przypadek z mięsakiem płuca (poniżej przytaczam inny jeszcze przypadek tylko klinicznie rozpoznanego guza śródpiersia u chorego dotkniętego porażeniem astenicznym). Zaznaczyć trzeba, że w tym razie porażenie asteniczne istniało na lat mniej więcej siedm *resp.* ośm przed stwierdzeniem zmian w mięśniu, *resp.* przed wystąpieniem pierwszych oznak sprawy chorobowej w piersiach. W obec takiego stanu rzeczy dla uznania jakiegokolwiek związku przyczynowego między nowotworem a porażeniem należałoby przyjąć, że mięsak płuca przez lat tyle pozostawał w stanie utajonym, że, według teorii COHNHEIM'a, trwał tam w zarodku i mimo to wytwarzał produkty trujące, aż wreszcie jakiś moment wywołujący pobudził go do rozwoju. Moment taki istnieje w historii choroby, ponieważ chory w 1896 r., a więc na trzy lata przed wystąpieniem pierwszych objawów porażenia, wskutek upadku uległ urazowi prawej połowy klatki piersiowej. Objawy myastenii w przypadku LAQUER-WEIGERT'a istniały 4 lata, zanim zgon spowodowały.

Widocznem jest z powyższego, jak hipotetyczny jest pogląd, upatrujący związek przyczynowy między nowotworem a porażeniem astenicznym, i oparta na tym poglądzie teoria intoksykacyi. A przytem, cóż to za heterogenne nowotwory — cysta dermoidalna jajnika, tłuszczak nerki, złośliwy guz grasicy, mięsak płuc — mają powodować tak jednorodną postać chorobową, jaką niewątpliwie przedstawia myastenia.

Stanowczo nie można pojąć, jakim sposobem nowotwór łagodny, jak tłuszczak lub torbiel skórzasta, zwykle wrodzona i zwykle w ciągu lat całych pozostawająca bez osobliwych objawów, mogłyby na raz wytwarzać jako-

wyś jad i spowodować w ten sposób porażenie asteniczne. Należałoby stworzyć inne jeszcze hipotezy, że istnieje osobna grupa myastenii z nowotworem, a z niej odosobnić taką, gdzie okazują się przerzuty w mięśniach, ponieważ w większości przypadków zgoła zmian brakowało. Sądzę że, jak dotychczas, winniśmy w tym względzie poprzestać jedynie na rejestrowaniu faktów stosunkowo częstego współistnienia dwóch chorób, nie kuszając się jeszcze o zbudowanie za jego pomocą ogólnej teorii.

Cała ta obserwacja obejmuje okres czasu więcej, niż dziewięć lat, podczas którego chory bez przerwy był pod kontrolą lekarską. Co do pierwszego napadu myastenii wspominam tylko, że po 6-miesięcznym trwaniu skończył się zupełnym wyzdrowieniem. Chory znów był w możności oddawania się ciężkiej pracy, odzyskał całkowicie poprzednią sprawność, i ten stan niezakłóconego zdrowia trwał przeszło 5 lat. Przez ten czas badałem chorego wielokrotnie i obiektywnie również nie mogłem skonstatować żadnych oznak astenicznego porażenia, nie było również Mya R; jedynie w początkach okresu zdrowia zanotowano nierównomierność odruchów kolanowych.

Następuje później nawrót choroby bez widocznej przyczyny i zaczyna się dość oryginalnie, bo jedynym i szczególnym objawem, a mianowicie osłabieniem mięśni odsiebnych żuchwy. Badanie wykazało, że osłabienie to ma charakter wybitnie asteniczny, ponieważ po krótkiej działalności mięśni szybko potęguje się aż do porażenia, a z drugiej strony krótki odpoczynek restytuuje pierwotną szerokość funkcji. W owym czasie chory zgoła nie przewidywał recydywy swego cierpienia, a bez znajomości anamnezy prawdopodobnie i lekarz nie pomyślałby o niej. Po za tem pacjent na nic się nie żalił i czuł się krzepkim, choć przy badaniu można już było wykryć objawy wyczerpania w nogach, acz nie zbyt wyraźne. A zatem wyczerpalność mięśni może istnieć w członkach zupełnie jeszcze sprawnych, kiedy zachorzenie nie doszło do świadomości chorego i jest, że tak powiem, pierwszą oznaką zbliżającej się choroby; Mya R nie było. Wkrótce staje się widocznym i dla chorego, że nastąpił zupełny nawrót cierpienia, bo w ciągu kilku tygodni rozwija się osłabienie i łatwa wyczerpalność mięśni kończyn i tułowia wraz z niemożnością prostego trzymania głowy. Występują klasyczne objawy wyczerpania, i zjawia się Mya R. Zaznaczyć muszę różnicę między nawrotem a pierwszym napadem choroby. Podczas pierwszego napadu objawy opuszkowe i objawy ze strony oczów były bardzo wybitne i nieomal panowały nad całym obrazem klinicznym, w nawrocie zaś ustępują na dalszy plan, zjawiają się przelotnie, w natężeniu o wiele mniejszem. Nie ma podczas recydywy ani długotrwałej ptozy, ani parezy mięśni ocznych i diplopii, ani regurgitacji płynu; podniebienie miękkie działa prawidłowo, głos jest czysty, zaburzenia w przełykaniu nie występują. Zaznaczono tylko przegodnie, że czasami lewa szpara powiekowa jest węższa od prawej, że długie mówienie męczy chorego, że czasami resztki pokarmów tkwią w gardzieli, lub dostrzeżono niedostateczność mm. tarczowo-nalewkowych. W istocie, objawy opuszkowe występowały tym razem tylko w ruchach żuchwy, ponieważ i mięśnie ksobne i odboczne (*pars motoria n. trigemini*) były niebawem dołknięte.

Chociaż jednak recydywa w porównaniu z pierwszym napadem choroby była mniej in- i ekstenzywna, niemniej przeto nie miała dążności do poprawy. I podczas nawrotu istniały wahania w samopoczuciu chorego i w intensywno-

ści jednych objawów, a w pojawianiu się i znikaniu innych, pomimo to nawet po upływie roku i kilku miesięcy nie można było zaznaczyć wyraźnego i trwałego polepszenia. Wówczas pacjent zapadł ciężej na zdrowiu wśród objawów ze strony klatki piersiowej; była to oczywiście komplikacja, rozwijająca się niezależnie od porażenia astenicznego, a gdy z powodu tego chory wstąpił do szpitala, istniały wybitne objawy podstawowego cierpienia, nie wyłączając zaburzeń w mowie i połykaniu. Objawy te były bardzo wyraźne nawet wtedy, gdy wyżej wspomniana komplikacja — nowotwór w jamie piersiowej — zapanowała nad całym obrazem klinicznym, t. j. później, niż w 2 lata po zaczęciu się recydywy.

Obie sprawy patologiczne rozwijają się niezależnie od siebie, a, co ważniejsze, widocznem jest, że obecność guza w jamie piersiowej nie wpływa na jakość i przebieg objawów astenicznych. Trudno rozstrzygnąć, co było powodem raptownej śmierci chorego, albowiem zarówno porażenie asteniczne, jak i nowotwór mogły śmierć spowodować, prawdopodobniejszem jest jednak, że winien tu był nowotwór, ponieważ nie zaznaczono objawów zaduszenia, a objawy asteniczne były w danej chwili znacznie słabsze.

Jak zwykle bywa w większości przypadków tego rodzaju, objawy asteniczne podczas nawrotu choroby nie były jednakiego natężenia we wszystkich dotkniętych sprawą okolicach ciała; najciężej zajęta była żuchwa, od której rozpoczęła się recydywa, tułów wraz z karkiem dotknięty był więcej, niż nogi, te znów więcej, niż ręce. Zarówno podczas nawrotu, jak pierwszego napadu, kończyny w całości swej nie były równomiernie zajęte, mianowicie części ich, leżące bliżej tułowia, były dotknięte silniej, niż części odleglejsze. Toż samo zaznacza KALISCHER w drugiej swojej obserwacji. Przy porażeniach, wynikłych z innej przyczyny, czy to mózgowego, czy to peryferycznego pochodzenia, spostrzegamy stosunek wręcz odwrotny, bo tam właśnie odleglejsze części kończyny są najsilniej porażone. Nie znaczy to bynajmniej, że przy porażeniu astenicznem odległe części nie ulegają chorobie; i w nich także w dalszym przebiegu sprawy występują objawy wyczerpania w zginaczach w stawie łokciowym i napięstka.

Jak wszystkie inne objawy, tak i odruchy kolanowe zachowywały się bardzo rozmaicie w całym przebiegu choroby, choć w tych wahaniach nie było paralelizmu. Odruchy były to łatwe, to znowu trudne do wywołania (prawy prawie zawsze trudniejszy), udawało się nawet czasami dojść do zupełnego ich wyczerpania, ponieważ po wielokrotnem opukiwaniu słabły, a zrzadka nawet zupełnie znikwały, a to niezależnie od apokamnozy nóg. Toż samo powtórzyło się podczas recydywy. Skoro udało się doprowadzić odruchy do zniknięcia, wywoływał je natychmiast zabieg JENDRASSIK'a; po zaprzestaniu zabiegu znikwały znowu, jeżeli nie było przerwy w badaniu.

Nie spotkałem później tego objawu tak wybitnie w innych przypadkach, choć niektórzy autorowie go widywali, jako to, KALISCHER¹⁷⁾ w swoim pierwszym przypadku, STRUEMPELL¹⁸⁾, IVANOV¹⁹⁾. W przypadku COLLINS'a²⁰⁾ odruchy znikwały już po 7 — 8 uderzeniach w ścięgno rzepki. BUZARD²¹⁾ zaś SINKLER²²⁾ i LAQUER²³⁾ zaznaczają brak tego objawu.

17) Deutsche Zeitschr. f. Nervenhe. Bd. VI. 1895.

18) Deutsche Zeitschr. f. Nervenhe. Bd. VIII. 1896.

19) Revue de Neurologie. 1896.

20) International. Medic. Maya r. 1896.

21) Britisch. medic. Journal. 1900.

22) Journal of nervous and mental diseases. 1899.

23) Volkmann's Samlung. klin. Vort. 1898. Nr. 205.

W pierwszej mej pracy wyraziłem zdanie, że nerwowa pobudliwość mięśni była normalna, ale nie jestem pewny, czy wtedy postępowano według wskazówek JOLLY'ego, którego praca dopiero później się pojawiła. To jest pewne, że Mya R nie było w 5 letnim przeciągu czasu między pierwszym napadem a nawrotem choroby; nie było jej także w początku recydywy, kiedy rozpoznanie nie ulegało już wątpliwości. Wykazano Mya R dopiero mniej więcej po miesiącu i to nie we wszystkich mięśniach, uległych porażeniu astenicznemu. Nie udało się również doprowadzić skurczliwości do zupełnego wygaśnięcia. Szybko po sobie następujące faradyczne uderzenia zdawały się szybciej zmniejszać skurczliwość niż tetanizujące, zdawało się także, jakoby skurcz trwał jeszcze przez czas jakiś po ustaniu drażnienia, wskutek czego efekt następczego faradycznego drażnienia wydawał się jeszcze słabszym. Wogóle Mya R zjawiała się niezależnie od objawów zmęczenia, choć raz jeden w mięśniach, wyczerpanych przez akty woli, drażnienie faradyczne wywoływało skurcze słabsze.

Druga obserwacja w mojej poprzedniej pracy dotyczyła młodego i krzepkiego 27-letniego Rubina W., u którego objawy paretyczne rozwinęły się w ciągu 2 miesięcy. Naprzód zostały dotknięte ramiona, potem uda, mięśnie brzucha i karku, wreszcie wystąpiło męczenie się przy żuciu, groźna zapaść, oddech dyspnoiczny. Odcinki kończyn, leżące bliżej tułowia, okazały się najciężej dotkniętymi. Szybkie męczenie się odpowiednich grup mięśniowych, dochodzące do zupełnego wiotkiego porażenia. Po wypoczynku powrót funkcji w jej normalnej szerokości. Wyczerpanie jednej kończyny nie wywiera wpływu na inne grupy mięśniowe. Dolny obręb *n. facialis* z obu stron paretyczny. Męczenie się i duszność przy mowie, głos cichnie. Ciągłe wahania się objawów, zmiana w ich natężeniu z dnia na dzień i w ciągu jednego dnia. Pomimo to po 4—5 miesiącach widoczna poprawa, a po 6½ chory uważał się za wyleczonego. Odruchy ścięgniste podczas *acme* choroby były wzmożone, a nawet istniało krótkie i słabe drganie stopy; wraz z rozpoczęciem się poprawy odruchy zachowują się rozmaicie, są bądź łatwe, bądź trudne do wywołania, prawy odruch kolanowy był zwykle słabszy od lewego, a nawet udawało się zmniejszyć go znacznie przez częstsze opukiwanie. Skargi na pieczenie i kłucie w karku i między łopatkami; czucie, zmysły, pobudliwość elektryczna i t. d. normalne.

W miesiąc po wypisaniu się silna eksacerbacja, prawie że recydywa poprzednich objawów, które jednak nie dosięgły dawniejszego natężenia. Następnie znowu powolna poprawa, i tym razem przerwana przez lekkie nasilenie sprawy, przechodząca wreszcie w wyzdrowienie. W lipcu 1893 r. nie mogłem wynaleźć żadnych nienormalnych objawów u chorego, który wykonywał wszystkie ruchy z wielką siłą i bez śladu znużenia, odruchy kolanowe miał normalne, a ze strony nerwów mózgowych nie przedstawiał żadnych zboczeń. Pozostała tylko sensacja pieczenia i kłucia w wyźwzmiankowanej okolicy i uczucie osłabienia w kolanach przy staniu; chodzenie nie nużyło bynajmniej chorego. Poprawa *resp.* wyzdrowienie trwało dłużej, niż rok, i chory czuł się o tyle dobrze, że miał zamiar ożenić się, gdy nagle w początkach grudnia 1893 r. zjawił się nawrót choroby. W notatkach moich zaznaczono 20. XII. 93: Ptoza prawostronna, wszystkie ruchy mimiczne i ruchy m. okrężnych powiek słabe, przy wydymaniu policzków powietrze uchodzi przez usta, wyraz twarzy przerażony. Ruchy podniebienia miękkiego i polykowe sprawne. Ruchy głowy słabe. Objaw wyczerpania bardzo cha-

rakterystyczny dają odcinki wszystkich kończyn, leżące bliżej tułowia; w stawie stopowym, w stawach palców rąk i stóp ruchy słabną, ale nie znikają. Siła w rękach dość znaczna, w prawej 33 kil. w lewej 26. Chory, chcąc przybrać pozycję poziomą, musi rękami ułożyć swe nogi, wstać bez pomocy rąk również nie może; mięśnie brzucha napinają się bardzo słabo. Odruchy kolanowe bardzo żywe, podeszwowych wywołać nie można, brzuszne słabe. Ekskursye klatki piersiowej małe, przepona kurczy się słabo, duszność podczas chodzenia. Pogorszenie zyskuje z dnia na dzień na in i ekstensywności, wkrótce resztki pokarmów muszą być usuwane z ust palcami, głowa opada ku przodowi, i chory podtrzymuje ją rękami. Duszność zjawia się nawet bez ruchu, po przejściu kilkunastu kroków odpoczynek staje się koniecznym; objaw wyczerpania w nogach występuje bardzo prędko. Chory wyjechał w strony rodzinne.

(C. d. n.).

ZNACZENIE ROZPOZNAWCZE

pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego.

Podał

D-r LEON KARWACKI.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 2).

Przymiot mózgowo-rdzeniowy ze swą różnorodnością klinicznych objawów ma wszystkie dane, żeby dawać stale objawy limfocytozy. W ścianach naczyń krwionośnych opon, w tkance łącznej, towarzyszącej im, w oczkach łączno-tkankowych opon miękkich spotykają się bardzo liczne komórki o jądrze okrągłym, z wąskim ząbkim protoplazmy, zwane dawniej komórkami embryonalnymi, a najzupełniej identyczne z limfocytami płynu rdzeniowego. Na ścianach naczyń, zlekka tylko dotkniętych sprawą chorobową, dają się spostrzegać komórki duże z obfitą protoplazmą w nieregularnych zarysach, słabo przyjmującą barwniki, z dużym jądrem. Komórki te przypominają Mastzellen EHRLICH'a lub tak zwane komórki śródbłonkowe WIDAL'a, spostrzegane w płynie rdzeniowym chorych na wiał i paraliż postępujący. O pochodzeniu tych ostatnich komórek trudno jest powiedzieć coś stanowczego. Pierwsze zaś niewątpliwie są limfocyty, które przedostały się drogą diapedezy. Potwierdza to brak figur karyokinetycznych w jądrach i stosunkowo nieznaczny rozrost łączno-tkankowy, mimo dość długiego trwania sprawy. Limfocyty przedostają się do oczek opony i spadają do płynu rdzeniowego, gdzie wywołują objaw limfocytozy. Dane te wypływają z badania całego szeregu preparatów drobnowidzowych przymiotu mózgu i rdzenia, dostarczonych mi uprzejmie przez NAGEOTTE'a.

Mechanizm patologiczny jest jednakowy dla wszystkich postaci przymiotu ustroju nerwowego i cierpień parasyfilitycznych. Ztąd też wzory histologiczne płynu rdzeniowego we wszystkich tych sprawach chorobowych różnią się bardzo niewiele.

Czasami przymiot mózgowo-rdzeniowy występuje jako powikłanie innego cierpienia nerwowego. Limfocytoza w takich razach może być błędnie tłumaczona obecnością zasadniczego cierpienia, gdyż powikłanie przymiotowe może przez czas pewien wcale nie zdradzać się objawami klinicznymi. W klinice BABIŃSKIEGO u chorego rozpoznano *sclerosis lateralis amyotrophica*. Nakłucie lędźwiowe dało płyn z wyraźną limfocytozą. Ztąd można byłoby wywnioskować, że limfocytoza może się spozstrzegać w *sclerosis lateralis amyotrophica*. Tymczasem badanie drobnowidzowe rdzenia, dokonane przez NAGEOTTE'a, wykazało zmiany przymiotowe. Przymiot zresztą był notowany w wywiadach.

Co się tyczy zapaleń nerwu wzrokowego i zaniku brodawki, to na pięć przypadków tylko w jednym BABIŃSKI i NAGEOTTE otrzymali limfocytozę. Przypadek ten zaliczają do kategorii wiądu jednoobjawowego (*tabes monosymptomatique*).

W stwardnieniu wielogniskowem stwierdzony jest udział w sprawie chorobowej części opon, znajdujących się nad ogniskami korowemi. Ztąd *a priori* już można oczekiwać limfocytozy. BABIŃSKI i NAGEOTTE w trzech przypadkach stwardnienia wielogniskowego spotykali limfocytozę stale. Rozpoznanie jednak cierpienia w tych przypadkach przedstawiało pewne wątpliwości.

Nadzwyczaj ciekawy jest wynik badania płynu rdzeniowego w półpaścu. W 13 przypadkach półpaśca limfocytoza była notowana stale. Fakt ten wyłącza stanowczo przypadkowość, pozwalając uważać limfocytozę za stały objaw w półpaścu. W ten sposób teren anatomiczny półpaśca znacznie się zacieśnia, bo wyłączają się zeń nerwy obwodowe. Sprawą chorobową mogą być dotknięte tylko zwoje lub sama istota rdzenia. Bardziej jednak jest prawdopodobne, że limfocyty wędrują do płynu rdzeniowego z opony, otaczającej rdzeń, niż ze zwoju, położonego tuż przy wyjściu z kanału kręgowego i będącego w bardzo małym zetknięciu z płynem rdzeniowym.

Przytaczam w skróceniu dwa spostrzeżenia BRISSAUD z Hôtel-Dieu.

Służący, 26 lat, dobrze zbudowany, bez obciążeń chorobowych dziedzicznych lub nabytych, zgłosił się do oddziału w skutek wysypki półpaścowej, zajmującej górną prawą połowę klatki piersiowej. Układ wyprysku wyraźnie metameryczny, szerokość pasa, zajętego wysypką, wynosi 10 ctm. Ogólny stan zadawalniający, bóle nieznaczne.

Drugi chory, 40-letni, także nie obciążony dziedzicznie, ma wyprysk na dolnej prawej połowie klatki piersiowej. Wyprysk składa się z trzech grup; układ metameryczny, prostopadły do osi ciała. Zjawianie się pęcherzyków poprzedzały bóle międzyżebrowe.

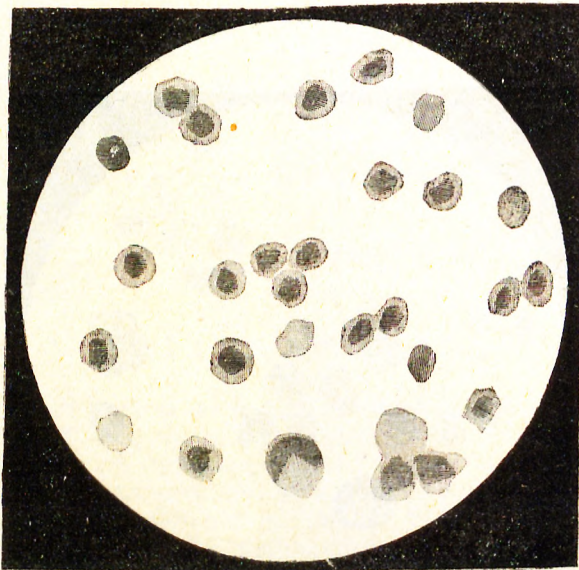
Nakłucia lędźwiowego dokonano u pierwszego chorego na 5-ty, u drugiego na 6-ty i 12-ty dzień od początku choroby. Badanie histologiczne płynu wykazało (Rys. IV) obok limfocytów w znacznej liczbie komórki duże jednokomórkowe, barwiące się mniej lub więcej dobrze i układające się często w formie łańcuszków.

Dziesięć przypadków SICARD'a dotyczą półpaśca międzyżebrowego i brzuszego, w przypadku WIDAL'a cierpieniem była dotknięta okolica biodrowa.

Cierpienie to uleczalne i o krótkotrwałym przebiegu może dostarczyć cennych wskazówek co do tego, kiedy i w jaki sposób pierwiastki morfotyczne znikają z płynu rdzeniowego.

Najważniejsze może znaczenie rozpoznawcze ma limfocytoza w paraliżu postępującym, wstępne bowiem objawy paraliżu nie różnią się niczem od neurastenii i nie pozwalają na rozpoznanie. To też gdy zaczęto u chorych z różnemi cierpieniami ustroju nerwowego robić poszukiwania cytodyagnostyczne, okazało się, że u niektórych neurasteników płyn rdzeniowy zawiera pierwiastki morfotyczne, u innych zaś nie. Przy dłuższej obserwacji okazało się, że pierwszy typ neurasteników to są paralitycy postępujący.

CESTAN i SICARD dostarczyli mi takich dwóch spostrzeżeń, gdzie u neurasteników była skonstatowana limfocytoza, a w trzy miesiące potem wystąpiły znaczne osłabienie władz umysłowych, trudność mowy, drgania włókien-



Rysunek IV.

kowe, słowem, całokształt postaci klinicznej paraliżu postępującego.] Każdy z autorów, pracujących w tym kierunku, przytacza po parę spostrzeżeń wczesnych postaci paraliżu postępującego (paralysie générale fruste), rozpoznanych dzięki badaniu płynu rdzeniowego.

SÉGLAS i NAGEOTTE przytaczają następujące spostrzeżenie: Młody 26-letni człowiek miał przymiot przed pięciu laty. Od pewnego czasu uskarża się na dotkliwe bóle głowy w formie czapki, jest mocno podniecony, ma dążności ambitne. Płyn rdzeniowy zawiera dużo pierwiastków morfotycznych (Rys. V). Z objawów przedmiotowych istnieje tylko drżenie rąk. Limfocytoza, dowodząc istnienia materialnego cierpienia ustroju nerwowego, pozwoliła rozpoznać paraliż postępujący.

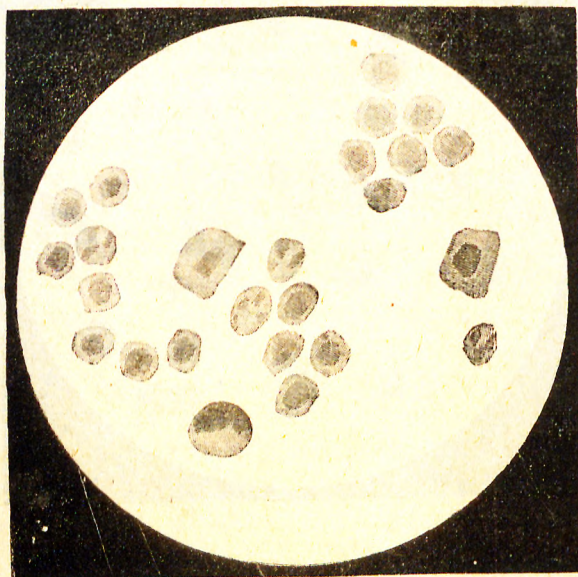
Ilość bezwzględna pierwiastków morfotycznych w płynie rdzeniowym paralityków waha się w granicach bardzo szerokich w różnych okresach chorobowych, stosunek zaś poszczególnych pierwiastków pozostaje dość stałym.

Wzór, ustalony przez JOFFROY, jest następujący:

komórki wielojądrowe.	11%
duże komórki jednojądrowe.	13%
limfocyty.	75%

W nielicznych przypadkach paraliżu postępującego LAIGNEL-LAVASTINE spostrzegał bardzo nieznaczną ilość pierwiastków morfotycznych. Czem się tłumaczy ten fakt, i jakie zeń można wyprowadzać wnioski, w danej chwili trudno powiedzieć.

JOFFROY na posiedzeniu Towarzystwa psychologicznego (20 maja r. z.) przytoczył bardzo ciekawy przypadek obłądu opilczego z następczem krótkotrwałem osłabieniem władz umysłowych. W ciągu kilku dni objawy te usta-



Rysunek V.

piły, i chory pozornie wrócił do normalnego stanu. Na 11-ty dzień dokonano nakłucia lędźwiowego, poszukiwanie histologiczne dało następujący wzór:

komórek wielojądrowych.	46%
dużych komórek jednojądrowych.	13%
limfocytów	40%

W cztery dni potem wzór histologiczny był następujący:

komórek wieiojądrowych.	12%
dużych komórek jednojądrowych	11%
limfocytów	75%

Drugi wzór jest identyczny z wzorem w paraliżu postępującym, ztąd JOFFROY zakwestyonował wartość rozpoznawczą badań cytologicznych w paraliżu postępującym.

WIDAL zaś w żadnym przypadku *delirium tremens* nie znalazł pierwiastków morfotycznych w płynie rdzeniowym, przypadek zaś limfocytozy u alkoholika, spostrzeganej zaraz po ataku obłądu i zbliżony bardzo do przypadku JOFFROY, okazał się następnie paraliżem postępującym.

Na zakończenie muszę nadmienić, że limfocytoza może być wywołana sztucznie przez wstrzyknięcie płynów drażniących do przestrzeni podoponowej.

LAIGNEL-LAVASTINE zastrzyknął osobnikowi, dotkniętemu rwą kulszową do rdzenia 0,005 kokainy — w płynie rdzeniowym pierwiastków morfotycznych nie było. Po 8 dniach znowu zrobiono nakłucie i wstrzyknięto 0,005 kokainy. Badanie histologiczne wykazało wtedy limfocytozę:

komórek wielojądrowych	20%
dużych komórek jednojądrowych	14%
limfocytów	66%

Stosowana od pół roku cytodyagnostyka dała już bardzo dużo cennych wskazówek rozpoznawczych. Sądzę, że szereg dalszych prac w tym kierunku nie tylko przyczyni się do rozjaśnienia niektórych zawitych zagadnień patologii nerwowej, lecz, ostrzegając dość wcześnie o poczynającym się przymiocie mózgowo-rdzeniowym, wywoła skuteczną pomoc terapeutyczną w tem strasznie, a tak częstem cierpieniu.

Paryż w czerwcu 1901 r.

L I T E R A T U R A.

WIDAL et RAVAUT. Buletin de le Societé de Biologie, 30 juin 1900. WIDAL. SICARD et RAVAUT. Cytodiagnostic de la méningite tuberculeuse. WENTWORTH. Some experimental work on lumbar puncture of the subarachnoid space. Archives of Pediatrics 1896. BERNHEIM und MOSER. Ueber die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Wiener klinische Wochenschrift 1897. SICARD et BRECY. Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable. Cytologie du liquide céphalo-rachidien. MONOD. Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours du tabes et de la paralysie générale progressive. WIDAL, SICARD et RAVAUT. Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques processus méningés chroniques (paralysie générale et tabes). SICARD et MONOD. Examen histologique du liquide céphalo-rachidien dans les méningo-myélites. BABIŃSKI et NAGEOTTE. Contribution à l'étude du cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses. BRISAUD et SICARD. Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours du zona thoracique. SÉGLAS et NAGEOTTE. Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. DUPRÉ et DEVAUX. Cytodiagnostic céphalo-rachidien dans les maladies mentales. NAGEOTTE. Remarques sur les lésions méningées de la paralysie générale, du tabes et de la myélite syphilitique, à propos de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans ces affections. SOUQUES et QUISERNE. Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite tuberculeuse à forme hémiplegique. LAIGNEL-LAVASTINE. Contribution à l'étude du cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

4. Max EINHORN. **Pozorne (wrzekome) guzy jamy brzusznej.** W jamie brzusznej mężczyzn, jakoteż kobiet można wyczuwać niekiedy guzy, dosyć duże, o gładkiej powierzchni, płaskiej lub kulistej postaci, które w samej rzeczy nie są guzami i dla tego „pozornych“ noszą miano. Przypadki te nie należą do częstych, i dla tego literatura tego przedmiotu jest bardzo skąpa i datuje zaledwie od lat 11.

W r. 1899 wspominał GLÉNARD, twórca znanego dzieła „*Ptoses viscerales*“, że w niektórych przypadkach opadnięcia kiszek (*enteroptosis*) wyczuwać można w jamie brzusznej guzy pozorne, spowodowane anomalią mięśni brzusznych lub też kiszka grubą poprzeczną (*colon transversum*).

Następnie Da COSTA w swej dyagnostyce z r. 1890 opisuje jeden przypadek pozornego guza, nazwanego przezeń „*phantom tumor*“, a spowodowanego skurczem mięśni brzusznych wraz z jednoczesnem wzdęciem кишки. POTAIN w r. 1896 dosyć dokładnie opisał jeden przypadek „*fausse tumeur*“ jamy brzusznej, zależny od anomalii mięśni brzusznych.

Jeden przypadek spostrzegał też SANTORECCHI (1896 r.) u młodej dziewczyny; przy operacji nie znaleziono żadnego guza, który był widocznie spowodowany przez spazmatyczny skurcz mięśni brzucha.

BRAULT i ROUGER opisali (1897) jeden przypadek guza pozornego, spowodowanego przez opuszczoną wątrobę. Rozpoznanie zrobiono dopiero po dokonaniu laparotomii.

W całej literaturze (do r. 1896) znalazł BERTRAND zaledwie dwadzieścia przypadków fałszywych guzów.

Do tej liczby dodaje autor, który dopiero od roku 1897 zaczął zwracać na cierpienie to uwagę, 42 własne spostrzeżenia, z których 8 u mężczyzn, a 34 u kobiet. Co rok widywał autor od 8 do 12 przypadków na ogólną liczbę 1418 do 1741 pacjentów, cierpiących na zaburzenia przewodu pokarmowego.

W większości tych przypadków za pomocą dotyku, a niekiedy nawet i wzroku samego zauważyć można pewną odporność i guzowatość pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym mostka a pępkiem; guzowatość ta posiada powierzchnię gładką i nieraz wyraźnie tętni. Wielkość jej bywa różna: od jaja kurzego aż do średnio wielkiej pięści męskiej. Przy lekkim opukiwaniu słyszy się zawsze stępienie ponad tą guzowatością.

Zazwyczaj guz znajduje się w górnej połowie jamy brzusznej, a spowodowany może być: 1) przez lewy płat opadniętej wątroby, lub 2) przez zgrubienie i ujawnienie się aorty brzusznej, albo 3) przez stan przerostowy pewnych grup mięśniowych ściany brzusznej, a wreszcie 4) przez zrosty dokoła małej krzywizny żołądka.

Dowodu tych przyczyn autor nie jest w stanie złożyć, dla tej prostej przyczyny, że w żadnym z przypadków nie robił sekcji, wszyscy bowiem chorzy pod wpływem racjonalnego leczenia mają się dotychczas zupełnie dobrze.

Umieszczenie guza w samej linii środkowej i tuż pod wyrostkiem mieczykowatym pozwala przypuszczać, że spowodowany został przez lewy płat wątroby. W tych przypadkach guz bywa znacznej wielkości (pięści).

Guz pozorny, spowodowany przez aortę, leży głęboko w jamie brzusznej, tuż przy kręgosłupie, bywa kształtu podłużnego i mocno tętni. Nieraz już w takich przypadkach fałszywie rozpoznawano tętniak.

Guzy powierzchowne, po jednej stronie leżące, na 2—3 cale długie, a 1—1½ cala szerokie, o powierzchni płaskiej (a nie kulistej, jak przy wątrobie) — spowodowane są przez mięśnie brzucha.

Zrostów żołądka trudno udowodnić; odporność bywa nieznaczna, guz nie wielki, umieszczony w okolicy odźwiernika i pozbawiony cech, wyłożonych powyżej, jako znamienne dla innych guzów.

Nie chodzi jednak o to, z jakiej przyczyny powstał guz pozorny, to sprawa uboczna; najważniejsze jest rozpoznać, że ma się do czynienia z guzem fałszywym. Dla odróżnienia pamiętać należy o następujących objawach: powierzchnia guzów pozornych (lub wrzekomych) bywa gładka, bez wyniosłości; guz nie zawsze daje się wymacać z jednakową precyzją; położenie guza odpowiada wskazanym powyżej miejscowościom, nadto objawy znacznego opadnięcia kiszek towarzyszą zawsze tym guzom. Przebieg choroby tej bywa bardzo długi, wiek pacjentów — dojrzały lub starczy, stan odżywiania bardzo zły. Pomimo tych objawów niekiedy rozpoznanie bywa bardzo trudne, czego dowodem laparotomie, podejmowane niepotrzebnie.

Do przyczyn tworzenia się guzów rzekomych zaliczyć wypada: enteroptozę, znaczne wychudnienie i usunięcie niektórych trzew brzusznych (macicy, jajników).

Leczenie polega na uspokojeniu pacjenta, na odwróceniu uwagi jego od guza i na właściwym odżywianiu.

Dla bliższego poznania omawianego cierpienia, tak ważnego w życiu praktycznym zarówno chorego, jak lekarza, podaję w streszczeniu dwa pierwsze przypadki autora (z pięciu, bardziej szczegółowo opisanych w oryginale).

Przypadek I. 35-letnia R. W. cierpi od trzech lat na zaburzenia w trawieniu. W pół godziny po jedzeniu doznaje ściskania bolesnego pod dołkiem, co trwa 2—3 godzin. Łaknienie dobre. Częste odbijania i zaparcie stolca. Przed trzema laty stan pogorszył się, bóle mocniejsze występują natychmiast po jedzeniu, nadto wymioty, w których jednak nie znajdowano krwi. Rozpoznano wówczas *ulcus ventriculi*. Po 6-tygodniowym odpowiednim leczeniu bóle nie ustąpiły; apetyt podupadł, zaparcia trwały dalej, sen był niespokojny. W r. 1899 pogorszenie, po jedzeniu znowu bóle silniejsze i wymioty, znaczna utrata wagi ciała. Stwierdzono nadmiar kwasu solnego w żołądku. Alkaliczne środki nie pomagały, podawano przeto kilka razy dziennie znaczniejsze dawki morfiny. Do lipca 1889 r. chora straciła 20 funtów na wadze. Wówczas skierowano ją do mnie z rozpoznaniem prawdopodobnego raka żołądka na tle poprzedniego owrzodzenia. Na linii białej pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem zauważyłem wypuklenie, wielkości kurzego jaja, twarde, o gładkiej powierzchni i nie stłumionym odgłosie wypukowym. Żołądek znacznie opuszczony (odgłos pluskania), znajduje się na szerokość ręki pod pępkiem. Gastroptozę stwierdziłem również za pomocą prześwietlania. Wspomniana zaś guzowatość znajduje się na 4—5 ctm. ponad małą krzywizną żołądka. Odruchy kolanowe prawidłowe; moc bez białka i cukru. W czczym stanie żołądek jest pusty. Znaczna nadkwaśność. Rozpoznanie: *Hyperchlorhydria*, *gastroptosis* i prawdopodobnie stary *ulcus ventriculi*. O raku nie może być mowy, gdyż guz ma gładką powierzchnię i znajduje się po nad żołądkiem.

Stan chorej po roku, przy właściwym leczeniu, znacznie się poprawił, co również przemawia przeciw rakowi.

Przypadek II. Lekarz F. D., badany 8 kwietnia 1898 r., cierpiał od roku na znaczne zaburzenia w trawieniu. W 1½ godziny po jedzeniu doznawał lekkich bó-

łów w okolicy żołądka, odbijania i odpływu bardzo kwaśnej cieczy. Znaczne zaparcie stolca. Później apetyt zmniejszył się, a bóle zjawiały się już w pół godziny po jedzeniu. Osłabienie, nie pozwalające zajmować się praktyką. Wielu kolegów, których rady zasięgał, uważa cierpienie za poważne, i wszyscy podejrzewają obecność raka żołądka. Pewien znakomity chirurg stwierdził guz w okolicy żołądkowej i radzi niezwłoczne wykonanie operacji. Badając tego chorego, znalazłem stan wielkiego wyniszczenia i małokrwistości; ponad pępkiem, nieco na prawo, wyczułem guzowatość o gładkiej powierzchni, tępym odgłosie wypukowym i nieco ruchomą podczas oddechania. Dolna krzywizna powiększonego żołądka znajduje się na 3 palce poniżej pępka. *Epigastrium* wrażliwe na ucisk. Odruch kolanowy prawidłowy. Mocz bez białka i cukru.

W godzinę po próbnym śniadaniu EWALD'a znalazłem w żołądku wodnisty płyn, zawierający drobne resztki bułki, po za tem żadnych innych pokarmów. $HCl + Ac = 72$.

Leczenie polegało na podawaniu alkali i łatwo strawnej dyety. Po 7 miesiącach pacjent wyglądał doskonale, przybyło mu 35 funtów na wadze, pozbył się zaburzeń trawiennych, guzowatość znikła zupełnie. Wobec tego przypuścić należy, że ów guz rzekomy spowodowany był przez skurcz mięśni brzusznych.

(*Berl. klin. Woch.* 1901. Nr. 43).

L. W.

5. BAROUX. **O specjalnym rodzaju otrucia kwasem szczawiowym, zawartym w pokarmach.** Szczaw, szpinak i pomidory zawierają sól potasową kwasu szczawowego, porosty — jego sól wapienną. Pod wpływem kwasu cytrynowego, znajdującego się w kwaśnych wiśniach lub w cytrynie, sole te wydzielają wolny kwas szczawiowy. Wydzielanie zaczyna się w żołądku, z którego kwas szczawiowy małemi porcami przechodzi do dwunastnicy i tu — na przestrzeni pomiędzy odźwiernikiem a *ampulla Vateri*, nie zraszanej żółcią — spowoduje żywe podrażnienie błony śluzowej; wreszcie zubożony przez sok kiszkowy ulega powolnemu wessaniu pod postacią soli, dzięki czemu ogólnych objawów zatrucia nie spowoduje.

Samo podrażnienie błony śluzowej dwunastnicy nie występuje stale po spożyciu pokarmów, zawierających szczawiany i kwas cytrynowy, nie jest koniecznym następstwem takiej dyety; zdarza się tylko w oddzielnych przypadkach, szczególnie często u dzieci i u osób starszych, cierpiących na nadkwaśność soku żołądkowego i na silną fermentację żołądkową.

Cała sprawa nie jest zbyt groźna: wyleczenie następuje po 4 — 5 dniach pod wpływem dyety mlecznej; dobrze jest jednak znać obraz chorobowy, ażeby przez nieumiejętne leczenie nie wywołać wrzodu dwunastnicy.

Z dziewięciu przypadków, opisanych przez autora, da się ułożyć następujący obraz kliniczny: W cztery godziny po spożyciu pokarmów, to jest z chwilą gdy żołądek zaczyna wyrzucać swą zawartość do dwunastnicy, zjawia się silny ból w brzuchu; punkt bolesny znajduje się na granicy prawego podżebrza, to jest na wewnątrz od miejsca, w którym linia, idąca od *spina ilei anterior superior* prostopadle ku górze, spotyka klatkę piersiową. Jednocześnie z bólem występują wymioty śluzowe. Język nie jest obłożony. Zjawia się nieznaczne rozwolnienie; stolce są nieobfite, prawie płynne, mało cuchnące, zmieszane ze śluzem, czasami zaś z krwią. Gorączki może nie być; czasami jednak ciepłota ciała podnosi się do 38° — 40° , nawet u osób starszych, w ciągu 1 — 2 dni.

Leczenie polega na zastosowaniu mlecznej dyety i podawaniu taniny i salicylanu bismutu. Ze względów profilaktycznych trzeba zabronić dzieciom i osobom starszym z zaburzeniami w trawieniu spożywania cytryn, pomarańcz, porzeczek i wisien po zjedzeniu szczawiu, szpinaku lub pomidorów.

(*Gazette des Hôpitaux* 1901 Nr. 75).

Bolesław Żebrowski.

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).

(Dokończenie.—Zob. N. 2).

Najważniejszym szkopułem dla całego „psychologicznego“ pojmowania istoty nerwic czynnościowych jest właśnie okoliczność, iż coraz wyraźniej i łatwiej odnajduje się „coś trzeciego“. Przystąpiwszy kilka lat temu do zjednoczenia różnorodnych materyałów naukowych, jakie się nagromadziły względem nerwic czynnościowych, nie widziałem i nie widzę dotychczas innej możliwości pojmowania istoty tych stanów, jak tę, iż są to pierwotne zaburzenia utleniań ustrojowych, iż przyczyną zarówno objawów psychicznych, jak somatycznych, jest działanie bezpośrednie lub bardziej pośrednie (np. drogą naczyń) nienormalnych produktów tych utleniań na ośrodki nerwowe. Przy badaniu chemizmu ustrojowego znajdujemy istotnie zawsze świadectwa tego i innego rodzaju na istnienie takich zaburzeń.

Tego rodzaju pogląd jest nie hipotezą, ale zwykłym wnioskiem indukcyjnym. Przeciw niemu nikt dotychczas nie wystawił zasadniczej „instancji krzyżowej“, i bardzo wątpię, by przy obecnym stanie wiedzy łatwo było wystawić fakt zasadniczy — naturalnie z wyjątkiem utartych komunałów w myśl popularnych zapatrywań.

Tak pojmując istotę, zasadniczą szkodliwość, najwyższy moment choroby w t. zw. nerwicach czynnościowych, bynajmniej nie chcę nakazywać, iż „jedynie racjonalnem“ leczeniem histero-neurastenii musi być takie czy inne działanie na przeróbkę materyi. Mogę tylko tymczasem powiedzieć, iż przy takim poglądzie zrozumiałem przedstawić mi się działanie pożyteczne różnych materyalnych i materyalno-energietycznych czynników leczniczych, których (np. wodoleczenie, talassoterapia) pożytek dla wielu chorych nerwicowych, zdaje się, za ustalony uważać powinniśmy. Mogę — po drugie — poradzić wykonywać naukowo-terapeutyczne poszukiwania przy nerwicach właśnie pod nowym kątem widzenia, na tej drodze szukać i próbować nowych metod leczniczych.

Ale jeśliby mię kto zapytał, jakich zasad ogólnych należy się trzymać tam, gdzie chodzi o leczenie chorych, odpowiedziałbym mniej więcej w te słowa: „Bez oglądania się na teorię, stosujcie przy leczeniu chorych nerwowych to wszystko, czego dostarczyła empirya, nawet jeśliby zastosowania terapeutycznie pozornie przeczyły pojęciom patologicznym. A więc faktem jest, zdaje się, już niezaprzeczalnym, iż wielu chorych tej kategorii otrzymuje pomoc od hidrotterapii, faktem jest, iż człowiek ciężkiej pracy umysłowej potrzebuje najpierw wypoczynku i odsunięcia od zajęć, faktem jest, że wyniszczonego, wychudzonego neurastenika potrzeba dobrze odżywiać, że dobrze takiego nawet położyć na pewien czas do łóżka. Widywano — dalej — przy „wielkich“ objawach histerycznych, przy wybitnie wyrażonych objawach „psychicznych“ niewątpliwe poprawy od izolacji chorego — oddalenia go ze zwykłego otoczenia, umieszczenia w obcym, względnie w domu zdrowia. Widywano, że i hipnotyzm bywa pomocny przy zwalczaniu „wielkich“ objawów histerycznych, choć jednocześnie stwierdzano i ujemne jego wpływy u niektórych osobników, szczególnie przy dłuższem leczeniu... Nie ulega wątpliwości, że zawody mogą spotykać lekarza:

jest wiele przypadków uporczywych nerwic, które nie wykazują poprawy przy używaniu wszelkich znanych metod i sposobów leczniczych. Z drugiej strony — niestety — obecnie nie możemy jeszcze ustalić szczegółowszych wskazań i nieraz musimy iść po omacku. Są np. chorzy nerwowi, którzy nie znoszą zimnej wody, służą im, natomiast, lepiej kąpiele ciepłe. Większość histero-neurasteników doskonale czuje się na morzu, inni natomiast gorzej je tolerują, lepiej się czują w górach. Z którymi trafi się jedno lub drugie, nie sposób naprzód przewidzieć.

Że przy stosowaniu wszelkich tych zabiegów terapeutycznych trzeba umieć postępować z chorym, że potrzeba w nim wzbudzić zaufanie do osoby lekarza i przekonanie moralne, iż będzie zdrow — wszak to jest najpierwsza i najogólniejsza zasada terapii. Nie otrzymawszy pomocy moralnej („sugestyi“), żaden chory leczyć się nie będzie. Takiej pomocy, istotnie, może więcej potrzebuje chory na nerwicę, niż na inne cierpienie — z tej prostej przyczyny, że niewątpliwie więcej odczuwa on dolegliwości somatyczne w swej świadomości, niż to można stwierdzić w innych stanach chorobowych. Z drugiej strony faktem jest także, iż trudniej wzbudzić zaufanie w neurasteniku, niż w innego rodzaju chorym. Ale mimo to zaufanie wzbudzić lekarz w swym chorym powinien — będzie to próbierzem umiejętności jego postępowania lekarskiego“.

Do słów tych dodałbym: „w każdym razie nie próbujcie unaukować terapii w ten sposób, jak to czyni d-r DUNIN“. Bo oto nasz autor, wierząc niezłomnie w nienaruszalność swego pojmowania psychologicznego, z wszelkich istniejących sposobów i metod leczenia histero-neurastenii uznaje tylko tyle i to, co da się dopasować do wyznawanej teorii. Pozornie wszystko to jest bardzo naukowe, w gruncie zaś są to wręcz błędne dedukcye terapeutyczne „fizyologicznych“ medyków z przed pięćdziesięciu laty. Wtedy, w okresie szkoły wiedeńskiej, nie uznawano z istniejącej empiryi lekarskiej, co nie dawało się „objaśnić“ danymi nauki i podprowadzić pod istniejące teorye patologiczne. Zapominano zupełnie, że mogą istnieć i istnieją we wszechświecie liczne związki i zależności, mimo, iż związków tych możemy nie „rozumieć“ z punktu widzenia „nauki“. Za przykładem tej epoki np. izolacja, która „uważana bywa za dzielny środek w leczeniu histeryi“, wedle d-ra DUNINA niema „żadnego związku z objawami (chyba z leczeniem objawów) tej choroby: jeśli idea chorobotwórcza tkwi poniżej świadomości chorego, wtedy izolacja niema nic do poprawienia; wpływ otoczenia nie wywiera też ani pożytecznego, ani szkodliwego działania. To też w mojem pojęciu odosobnienie nie ma w leczeniu histeryi bynajmniej tego znaczenia, jak w leczeniu neurastenii, w którym wypływa ono wprost z pojęcia o istocie choroby“ (str. 65). A znowu względem metod fizycznych i środków lekarskich w leczeniu „neurastenii“ podnosi: „z toku całej pracy wypływa, iż całemu temu działowi terapii odmawiam większego znaczenia“... „Wiele z tych środków wpływają jedynie w sposób psychiczny“ (str. 48). Wypada, istotnie, z dalszych wywodów autora — naturalnie o ile ich jądro wogóle da się skryształizować — iż np. hidroterapia jest właściwie tylko środkiem „psychicznym“ — a tylko takie ma być działanie metody КНЕИР'а; „całe działanie tych ostatnich środków jest czysto psychiczne, budzą one w umyśle chorych pojęcie niebezpieczeństwa“..... (str. 51). A jeszcze wcześniej, omawiając metodę WEIR-MITCHELL'a, twierdzi, iż przy niej poprawa odżywiania, tuczenie „właściwie nic niema wspólnego z leczeniem neurastenii“ (str. 42). Wszystko to dla zadośćuczynienia przewodniej myśli, iż neurastenia jest chorobą „czysto psychiczną“.

Czy na tego rodzaju ryczałtowe sądy autora zgodzą się łatwo wszyscy lekarze, czy wogóle kwestya da się rozstrzygnąć kategorycznymi zapewnieniami,

których przykłady oto przytoczyliśmy — jest to jeszcze duże pytanie. Pomijając zasadniczą błędność punktów wyjścia do oceny terapeutycznej, jaką przeprowadza d-r DUNIN, odnośne wywody autora tem trudniej przekonywać mogą, iż sam on ciągle czyni ustępstwa ze swych tez terapeutycznych. A więc, choć izolacja w leczeniu histeryi wcale nie wypływa z istoty choroby, sam on leczył tym sposobem i widywał dobre wyniki u młodych pacjentów. Widywał także i „świetne wyniki“ przy leczeniu metodą WEIR-MITCHELL'a u kobiet z klas wyższych, zmęczonych porodami, czy też życiem światowem i t. p. Uznaje znowu w innym miejscu i pożytek hidroterapii. I przy czytaniu odnośnych ustępów można otrzymać sprzeczne wrażenia także dla tego, że autor w celu objaśnienia wyników pomyślnych zaczyna używać zupełnie odmiennego języka, niż go używał dotąd. „Nie ulega żadnej wątpliwości, że zimna woda przez podrażnienie nerwów obwodowych, zmianę w rozkładzie ciepła i krwi, wpływa na przemianę materji, a tem samem może wpływać na poprawę odżywiania ustroju całego w ogólności, a ośrodków nerwowych w szczególności“. Przechodzi — innemi słowy — autor na grunt pojęć i terminów fizjologiczno-vegetacyjnych, kiedy przedtem operował ciągle terminami psychologicznymi i twierdził, iż odżywianie przy metodzie WEIR-MITCHELL'a „nic nie ma wspólnego z leczeniem neurastenii“. I, co ważniejsza, zupełnie nie widzimy powiązania pojęć różnej kategorii, jak z drugiej strony autor już zupełnie nie próbuje objaśniać uznawanego przez się działania bromu czy arszeniku odpowiednio do „psychologicznego“ pojmowania istoty nerwic.

Wszystkie wywody terapeutyczne d-ra DUNINA wyglądają mi na to, iż osobiste doświadczenie autora jest lepsze, niż jego zdolność do syntezy. To jest: widział on to, co i inni widzieli, widział np. niezłudny pożytek metod dyetyczno fizycznych, ale wszystkiego tego nie pozwala mu uznać „teorya“. Stara się wtłoczyć i to, co widział, i to, co wie, w karby systematu, a tymczasem szwy tego systematu muszą się rozłazić z powodu zupełnej błędności punktów wyjścia. Nie może być, naturalnie, mowy w tych warunkach o jakiejś jednolitości wywodów w poszczególnych punktach, choć i o to stara się usilnie autor. Ale te starania raczej szkodzą, niż pomagają sprawie. A więc różne terapeutyczne wyjątki co do skuteczności leczenia materialnego czy innego rodzaju (metoda WEIR-MITCHELL'a, izolacja przy histeryi), odnosi d-r DUNIN tylko do pewnych poszczególnych przypadków chorobowych. Izolacja w leczeniu histeryi daje tedy dobre wyniki tylko u „młodych“ pacjentów, zaś WEIR-MITCHELL w przypadkach „istotnego fizycznego wyczerpania u kobiet, gdzie czysto psychiczne objawy neurastenii bywają nawet bardzo słabo wyrażone; chore są poprostu wyczerpane, zmęczone, przedrażnione i przedstawiają te objawy, które nazwałem somatycznymi oznakami histeryi“ (str. 43). Nieco zaś niżej (str. 43) — „gdzie oprócz fizycznego i nerwowego wyczerpania istnieją i objawy psychiczne, wtedy oczywiście i leczenie obok powyższego powinno być psychiczne, które polegać musi na tej samej zasadzie“. Przy czytaniu takich ustępów przychodzimy do wniosku: 1) że działanie na psychikę chorego wcale nie jest dla d-ra DUNINA pierwszym i zasadniczym czynnikiem terapeutycznym; 2) że albo przypadki ostatniego rodzaju wcale nie należą do kategorii histero-neurastenii — jako nie przedstawiają „objawów psychicznych“ — a są czemś innym, albo też nie może istota nerwicy polegać na „cierpieniu psychiki“, a objawy pochodzić tylko z wyobrażenia, jak chce autor — skoro sam on uznaje przypadki neurastenii bez objawów psychicznych. Nowy przykład tego błędnego koła, w jaki tak często wpada autor, a z nim razem i czytelnik!

Tego rodzaju czynniki terapeutyczne, jak elektryzacja, franklinizacja, masaż i t. d. uważa d-r DUNIN li tylko za przenośniki sugestyi, bez wszelkiego działania swoistego. Może tak jest — ale może być i inaczej. Tego nikt jeszcze dokładniej nie badał, jak wogóle nie ma dokładniejszych poszukiwań nad stopniem wartości terapeutycznej w nerwicach takich zabiegów popularnych, jak np. hidrotterapia. Badania tego rodzaju są niewątpliwie bardzo trudne i trudniejsze w nerwicach czynnościowych, niż w innych kategoriach patologicznych, jak to szczegółowiej omawiam w innym miejscu. Tutaj podkreślić muszę to jedno, iż przy wszelkich sądach terapeutycznych nad nerwicami czynnościowymi nie wolno zapominać o jednej podstawowej okoliczności. Mianowicie zaburzenie funkcji kreśli przy nerwicach czynnościowych tak samo linię krzywą (charakteru półelipsy), jak kreślą ją wszelkie inne choroby. Ważne jest jednakże to, iż w przeciwstawieniu np. do wielu chorób gorączkowych, linie zaburzenia funkcji w nerwicach są nadzwyczaj różnorodne co do swej długości i wysokości, czyli natężenia i trwania choroby. Bywają — przeważnie w wieku młodym — i bardzo krótkotrwałe zaburzenia histero-neurasteniczne, trwające ledwie kilka tygodni, w wieku zaś starszym częściej kilkumiesięczne, nareszcie i takie, które nie zmieniają się niemal przez lata całe.

Istnieje — innemi słowy — pewien samoistnie określony przebieg każdego przypadku nerwicy, jej „samoleczenie”. Jest to fakt, który trudno stwierdzić z tego formalnego względu, iż stosunkowo rzadko udaje się dłużej spostrzegać chorych na nerwicę. Silnie przerażeni, ciągle trapieni przez różnorodne dolegliwości, lubią oni, jak wiadomo, często zmieniać lekarzy, i głównie sanatoria mogłyby dostarczyć obfitszych materyałów w omawianym względzie. Ostatecznie każdy starszy lekarz, szczególnie lekarz domowy posiada szereg „wiernych“ neurasteników, którzy mu... „zawdzięczają życie“: szukając w swej pamięci, odnajdzie to samo, co niewątpliwie widziałem, iż cięższe przypadki nerwicy czynnościowej co do sposobu rozwoju i trwania zupełnie przypominają, wzgl. zachowują się podobnie, jak psychoneurozy—melancholia, mania. Te, jak już ustalono, wykazują pewne określone trwanie.

O fakcie omawianym wie już cokolwiek współczesna literatura lekarska, wie też i cokolwiek d-r Dunin, który za innymi opisywał przypadki t. zw. „*neurasthenia circularis*“. Forma ta uwydatnia bieg półeliptyczny nerwicy w formie najgrubszej, że powiem, makroskopowej. Wspomina także nasz autor i o tem, że nerwica może się leczyć sama przez się. Nie widać jednakże, by te ważne okoliczności kładł on w podstawę swych wywodów terapeutycznych. A tymczasem, jeśli mamy mówić o działaniu pomyślnem jakiegokolwiek czynnika terapeutycznego w histero-neurastenii, to i sama „sugestyja“ leczyć może z tej choroby, wprost dla tego, iż przypadek przebiega sam przez się. Osobiście najchętniej uznaję możliwość oddziaływania „sugestyi“ nawet na przebieg bardziej „materyalnych“ cierpień, niż wydają się niemi nerwice czynnościowe. Jednakże, spostrzegając przez czas dłuższy wielu histeroneurasteników, nie mogłem oprzeć się „wrażeniu“ (o ile wogóle może być mowa o „wrażeniach“ w terapii), iż „zaufanie“ chorego do lekarza, a więc niezawodnie obecna „sugestyja“ to jedno dawała u mych chorych, że spokojniej i cierpliwiej znosili oni swe dolegliwości, że te ostatecznie ustąpiły zasadniczo, dzięki samoistnemu przebiegowi cierpienia. Kwestya to, zresztą, otwarta, jak otwarte jest wogóle całe pytanie o czynnika psychicznym w terapii.

Wracając jeszcze raz do pracy d-ra DUNINA, nie mogę twierdzić, by, oprócz wykazanych zasadniczych ujemności, nie było w niej poszczególnych zdań, którym słusność przyznać należy. Słusznymi wydają mi się podznaczone przez autora niektóre rysy charakteru hysteroneurasteników (np. ich egoizm), skłonność niektórych do symulacji, a właściwie do przesady i t. d. Za lepszy uważałbym także ustęp o sanatoryjach dla nerwicowych. Jednakże i w lepszych ustępach — co już powyżej raz zaznaczyłem — spotykamy tak często braki ścisłości wyrażenia i wyrazistości pojęciowej, że można wywody autora rozumieć, jak się komu podoba. Jednym z wybitnych przykładów tego stanu rzeczy jest np. ustęp o pracy, jako czynnika leczniczym w nerwicach czynnościowych (metoda GROHMANN'a). Tutaj autor, trzymając się wciąż konkretności, że powiem, ciągle biega w kółko i nie może podjąć tego, co podejmuje się tak łatwo. „Uważam taką pracę w zakładach, jako rzecz bardzo pożyteczną, a nawet konieczną, ale jest to tylko środek chwilowy, pomocniczy. Przy tem i ta praca winna odpowiadać pewnym warunkom, być dość intensywną i wymagać pewnego wysiłku ze strony chorego. Tak to pojmuje i p. GROHMANN, który każe chorym wyrzucać nawóz, czyścić stajnie, kopać ziemię, budować małe domy i t. p.“. „Ale jeżeli, jak to widzimy w niektórych zakładach, pod mianem pracy rozumie się robienie koszyczków ze słomy, fotografowanie parku, mającego dwie morgi przestrzeni, lub struganie kołeczków, to oczywiście musimy wzruszyć ramionami na widok tej pracy, która chyba tylko chorych, graniczących z idyotyzmem, zająć może“ (str. 34). Nie widzę zupełnie powodu, dlaczego nawóz miałby być czemś lepszym od fotografii, i ostatnia powinna być przeznaczona tylko dla idiotów, a pierwszy dla „lepszych“ neurasteników. Myślę — chodzi tu i nie o nawóz, fotografię, czy czyszczenie stajni, ale o to, by chory widział cel wyraźny i określony w pracy zadanej. Wszak całą treścią życia ludzkiego jest dążenie do pewnych celów materialnych czy moralnych: taka tylko praca jest przekleństwem dla człowieka, w której on nie widzi żadnego celu. Różni ludzie w różnych rzeczach cel sobie upatrują: i jeśli chodzi o konkretne zajęcia fizyczne dla neurastenika, to tu trzeba poniekąd odgadnąć jego indywidualność. Jednego zajmie fotografowanie, drugiego kopanie ziemi i t. d. Chodzi także i o odmienność pracy w porównaniu z tą, jaką przedtem zajmował się chory. Ponieważ wielu nerwicowych rekrutuje się z pośród ludzi pracy umysłowej (w tej lub innej formie), mniemam też, iż praca koło ziemi, do której większość ludzi taki pociąg odczuwa, może być naogół bardziej celowa, niż innego rodzaju.

Całą trudność stosowania „pracy“ w hysteroneurastении stanowi właśnie okoliczność, iż tego rodzaju chorym niełatwo wynaleźć cel, szczególnie w pierwszych okresach choroby. Nie mogą znaleźć oni sobie celu, jak to wogóle bywa niemal w każdej chorobie: nie mają oni tej „radości życia“, która człowieka popycha do działania. A po drugie — chorzy tacy naprawdę czują się często bardzo osłabieni. Tego zapewne d-r DUNIN nie zechce uznać: niechęć do pracy neurasteników uważa on przeważnie za wynik „rozleniwienia“. I wogóle w myśl swego pojmowania psychologicznego nie wiele daje wiary nasz autor skargom neurasteników, uważając je za dzieło „imaginacji“. Jednakże, uważając takich chorych właściwie za niepczytalnych, autor, rzecz szczególna (co każdy czytelnik łatwo zauważy), chętnie wierzy tym ich słowom, które mogą posłużyć za dowód teorii psychologicznej nerwic, a nie wierzy wszystkiemu temu, co może tej teorii przeczyć. Dość cechującami ten stan rzeczy są komentarze autora do przypadku ERB'a.

Tymczasem, uznając różne właściwości psychiki neurasteników, nie myślę, byśmy różne rzeczy, opowiadane przez nich, powinni sobie „puszczać mimo uszów“. Opowiadają zaś oni nieraz rzeczy nader określone. Pamiętam np. dobrze kilku neurasteników, którzy zwracali sami mą uwagę i pytali o wyjaśnienie, dla czego czują się oni przez pewien przeciąg czasu wyraźnie lepiej po dłuższej jeździe koleją. Można, naturalnie, i ten fakt sprowadzić na „psychikę“, ale przypomnę, iż pomyślnie działanie drgań stwierdził już CHARCOT dla niektórych cierpień nerwowych, np. „*paralysis agitans*“.

D-r DUNIN porusza także kwestyę powstawania i zapobiegania nerwicom czynnościowym, i tutaj hołdując konsekwentnie psychologizmowi. Wywody odnośne nie przekraczają jednak sfery ogólników, czytanych i słyszanych nie tu, to gdzieindziej, nie tylko w prasie naukowej, ale i ogólnej. Broń przeciw neurastenii mamy znaleźć w reformie naszego moralnego wychowania, histeryę zaś wytępi wyrabianie w dziewczętach jasnego, krytycznego sądu, poskramianie zapędów do marzeń i życia w świecie fantazyi, także przewaga ćwiczeń fizycznych i t. p. Niestety, gdyby to wszystko było podstawowym środkiem zapobiegawczym, nie byłoby tyle nerwic wśród klas najniższych, które mają chyba aż nadto ćwiczeń cielesnych, a nie wiele czasu do marzeń i życia w świecie fantazyi...

A przy swych naukowych wywodach nie może się parę razy powstrzymać nasz autor od wyrazów żalu — za dawnymi, dobrymi czasami. „Dawniej w ludzi wpajano hart, silną wolę — to też neurastenii było mniej...“. „Dawniej lekarz był dla chorego pewnego rodzaju nieprzystępną wyrocznią“... Trudna rada: „młodzież się klasycyzmu zrzekła — w kąć poszedł pyrejski tan...“. Zmieniają się czasy i ludzie, przychodzą nowe pokolenia z nowem pojęciem życia, i lekarz musi się z tem rachować.

Rzecz cała czyta się dość potoczyście, ale z tego, co mówiliśmy — trudno jej przyznać coś więcej nad wartość felietonu. Jeśliby zaś jakikolwiek umysł logiczny, czytając uważnie pracę d-ra DUNINA, zechciał się z niej uczyć i rozszerzać swe pojęcia, to bardzo wątpię, czy mu się to uda, — wobec tylu błędów podstawowych, jakie rozbieraliśmy, braku pewniejszych punktów wyjścia i doktryneryi, przepajającej cały wykład. Chyba że zechce czytelnik przyjąć na wiarę, dogmatycznie wszystko to, co mówi autor. W tym razie ciekaw jestem — dodam dla siebie — miny lekarza, który będzie wynajdywał wskazania lecznicze w nerwicach wedle recepty d-ra DUNINA, a więc odnajdując „świadome“ i „nieświadome“ wyobrażenia... Dodam po drugie, iż bardzo niełatwe jest „połapanie się“ w wywodach psychologicznych autora, skoro, jak zaznaczyłem, obok terminów psychologicznych znajdujemy *ex abrupto* terminy i pojęcia anatomiczne i fizyologiczne i t. p. Rodzi się też mimowoli pytanie, czy sam autor uświadomił sobie dokładnie cały psychologizm, o którym pisze. Z tych wszystkich względów uważam pracę d-ra DUNINA za rzecz, naukowo zupełnie chybioną.

E. Biernacki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich MIKULICZ mówił o rozlicznych sposobach znieczulania. W klinice wrocławskiej od 1896 do 1900 r. było: 5242 usypiań chloroformem, 438 eterem, 85 bromkiem etylu; 1739 znieczuleń podług SCHLEICH'a, 850 podług OBERST'a (wstrzykiwanie 1% kokainy wzdłuż przebiegu nerwów czuciowych), 60 podług HÖCKENBRUCH'a (t. zw. znieczulenie obrączkowe na kończynach). Sposób BIER'a wypróbowano w 35 przypadkach w większych operacjach na kończynach dolnych, kroczu i pachwinach. Autor rozróżnia 2 kategorie. Operacje małe (kaszaki, raki wargi dolnej, ropnie na palcach, wrastanie paznogcia) mogą oczywiście być wykonane całkowicie pod znieczuleniem miejscowym. Do drugiej kategorii, gdzie stosować należy znieczulenie ogólne, należą przypadki, w których potrzebne jest rozluźnienie mięśni (zwichnienia, laparotomie, wycięcie stawów, operacje na szczękach). Przy amputacji sutki rakowatej trzeba usypiać chorą, a nie stosować metodę SCHLEICH'a. Dla rozwiązania pytania, czy usypiać, czy znieczulać miejscowo, należy brać pod uwagę, co następuje: 1) bezpośrednie niebezpieczeństwo usypiania; 2) następczy wpływ tegoż; zapalenie płuc, grające bardzo ważną rolę jako przyczyna śmierci po laparotomiach, następuje

równie często przy usypianiu jak i przy SCHLEICH'u; śmiertelność bywa przy ostatnim nawet wyższa; 3) należy uwzględnić stan psychiczny chorych: bojaźliwych trzeba usypiać. Wogóle M. radzi robić pod znieczuleniem miejscowym te tylko laparotomie, w których operacja trwa bardzo krótko, np. przetoka żołądkowa. Co do śmiertelności, to na 87530 chloroformowań (cyfry z całego Szląska) tylko w 4 można było napewno uważać chloroform za przyczynę śmierci; na 4177 usypiań eterem i przypadek śmierci. Należy ściśle uwzględnić przeciwwskazania, nawet mniejszego znaczenia, np. nierówne tętno lub rozpoczynające się zaburzenia krwioobiegu. Jednym z najważniejszych przeciwwskazań jest ropnica ostra lub przewlekła. Gorączkujący chory na ropnicę znośną chloroformem lub eterem bardzo źle. Wielkie znaczenie ma technika usypiania. Ilość chloroformu, użyta w jednostce czasu, zależy od wieku: wzmagą się ona z każdym 10-leciem, dosięgając *maximum* (105 grm. w 100 minutach) między 38 a 50 rokiem; u ludzi starszych 90 grm. w 100 minutach; u dzieci 50 grm. Do usypiań, trwających przeszło 2 godziny, używa się, bez względu na wiek i płeć, 60 grm. w 100 minutach. M. oddaje obecnie pierwszeństwo eterowi przed chloroformem. (Arch. f. kl. Chir. T. 64).

Wiadomości bieżące.

— Styczniowy, czyli pierwszy zeszyt „Zdrowia“ na rok bieżący, miesięcznika, stanowiącego organ Tow. Hig. Warszawskiego, staje się coraz bardziej pismem interesującym, dążącym wytrwale do zjednania sobie opinii poważnego organu i istotnie pożytecznego pisma, podaje ono bowiem nie tylko sprawozdania z działalności Towarzystwa, lecz i mnóstwo dobrze opracowanych streszczeń z różnych dziedzin higieny, zajmując się przeważnie tem, co ma praktyczne w życiu zastosowanie. Niezależnie od tego „Zdrowie“ pomieszcza niemało prac oryginalnych, poruszających rzeczy całkiem nowe a ważne. I tak,

w zeszycie o którym mowa, znajdujemy bardzo pouczającą pracę Anieli Szycówny p. t. *Nauczyciel wobec dzisiejszych wymagań higieny*; ŻÓRAWSKIEGO Maryana: *Gruźlica w świetle doświadczeń prof. R. KOCH'a*; doskonały, z dążnością popularną napisany artykuł d-ra GAŁECKIEGO: *Suchoty płucne, istota choroby, środki zapobiegawcze i zasady leczenia*, oraz kilka innych z zakresu higieny zawodowej nie mniejszej wartości. Z prac obszernych, gruntownie napisanych, a już dawniej pomieszczonych w „Zdrowiu“, dość przypomnieć na czasie będącą monografię D-ra JANOWSKIEGO o *Dżumie* i wysokiej wartości zbiorową

pracę, objaśnioną wielką liczbą doskonałych rysunków, wydaną z wielkim nakładem pracy i pieniędzy, o największym szpitalu w naszym kraju i bodaj na całych ziemiach polskich, t. j. o szpitalu „Dzieciątka Jezus“, aby nasz pogląd podzielić, że „Zdrowie już dziś jest organem poważnym, zasługującym na jaknajgorętsze poparcie.

— Z dziedziny higieny publicznej zaznaczyć należy doniosły fakt, jakim jest kanalizacja m. Łodzi. Co prawda, Łódź, jako miasto bogate, z iście amerykańskim przyrostem ludności, powinno było już dawniej o swem uzdrowotnieniu pomyśleć, zwłaszcza wobec braku wody dobrej do picia. Warunki, obniżające stopień zdrowotności tego miasta a polegające przede wszystkim na braku wody bieżącej i nagłym przyroście zaludnienia, domagały się już oddawna, aby coś radykalniejszego przeciwko podobnemu stanowi rzeczy przedsięwziąć. Z wielkiem też uznaniem powitać należy działalność opiekunów tego miasta — mówimy tu o zarządzie czyli magistracie miasta — którzy w ubiegłą sobotę odbyli pierwsze posiedzenie kanalizacyjne w obecności inżyniera LINDLEY'a, który zakomunikował o wynikach swej wycieczki po rzece Pilicy, a następnie przedstawił projekt zorganizowania biura technicznego dla prowadzenia badań. Biuro zaopiniuje, z jakiej wody należy korzystać: rzecznej, czy

gruntowej, ku czemu przeprowadzone będzie wiercenie otworów i analiza wody gruntowej i rzecznej. Po zgromadzeniu wszystkich danych LINDLEY o-rzeczce, co jest dogodniejsze. Co do kanalizacji, można będzie zaopiniować po zniwelowaniu ulic miasta i okolic, jaki system jest lepszy, czy urządzenie basenów odświeżających, czy pól zraszania, czy systemu złączonego, czy wreszcie biologiczny sposób oczyszczania kanałów i wód. LINDLEY proponuje urządzić w Łodzi biuro, które w ciągu sześciu miesięcy powinno zebrać wszystkie dane. Utrzymanie personelu technicznego, urządzenie biura i nabycie instrumentów do badań wyniesie około 15,000 rubli. Zebranie przyjęło projekt LINDLEY'a, który stać będzie na czele biura i mieć będzie w Łodzi stałego zastępcę — inżyniera. Nasze mniejsze i małe miasteczka, w których warunki zdrowotne są opłakane, nie wiele okazują chęci ku ich poprawie; oprócz bowiem Przasnysza, który z wielką energią rozpoczął działalność w kierunku swego uzdrowotnienia, jeden tylko Łuków poszedł za jego przykładem. Trudno się temu dziwić, gdyż, jeżeli takie miasta, jak Kalisz, który się doskonale nadaje do kanalizacji, a przynajmniej zaprowadzenia u siebie wodociągów, śpią po dawnemu, to czegoż możemy się spodziewać od innych, zwłaszcza małych miasteczek.

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.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Довволено Цензурою, Варшава 3 Января 1901 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

SANATOGEN

Środek wzmacniający
Działanie tonizujące

Zupełnie nie drażni.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury
bezpłatnie reprezentant: **Biertuempfel**,
Warszawa Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **Bauer & C-ie**,
Berlin, S. O. 16.

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.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wars. Higienicznego 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 wina w Warszawie i na prowincyi.

Zakład Lecznicy 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.

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, Cepousza, Filleborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziołkiewiczza, Kozłowskiego, Lilpopa, Malinowskiego, Mieszczonańskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Różyckiego, Strużyńskiego i Fricka, Stypińskiego i Surzyńskiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofs.

Składy główne: Karmelicka 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 aptece **K. Rybickiego**. W Kielcach w aptece **A. Wierzbęty**.

Pracownia analityczno - lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Aparaty Dezynfekcyjne
za pomocą **Formaldehydu**

do dezynfekcji
MIESZKAN.,
MEBLI,
Sardaroby
i wszelkich
PRZEDMIOTÓW
bez
uszkodzenia
takowych.

Witt poleca
FABRYKA
ul. Leopoldyny № 11

— Skład fabr. Elektoralna 21

Fosfatyna Faliera

mączka dla dzieci

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.

Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol

Stosowanie: czysty lub z Acid. bor pulv. albo jako maść 5%.

Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)
zawiera 5% Taniny w połączeniu organicznem.

Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale AgNO₃, nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

Lycetol

(Winian dimetapiperazyny)
łatwo podzielny o przyjemnym smaku, niehygroskopijny.

Epicaryna

dla użytku weterynar.

Lozofan

Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.

Phenacetyna Bayer Aspiryna



Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakolu.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia taninę, rozszczepia się w kiszkaach przez co nie psuje apetytu.

Hedonal

Tetronal

Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicylowy i salicylan sodu, nie drażni żołądka i zostaje bez rozkładu przyswojona.

Żelazo—Somatoza

(Ferro-Somatose)
Zawiera 2% żelaza w połączeniu organicznem łatwo przyswajalnem. Bez smaku, łatwo rozpuszczalna.

Europphen

zastępuje jodoform w małej chirurgii.

Stosowanie: czysty lub z aciborie. pulv. aa. p. w maści — 10%.

Jodotyryna

działająca substancja gruczołu tarczycowego.

Salophen

zamiast kwasu salicylowego i jego soli, bez zapachu, zupełnie nieszkodliwy, wolny od wszelkich ubocznych działań.

Piperazyna

Trional

Sulfonal

Salol