

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.

TRZĘŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (d-r E. Flatau). Przez S. Goldflama. (Ciąg dalszy). — W sprawie trawienia u suchotników. Podał K. Dłuski. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI, 14. O przepuklinie pachwinowej powierzchownej (hernia inguinalis superficialis). 15. Ostre ropne zapalenie okostny bez zapalenia szpiku kostnego. 16. Określenie rodzaju wysięku przy zapaleniu wyrostka robaczkowego za pomocą badania krwi. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. Jan Mazurkiewicz. Andrzej Towiański. Studium psychologiczne. (Dokończenie). — List otwarty do redakcyi „Medycyny”. Odpowiedź kol. Biernackiemu na jego krytykę mej pracy p. t. „Zasady leczenia histeryi i neurastenii”. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

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-cur E. Flatau). 2) D-r K. Dłuski — Sur la digestion chez les phthisiques.

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

„MEDYCINA“

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 K. Dłuski — Ueber die Verdauung bei Phthisikern.

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

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

Przez

S. GOLDFLAMA.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 5).

Tak więc, porażenie asteniczne w powyższym przypadku zaczęło się, jak to często bywa, od ptozy, która pozostała jednostronną. Po dwu blisko miesiącach przyłączyło się do pierwszego objawu lekkie zakłócenie mowy, występujące wieczorem, a tak nieznacznie, że lekarz o niem wcale nie wiedział, zwłaszcza że i sama chora nie zwracała na nie uwagi.

Stan ogólny był doskonały, chora nie żaliła się wcale na brak sił, a nawet objawy już istniejące uległy małej poprawie. Dopiero po upływie następnych 2 miesięcy rozwinęły się dość nagle inne objawy opuszkowe,

a mianowicie zaburzenia w żuciu i połykaniu; objawy te wkrótce doszły do wysokiego natężenia, toż samo stało się z zaburzeniami mowy, a jednocześnie zjawiała się ogólna bezsilność. Badanie wykazało natychmiast, że pareza ma wybitne piętno szybkiej wyczerpalności, że podlega wahaniom w ciągu dnia, że zwykle wieczorem jest najwyraźniejsza. Mya R., znaleziona w dwugłowym ramienia, bardzo korzystnie powiększyła całokształt objawów choroby, choć jest rzeczą niezwykłą, że reakcyi tej nie dawały mięśnie najbardziej porażone, jako to mięśnie twarzy i język. Z powodu szybkiego męczenia się chorej nie można było określić rozmiarów terytoryalnych apokamnozy, tem więcej, że wkrótce powstały zaburzenia oddechowe, duszność zarówno wdechowa, jak i wydechowa, z paroksyzmami duszenia, które wreszcie spowodowały zgon chorej. Małe poruszenia gorączkowe pod koniec były prawdopodobnie wyrazem komplikacyi ze strony płuc (stłumienie, oddech osłabiony), choć nie są rzadkie przypadki porażenia astenicznego, przebiegającego z gorączką mniej lub więcej długotrwałą, a najczęściej przelotną (GOLDFLAM, OPPENHEIM, RAYNAUD, BALLEET i in.). Przyczyna choroby i w tym przypadku jest nieznaną; i w tym przypadku chciano obwiniać troski i zgryzoty. Cierpienie gardła około Bożego Narodzenia pod względem etiologicznym nie gra żadnej roli, (nie było porażenia akomodacyi), ponieważ porażenie asteniczne pod ten czas już istniało. Jest również bardzo nieprawdopodobne, aby ono stało w jakimkolwiek związku z zanikiem połowicznym twarzy; w całej kazuistyce znalazłem jeden tylko przypadek, zarówno dla mnie, jak i dla OPPENHEIM'a niepewny pod względem rozpoznania — jest to pierwszy przypadek BRISSAUD-LANTZENBERG'a —, w którym jest mowa o spłaszczeniu prawego policzka i skroni. Wyraźnej nerwowej predyspozycyi nie było również u chorej, oprócz oznak, przypominających chorobę BASEDOW'a; chora i jej siostra od dzieciństwa miały umiarkowane wole i niewielki *exophthalmus*.

Chorobie BASEDOW'a towarzyszą zwykle pewne ogólne objawy historyczno-neurasteniczne, na zasadzie czego choroba ta bezsprzecznie należy do t. zw. rodziny chorób neuropatycznych. W pokaźnej liczbie przypadków obserwowano w chorobie BASEDOW'a porażenie twarzowe, porażenie mięśni żwaczy, języka, mięśni gardzieli i krtani, jak również porażenia innych grup mięśniowych. Dla nas najciekawsze są te przypadki, w których chorobę BASEDOW'a komplikowały zjawiska, spotykane również często w porażeniu astenicznem. Najwięcej zasługują na uwagę porażenia mięśni ocznych, czy to w obrębie całego *n. oculomotorii*, (FINLAYSÖN)²⁴⁾, *trochlearis* lub *abducentis* (MÖBIUS)²⁵⁾ lub obu zewnętrznych (STELLWAG), czy to częściowe, jak porażenie *recti sup.* (SCHLESINGER)²⁶⁾, *recti int.*, *obliqui inf.* i t. d. Zwykle w tych przypadkach istniały zaburzenia ze strony innych nerwów czaszkowych, a także pewne objawy opuszkowe, jak trudność w połykaniu, mowa nosowa, głos bezdźwięczny, pareza mięśni ksobnych i naprężających struny głosowe (F. MÜLLER) i t. d.

Te właśnie przypadki choroby BASEDOW'a ważne są szczególnie z tego względu, że w niektórych z pośród nich, w których dokonano badania postmiernego, najstaranniejsze poszukiwania drobnowidzowe nie wykryły za-

²⁴⁾ Arch. f. Psych. 1886. Bd. XVII. H. 2.

²⁵⁾ BRAIN. 1890. ref. w Neurol. Centr. 1891. S. 113.

²⁶⁾ Sitz. des Wiener. medic. Club. vom 12. X. 92. Neur. Centr. 1892. S. 761.

dnego anatomicznego odpowiednika dla porażień, że więc także mamy tu do czynienia z „porażeniem bez anatomicznego substratu“. Szczególniej znany jest w tym kierunku przypadek BRISTOWE²⁷⁾. Ale w tych wszystkich przypadkach i w innych im podobnych niema mowy o porażeniu astenicznem. Inaczej zupełnie rzecz się ma z przypadkiem JENDRASSIK'a (Vom Verhältnisse der Poliomyelencephalitis zur Basedow'schen Krankheit)²⁸⁾, który według mego zdania stanowczo należy uznać za porażenie asteniczne. U 16-letniego czeladnika farbiarskiego rozwinęły się objawy asteniczne, jako najpierwsze i wśród zupełnego zdrowia, pod postacią muszek przed oczami, diplopii, a wkrótce potem ptozy lewostronnej. Po 2 miesiącach nastąpiły zaburzenia w żuciu, żuchwa męczyła się prędko, połknięte płyny powracały przez nos, a kęsy jadła nie trafiały na właściwą drogę, chory nie mógł się śmiać, męczył się przy mówieniu, wkrótce zaczął mówić niewyraźnie i nie mógł świsnąć. Stan ten z wolna się poprawił. Po upływie miesiąca naprzód lewe oko, a potem prawe stało się nieruchome i stopniowo rozwinęła się proeminencya prawej gałki ocznej; później powiększył się obwód szyi i powstały zaburzenia w oddechaniu; bicie serca przy cięższej pracy istniało od początku. Przy wstąpieniu chorego do szpitala zaznaczono: obustronny *exophthalmus*, nieruchomość gałek ocznych, niedomykalność powiek po części z powodu *exophthalmus*, po części z powodu osłabienia mięśnia okrężnego, lekka ptoza lewostronna, pareza dolnych mięśni twarzy z obu stron, ruchliwość podniebienia miękkiego zmniejszona, szybkie męczenie się przy żuciu, kończyny górne, zwłaszcza ramię, w wysokim stopniu osłabione. Powiększenie gruczołu tarczowego. Tętno 120. Szybkie drżenie palców. A więc do niewątpliwego porażenia astenicznego w dalszym przebiegu przyłączają się objawy choroby BASEDOW'a.

Z drugiej strony jest faktem uderzającym, że w pewnej liczbie przypadków porażenia astenicznego autorowie zaznaczają istnienie pewnych charakterystycznych objawów choroby BASEDOW'a, a mianowicie PINCTON wymienia lekki *exophthalmus*, FINIZIO tenże objaw i czasami tachykardię, KALISCHER (II) niewielkie wole a prawdopodobnie i *exophthalmus* (przy rozpoznaniu pomyślano przedewszystkiem o chorobie BASEDOW'a) KARPLUS — wystawanie gałek ocznych, CHARCOT-MARINESCO — przerost gruczołu tarczowego (toż samo u matki), MURRI — proeminencyę gałek ocznych, OPPENHEIM (II) — małe wole, przyspieszoną akcyę serca, szybkie drżenie palców. W mojej I obserwacji, powyżej opisanej, jest zanotowany objaw GRAEFE'go w pierwszym stadium choroby, a REMAK²⁹⁾ w dyskusyi nad odczytem SENATOR'a wspomina o przypadku porażenia astenicznego na podstawie nienormalnej choroby BASEDOW'a (*Exophthalmus, tremor, tachycardia*). Najwybitniej przedstawiały się te objawy w przypadku JENDRASSIK'a, który to przypadek, wbrew opinii OPPENHEIM'a, stanowi klasyczny przykład porażenia astenicznego. A więc wszędzie tu jest mowa, że tak powiem, o fragmentach choroby BASEDOW'a. Czy lekki *exophthalmus* lub niewielkie wole wystarczają do rozpoznania choroby BASEDOW'a, a choćby poronnej formy tej choroby, nie chcę w danej chwili rozstrzygać, ale wiadomo, że wystające gałki oczne i wole w niewielkim stopniu stanowią często indywidualną lub rodzimą właściwość, nie mającą żadnego związku

27) BRAIN. 1885. S. 313.

28) Arch. f. Psych. 1886. Bd. XVII. H. 2.

29) Berlin klin. Woeh. 1899. S. 176.

z chorobą BASEDOW'a. I w powyższej mojej obserwacji były te objawy raczej cechą rodzinną (istniały również u starszej siostry) — aniżeli patologiczną, ponieważ trwały w rozmiarach bardzo umiarkowanych od dzieciństwa i nie wzmagaly się z wiekiem, a innych zaburzeń, właściwych chorobie BASEDOW'a, nie było. A jednak należy uznać jakiś luźny związek między porażeniem astenicznym i chorobą BASEDOW'a, ze względu na to, że kombinacja porażenia z wybitnymi objawami choroby BASEDOW'a lub też z poronną formą tych objawów jest zbyt częsta, aby ją można było uważać za przypadkowe jedynie współistnienie. Taki jest również pogląd OPPENHEIM'a na kwestyę. Jest on tem więcej zachęcający, że dziś teoria toksyczna powstawania choroby BASEDOW'a (MOEBIUS) liczy najwięcej zwolenników, a dla objaśnienia porażenia astenicznego również zmuszeni jesteśmy przyjąć działanie jakiegoś jadu. Zaiste, działające substancje gruczołu tarczowego nie są zgoła potrzebne w porażeniu astenicznym, i dla tego uważałbym w tym przypadku tabliczki tyreoidyny za przeciwwskazane stanowczo.

Przypadek V. K. . . . Rozalia, 30 lat, już przed 7 laty leczyła się z powodu obustronnego opadnięcia powieki oraz ogólnego osłabienia, czego przyczyna zarówno dla chorej, jak i lekarzy pozostała niewiadoma; wedle przypuszczeń pacjentki przyczynić się mogło do powstania choroby przepracowanie — zajmowała się nadmiernie szyciem, — zwłaszcza zaś zmartwienia, których wielu w owym czasie doznała. Bardzo stopniowo poprawił się wówczas jej stan pod wpływem elektryzacji i pobytu na wsi. Gdy przed 2 1/2 laty wychodziła za męża, stan jej zdrowia był zadawalniający i pozostawał takim w ciągu roku przeszło, w trakcie którego urodziła dziecko i karmiła je przez 10 miesięcy. Ku końcowi okresu karmienia — mniej więcej przed rokiem — dostała ataku nerwowego, który, sądząc z opisu, podobny był do histerycznego napadu (podobno taki sam atak miał już raz miejsce przed 7 laty — wedle słów siostry chorej). W tym czasie chora miała wiele trosk i zgryzoty. Wkrótce górne powieki opadły, niedługo potem przyłączyło się podwójnowidzenie, następnie utrudnienie mowy, mozolne połykanie, ogólna niemoc ośwładnęła chorą. Jakkolwiek występują samoistne polepszenia, trwające po kilka dni, i jakkolwiek pod wpływem jakoby galwanizacji powiek oraz mięśni twarzy poprawa niejednokrotnie trwa dłużej, i chora bywa w stanie godzinami czytać bez opadnięcia powiek, to jednak pogorszenia wciąż się powtarzają, i w ogólności stan chorej jest cięższy, niż przed rokiem. Pacjentka akcentuje ten fakt, że zaburzenia są wieczorami bardziej wyrażone, niż zrana. Wychudła wskutek utrudnionego przyjmowania pokarmów. Peryody przyspieszone.

Ojciec chorej oraz starsza siostra zmarli na gruźlicę płucną, matka oraz czworo rodzeństwa w dobrym znajdują się zdrowiu. Pacjentka nigdy poważnie nie chorowała, w szczególności zaś nie przechodziła grypy.

Widziałem ją 12. III. 1901 r. wspólnie z kol. HIGIEREM, który pierwszy zrobił właściwe rozpoznanie i upoważnił mnie łaskawie do opublikowania przypadku. Pacjentka jest osobą smukłą, bladą, odżywiania dostatecznego. Narządy wewnętrzne zdrowe. Tętno 90. Resp. 24. Obustronne opadnięcie górnych powiek, których brzeg dochodzi do połowy rogówek, wyraz twarzy senny, jednostajny. Opadnięcie powiek ulega łatwo wahaniom, nawet w ciągu badania: już samo patrzenie na badającego, a jeszcze bardziej przyglądanie się jakiemuś przedmiotowi wywołuje wzmoczenie tego objawu; jasne oświetlenie razi wzrok chorej i wzmagą opadnięcie powiek, które w ciemności jest mniejsze. Marszczenie

czoła, mruganie, ruchy gałek ocznych, mianowicie ku górze, zwłaszcza zaś czytanie również powiększają ptozę. Przy czytaniu chora książkę zazwyczaj trzyma nisko, wogóle wzrok ma zwykle skierowany ku dołowi, gdyż wtedy górne powieki najmniej się wysilają; prócz tego po stronie prawej opadnięcie powieki często bywa większe, niż po lewej. Przy czytaniu przeszkadza nie tylko ptoza, wkrótce litery zlewają się, chora musi sobie jedno oko zasłonić, dzieje się to zapewne na skutek osłabienia konwergencji i ztąd powstałych podwójnych obrazów, a nie z powodu zmęczenia akomodacji. Albowiem, jakkolwiek zazwyczaj w stanie spokoju chora na podwójne widzenie nie uskarża się, i porażenie mięśni ocznych nie daje się skonstatować, to jednak łatwo je wywołać. Już przy marszczeniu czoła kieruje się lewa gałka oczna ku górze, prawa zaś na zewnątrz, choć przytem pacjentka podwójnych obrazów nie dostrzega. Przy wielokrotnem kierowaniu wzroku w prawą lub lewą stronę, łatwo występuje drżenie gałek w krańcowem ich ustawieniu, wkrótce mięśnie proste wewnętrzne słabną, prawy szybciej, niż lewy i wtedy zjawia się podwójnowidzenie. Również przy wielokrotnem kierowaniu gałek ocznych ku górze, mięsień górny prosty szybko się wyczerpuje i podwójne obrazy występują. Ten, że tak powiem, sztuczny niedowład mięśni ocznych dość prędko przemija w spokoju.

Marszczenie czoła, zwieranie powiek odbywa się słabo, niekiedy przy zaciskaniu powiek pozostaje wąska szpara (*lagophthalmus*); i reszta mięśni twarzowych jest słaba, warg nie potrafi chora napiąć, przepuszczają one powietrze przy nadymaniu policzków, zresztą bardzo niedołężnem. Językiem porusza dobrze we wszystkich kierunkach, lecz nie może go mocno wyprężyć. Podniebienie miękkie kurczy się przy fonacji nie energicznie, nie wyczerpuje się jednak i jego pobudliwość odruchowa jest zachowana. Badanie laryngoskopem stwierdza normalne stosunki. Ruchy żuchwy niezłe, lecz chora unika twardych pokarmów, albowiem odgryzanie kęsów i żucie szybko słabną i wyczerpują chorą. Połykanie, o ile kęsy są małe i przyjmowane powoli, odbywa się dobrze, w przeciwnym razie płyny wracają nosem. Z początku połykanie nie jest połączone z wielką trudnością, lecz wkrótce staje się móżdżkiem, i pacjentka wyczerpuje się. Zdarzało się ku końcowi przyjmowania pokarmów, że kęs pokarmowy uwiązał w gardzieli, wywoływał krztuszenie się i musiał być palcami usuwany. Zmęczenie, powstające wskutek mówienia, upośledza w wysokim stopniu i akt połykania, odwrotnie też w ciągu pół godziny po jedzeniu chora nie jest w stanie mówić.

Mowa, początkowo wyraźna, staje się szybko nosową. Najwybitniej występuje to wyczerpywanie się mowy przy głośnem czytaniu; chora często przerywa lekturę, a pauzy stają się coraz dłuższymi. Zimno podobno wpływa również ujemnie na czynność mówienia, gdyż wargi przytem sztywnieją.

Jakoby pod wpływem zimna palce także sztywnieją. Siła górnych kończyn jest osłabiona, chora np. nie może nosić na ręku swego dziecka. Przy wielokrotnem podnoszeniu ramion amplituda ruchu zmniejsza się wprawdzie, lecz przemijającego porażenia wywołać tą drogą nie można. Wszakże objawy wyczerpania niewątpliwie istnieją w górnych kończynach, tak np. po odkrajaniu dwóch kromek chleba ręce odmawiają dalszego posłuszeństwa, chora tylko w ciągu bardzo krótkiego czasu jest w stanie trzymać w ręce parasolkę i t. p.

Nogi męczą się przy chodzeniu, dłuższych przechadzek chora wcale odbywać nie może. Objaw wyczerpania występuje tu jaskrawiej: po wielo-

krotnem podnoszeniu nóg w pozycji leżącej dojsć można do tego, że chora prawie wcale unieść ich ku górze nie jest w stanie. Odruchy kolanowe są żywe, nawet istnieje *trepidation du genou*, brak *clonus stopowego*.

Mięśnie tułowia są również słabe i męczą się łatwo; chora z trudnością zmienia pozycję leżącą na siedzącą, a po dwukrotnej takiej akcji już po raz trzeci wykonać jej nie może.

Wyczerpanie członków oraz tułowia pozostaje bez wpływu na funkcje rdzenia opuszkowego i mięśni ocznych.

Zmysły, czucie, sprawność pęcherza i odbytnicy zupełnie prawidłowe. W moczu ani białka, ani cukru niema

(C. d. n.).

W SPRAWIE TRAWIENIA U SUCHOTNIKÓW.

Podał

K. DĘBSKI.

(Dokończenie.—Zob. N. 5).

Wiadomo, iż G. SÉE, SOKOŁOWSKI, a dawniej BOURDOU¹⁾ opisali skryte postacie suchot płucnych, a między nimi postać wrzekomo-żołądkową. BOURDOU w $\frac{2}{3}$ przypadkach znajdował zaburzenia żołądkowe przed pokazaniem się pierwszych fizycznych symptomatów płucnych. G. SÉE również twierdzi iż „żołądek jest często pierwotnem siedliskiem „przed-gruźliczych“ zaburzeń trawienia“. Ale dalej wyraża się w sposób odmienny, gdyż sądzi, że zaburzenia żołądkowe są bezpośrednim rezultatem drażnienia błony śluzowej przez laseczniki KOCH'a. W takim zaś razie dyspepsya przestaje być przez to samo „*pietuberculeuse*“. Ale i przypuszczenie, że dyspepsya pochodzi w prostej linii od działania drobnoustrojów na błonę śluzową żołądka napotyka na ostrą krytykę ze strony MATHIEU, ucznia G. SÉE, który dowodzi, że zmiany błony śluzowej dla tego właśnie bardzo są rzadkie, iż kwas solny zmniejsza żywotność laseczników, a pobyt ich w żołądku nie jest dostatecznie długi, aby mogły wnikać w tkanki jego ścian.

Wbrew G. SÉE, GUÉNEAU de MUSSY utrzymuje, iż dyspepsya jest czynnikiem, sprzyjającym rozwojowi gruźlicy, PIDOUX zaś twierdzi, „że dyspepsya nie może być przyczyną z tej racyi, iż jest tylko skutkiem sprawy gruźliczej“. Daleko ostrożniejszy GRANCHER, na pytanie, czy dyspepsya początkowa zależy od „ściśle określonych zmian anatomicznych“, czy też jest „czysto czynno-

¹⁾ Uwaga. Spostrzeżeniem, porobionym przez francuskich klinicystów, zaprzeczyc niepodobna, ale chodzi o to, jak je komentować. Gdy BOURDOU robił swe poszukiwania (przed 50 już laty), o udoskonalonej dzisiejszej technice nie było mowy. We Francji dopiero od czasów GRANCHER'a, a zatem jakie lat kilkanaście, badanie fizyczne istotnie zostało udoskonalone. Nie wiadomo więc, na jakich danych fizycznych mówi BOURDOU o długotrwałej nieobecności symptomatów płucnych, poprzedzonych objawami żołądkowymi. Do takiego sceptycyzmu upoważnia też bliższe zastanowienie się nad przypadkami SOKOŁOWSKIEGO. Okazuje się, że objawy gastryczne trwały zaledwie kilka miesięcy przed wystąpieniem wyraźnych, namacalnych symptomatów suchot, jak postępujące chudnięcie, wycieńczenie, gorączka hektyczna, poty nočne i t. d. Czy nie chodzi w takich razach o powolny początkowo rozwój sprawy płucnej u chorych skłonnych do dyspepsyj?

ściowym objawem“, odpowiada, że drugie przypuszczenie jest możebne, lecz pozostaje tylko przypuszczeniem. I w tem właśnie tkwi cała niepewność. MARFAN w znanej swej pracy także usiłuje wytłumaczyć objawy żołądkowe jako czynnościowe. Lecz, gdy jego „gastrite terminale“ ma być rezultatem chemicznego drażnienia żołądka przez toksyny, to w „syndrome initial“, jako czynnik decydujący, osłabiający działalność wydzielniczo-mechaniczną żołądka, występuje anemia. Na to można byłoby się zgodzić, uważając anemię, jako jeden z objawów ogólnego rozstroju organizmu. Lecz anemia taka w miarę postępu sprawy gruźliczej, w miarę wycieńczenia ustroju, powinna, rzecz jasna, wzmacniać się. Tymczasem u MARFAN'a znika ona z rozwojem sprawy płucnej. Dla czego, jakim sposobem, tego nam autor nie tłumaczy. Rozumowanie takie musi więc wydać się dowolnem, jako wtłaczanie faktów w ramy nieuzasadnionej teorii.

Koniec końców, wszędzie widać chwiejność, niepewność, brak pozytywnych podstaw, wszystko ogranicza się do „może“ lub „zapewne“.

Dla czego? We wszystkich tych rozumowaniach, zdaniem naszym, zachodzi jeden błąd zasadniczy, a mianowicie: chęć związania gwałtem zaburzeń żołądkowych ze sprawą gruźlicy i traktowanie tejże, jako oderwanej „entité morbide“, która w swym początkowym okresie występuje już to jako skutek, to znów jako najbliższa przyczyna zaburzeń żołądkowych.

Tymczasem nie zwraca się uwagi na moment najważniejszy, mianowicie na podkład, na którym rozwija się gruźlica, jako choroba całego ustroju. Na podkład zaś ten składa się skomplikowany całokształt szkodliwych warunków, które, osłabiając ustrój, zwłaszcza dziedzicznie ku temu podatny, przygotowują grunt dla zakażenia go. Zła higiena, złe warunki odżywiania wytwarzają stan, który francuzi trafnie ochrzcili mianem „misère physiologique“. Na tle zaś tych warunków będzie łatwo zrozumiałe pojawienie się gruźlicy oraz zaburzeń żołądkowych, jako dwóch gałęzi, od wspólnego pnia pochodzących.

Takie racjonalne poglądy wypowiadają HAYEM, DEBOVE, DAMASCHINO, AND'HONI i inni. W niedostatecznym odżywianiu, w niedostatecznej asymilacji, w braku czystego powietrza i t. d. szukają oni wspólnego źródła dla gruźlicy i dla zaburzeń żołądkowych, do których przyczynia się bezpośrednio drażnienie błony śluzowej przez alkohol³⁾ i leki. Na takim gruncie szukać należy właściwego rozwiązania kwestyi żołądka u gruźliczych. Tutaj znajdujemy odpowiedź logiczną na wszelkie wątpliwości i sprzeczności, powstałe z teoretycznych badań. Lecz nie mówiąc już o sprzecznościach swych wyników, badania te grzeszą jeszcze jednostronnością. Dokonane były one wyłącznie w szpitalach, gdzie, jak wiadomo, śmiertelność z gruźlicy waha się około cyfry 100%. Rzecz więc naturalna, iż w znacznej większości przypadków doprowadziły do wniosku o nienormalnym stanie chemizmu i mechanizmu żołądka.

Właściwie dziwić się należy, dlaczego u niektórych autorów wypadły one normalnie. Chyba można tłumaczyć ten fakt specjalną odpornością nie-

³⁾ Uwaga a. LETULLE, spostrzegając w ciągu 3 lat 717 suchotników z klasy robotniczej w paryskim szpitalu BOUCIEAUT utrzymuje, że 80 na 100 są alkoholikami, i że po dojściu do 30 roku życia alkoholizm posiada w swym bilansie $\frac{9}{10}$ suchotników wśród klasy robotniczej Paryża. Jako konkluzję do swego sprawozdania na kongresie wiedeńskim przeciw alkoholizmowi w kwietniu r. b. powiada on „ze wszelkich chorób przewlekłych powolne zatrucie przez alkohol przygotowuje najlepiej grunt dla gruźlicy i płuc“.

których chorych, którzy mimo „*misère physiologique*“ i fatalnych warunków, w jakich z małymi wyjątkami znajdują się w szpitalach wielkomijskich, przez długi czas walczą z zakażeniem, zachowując ważniejsze narządy ustroju w stanie mniej więcej normalnym. Albo ma się do czynienia ze specjalną odpornością samego żołądka, który, wbrew wszelkim szkodliwym czynnikom, zachowuje normalne funkcje aż do końca. Są to fakty dawno już przez klinię zanotowane, ale w każdym razie należą do wyjątków. Jako regułę dla żołądka gruźliczego w szpitalu wypada przyjąć teorię MARFAN'a, wedle której „*syndrome initial*“, trzymając się przez czas jakiś na poziomie niewielkich zaburzeń z towarzyszącymi im zwykłymi podmiotowymi objawami, w miarę postępu choroby i osłabienia ustroju przechodzi fatalnie w groźną „*gastrite terminale*“.

Jednak, jeśli początkowe zaburzenia żołądkowe przybierają taki obrót w szpitalu, z tego jeszcze nie wypada, aby podobna ewolucja miała stanowić regułę dla żołądka gruźliczego wogóle, aby ją można było uogólnić i rozciągać do znaczenia prawa patologicznego.

Już przed 20 laty pisał JACCOURD: „Zaburzenia żołądkowe są względnie bardzo rzadkie u suchotników, mieszkających na wsi i przestrzegających ściśle przepisów higieny; przeciwnie, są one bardzo częste u suchotników w miastach“. A dalej dodaje: „często bardzo pobyt na wsi wystarcza do usunięcia zaburzeń żołądkowych wówczas, gdy okazywały się odpornymi na wszelkie, najbardziej racjonalne leki“. Jest to postawienie kwestyi na właściwym gruncie, na gruncie higieny. Że jest ono słuszne, że opinia znakomitego klinicysty nie jest oderwaną tylko teorią, dowodzą tego wielkie ilczyby faktów, zebranych w ciągu ostatnich paru dziesiątków lat w sanatoryjach gdzie suchotnicy znajdują się w odpowiednich warunkach higienicznych. TURBAN na podstawie materiału, zebranego w ciągu 7-iu lat w znanem swem sanatorjum w Davos, tak powiada: „Chroniczne zaburzenia żołądka i kiszek najrozmaitszego rodzaju przyjęły po większej części bez żadnego leczenia niespodziewanie pomyślny obrót. Atonie żołądka i kiszek, chroniczne, od lat trwające katary kiszek znikły przy niewielkiej lub wcale nie zmienionej dyecie“.

JAWORSKI również powiada: „Najlepsze wyniki lecznicze niestrawności gruźliczej widziałem w klimacie wysokogórskim. Tak np. w sanatorjum d-ra TURBAN'a w Davos-Platz na wysokości 1576 m. nad poziomem morza z 44-ch dyspeptyków w 1891 r. utraciło 30-tu objawy niestrawności w zupełności i przybrało znacznie na ciężarze. Również i chorzy, cierpiący na niestrawność jelitową, objawiającą się przewlekłą biegunką, utracili ją w klimacie wysokogórskim i przyszli do stolców prawidłowych“. Ale spostrzeżeniom takim można byłoby uczynić zarzut, iż zrobione były w warunkach specjalnych, wśród klimatu wysokogórskiego, który działa w wysokim stopniu krzepiąco na ustrój i podnosi łaknienie oraz poprawia trawienie u osób, nawet od dłuższego czasu już cierpiących. Następnie, można byłoby zrobić i drugi zarzut, a mianowicie, że spostrzeżenia te dotyczyły suchotników z klasy zamożnej, znajdujących się ze względu na swe materialne stanowisko w zadawalniających warunkach higieny, których pozbawione są najniższe warstwy pracujących, stanowiące główny kontyngens dla gruźlicy jednocześnie zaś materiały do badań żołądkowych po szpitalach. Otóż okazuje się, że spostrzeżenia, poczynione na suchotnikach, pochodzących z najniższych warstw i leczonych po sanatoryjach ludowych, położonych czy to w górach, czy na równinach, doprowadzają do takich samych wniosków. I tam zaburzenia w trawie-

niu, pod wpływem lepszego pożywienia i czystego powietrza, szybko ustępują, co się ujawnia w sposób bardzo realny: powiększaniem się wagi. Na dowód przytaczamy następujące cyfry.

SANATORYA LUDOWE.	Statystyka z lat:	Ilość chorych.	Przeciętny przyrost wagi w ciągu 3-eh miesięcy.
1) Heiligenschwendi	3	500	3 kilogr.
2) Bazylejskie w Davos Dorf	2	387	3,4 „
3) Belzig (pod Berlinem)	1	233	3,8 „
4) Sanatoria należące do Zakładu Ubezp. miast Hanzeatyckich	5	2769	{3—6 kilogr. u 39% chorych 6—10 kilogr. u 30% chorych
5) Ruppertshain (pod Frankfurtem n/M)	3	1200	4,5 kilogr.
6) Alland (pod Wiedniem)	2	400	4,8 „
7) Glückauf	1/2	91	5,7 „
8) Edmundsthal	1	111	6,2 „

Komentarz do tej tablicy jest bardzo prosty: najmniejsze powiększenie się wagi wynosi 3 kilogr. Ponieważ powiększenie się to jest zjawiskiem, dotyczącem dużej liczby chorych, niemal 7000 — chorych, przedstawiających właściwe sobie różnice rasowe i przebywających w zupełnie odmiennych warunkach klimatycznych — ma ono przez to samo większą wartość, niż sprzeczne wyniki badań laboratoryjnych, dokonanych przez poszczególnych autorów na kilkunastu, a co najwyżej na kilkudziesięciu chorych. Upoważnia ono do wniosków uzasadnionych i służy jako poważny dowód, że zmiany żołądków chorych nie mogą być głębokie, skoro pacyenci poprawiają się pod względem odżywiania w tak krótkim przeciągu czasu, jak 3 miesiące. Istotnie, poprawa ta, dla której formułą przedmiotową jest waga, znajduje swój wyraz w zadawalniającym stanie podmiotowym. Skargi ze strony chorych na brak łaknienia lub złe trawienie rzadko kiedy dają się słyszeć w sanatoriach ludowych. Mogą to potwierdzić poszczególni lekarze sanatoryjni, którzy przytem nie widują swoich chorych dorywczo, jak w praktyce prywatnej, lecz mają ich stale pod ścisłym dozorem, przez co wiedzą z dnia na dzień o najmniejszych ich dolegliwościach.

Z cyfr tych wysnuwa się jeszcze drugi bardzo ważny wniosek. Jeśli zważymy, że poprawienie się odżywiania chorego następuje wogóle prędzej, niż poprawa w samych płucach, to dojdziemy do przekonania, że zaburzenia w trawieniu u suchotników, które usiłowano postawić w przyczynowym związku z gruźlicą, zależą przede wszystkim od złych warunków higieny. Gdy warunki te zmieniają się na lepsze, gdy ofiara „*misère physiologique*“ staje się pacjentem ludowego sanatorium, gdzie ma po nadmiernej pracy odpoczynek, zamiast dusznej atmosfery warsztatu słońce i świeże powietrze, zamiast alkoholu — mleko, smaczną i zdrową strawę, odpowiadającą fizyologicznym potrzebom ustroju, wówczas cały narząd pokarmowy tej ofiary odradza się, i to szybko, w ciągu paru miesięcy zaledwie.

Takie fakty torują drogę do rozwiązania sprawy trawienia u suchotników. Rozwiązanie takie, być może, nacechowane jest empiryzmem, lecz ma za sobą powagę dużych cyfr. Cyfry zaś te, oprócz wartości ilościowej, posiadają i wartość jakościową, przedstawiają bowiem jednorodność zjawisk z zakresu trawienia przy analogicznych warunkach higieniczno-sanitarnych. Pozostaje jeszcze teoretyczne uzasadnienie na gruncie badań naukowych. Ale, jak wyżej zaznaczyliśmy, badania w laboratorjach odbywały się dotąd na materyale szpitalnym i to bardzo skąpym, czyli w warunkach, które, wobec metody higieniczno-dyetycznej leczenia suchot, nie nadawały tym badaniom, aczkolwiek najściślej przeprowadzonym, dostatecznej powagi. Należy więc podjąć te badania na wielką skalę po sanatoryach. Pozwolimy sobie przypuszczać, że wyniki, ztąd osiągnięte, nie zadałyby kłamu cyfrom, wyżej przytoczonym. Sądzimy owszem, że potwierdziłyby tylko kliniczne spostrzeżenia, robione po sanatoryach na tak znacznej liczbie chorych.

Zakopane listopad 1901.

LITERATURA.

ANDRAL. Clinique médicale. T. IV. Paris. 1840. AND'HONI. Désordres gastriques et intestinaux qui surviennent à la phthisie pulmonaire (in *Thérap. Contemp.* Nr. 11 et 14. 1884). BOURDOU. Rapport à la S-té médicale des hôpitaux. Séance. 23. Octobre. 1850. CHEŁMOŃSKI. Sur la digestion gastrique dans le cours des maladies chron. des voies respiratoires (in *Revue de Médecine*). CRONER. Ueber die Magenbeschwerden im Frühstadium der Lungenschwindsucht (in *Deut. med. Woch.* Nr. 48. 1898). DAMASCHINO. Maladies des voies digestives. Paris. 1880. DEBOVE. Etiologie de la Tuberculose in *Semaine médicale.* Nr. 25. 1883. DETTWEILER. Die Therapie der Phthisis (Bericht über den 6 Congress für Innere medicin. Wiesbaden. 1877). DŁUSKI et MAJEWICZ. Les tuberculeux et leur estomac. Paris. 1901. EDINGER. Zur Physiologie und Pathologie des Magens (in *Deut. Arch. f. klin. Med.* Bd. 29). G. SÉE. De la phthisie bacillaire. Paris. 1884. GUENEAU de MUSSY. Leçons cliniques sur les causes et le traitement de la tuberculisation pulmonaire. Paris. 1860. GLUZIŃSKI-WOLFRAM. Ueber das Verhalten des Magensaftes in fieberhaften Krankheiten (in *Deut. Arch. f. Klin. Med.* Bd. 42). GRANCHER et HUTINEL. Art. „Phthisie pulmonaire“ in *Dict. Encyclop. d. Sciences medicales*. GRISOLLE. De la phthisie pulmonaire (in *Traité elementaire et pratique de pathologie interne.* T. II. Paris. 1844). HAYEM et LION. Art. Maladies de l'estomac. (in *Traité de Med. et de Therapeutique.* Brouardel et Gilbert). HAYEM. Gastropathies et phthisie pulmonaire (in *Mercure Medical.* Nr. 33. 1893). HERARD et CORNIL. La phthisie pulmonaire. Paris. 1888. HILDEBRAND. Zur Kenntniss der Magenverdauung bei Phthisikern (*Deut. med. Woch.* Nr. 15. 1889). JACCOUD. Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire. Paris. 1881. JAWORSKI. Podręcznik chorób żołądka. Kraków. 1899. Jahresbrichte. Die bernische Heilstätte für Tuberculose in Heiligenschwendli 1896—98. Jahresberichte. Basler Heilstätte in Davos. Dorf. 1897—98. Jahresberichte. Vereinsheilstätte des Berlin-Brandeb-Vereins und S. Bleichröder Stiftung bei Belzig für das Jahr 1900. Jahresberichte. Frankfurter Verein für Reconvalescenten (Anstalt Ruppertsheim. 1896—98. Handhabung des Heilverfahrens bei Versicherten (Land-Versich.-Anstalt der Hansestädte 1895—99). Handhabung. Heilanstalt Alland. 1898—99. Handhabung. Heilstätte Edmundsthal. Das Jahr. 1899. Handhabung. Heilstätte Glückauf. Das Jahr 1899. KLEMPERER. Ueber die Dyspepsie der Phthisiker (in *Berl. klin. Woch.* Nr. 11. 1889). LOUIS. Recherches anatom. pathol. et thérapeutiques sur la phthisie. Paris. 1843. LETULLE. L'alcoolisme dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire (in „La lutte antituberculeuse“. Nr. 1. 1901). MARFAN. Art. Phthisie pulmonaire (in *Traité de medecine.* Charcot et Bouchard). MARFAN. Troubles et lesions gastriques dans la phthisie pulmonaire. Thèse de Paris. 1887.

MATHIEU. Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin. Paris. 1900. PETER. Leçons de clinique médicale. T. II. Paris. 1829. PIDOUX. Etudes generales et pratiques sur la Phthisie. Paris. 1873. ROSENTHAL. Ueber das Labferment nebst Bemerkungen über die Production freier Salzsäure bei Phthisikern (in Berlin klin. Woch. Nr. 45. 1888). SCHERTY. Untersuchung über die Magenfunction bei Phthisis pulmonum tuberculosa. (in Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 44). SCHWALBE. Die Gastritis der Phthisiker vom pathol. anatom. Standpunkte (in Virchow Arch. Bd. 117). SOKOŁOWSKI. O skrytych postaciach suchot płucnych. Warszawa. 1900. TURBAN. Beiträge zur Kenntniss der Lungen-Tuberkulose. Wiesbaden 1899.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

14. J. VAILLAUT. **O przepuklinie pachwinowej powierzchownej (hernia inguinalis superficialis).** Opisane po raz pierwszy przez KUESTER'a w r. 1887 przepukliny pachwinowe powierzchowne odznaczają się tem, że po wyjściu z otworu zewnętrznego przewodu pachwinowego umiejscawiają się bezpośrednio pod skórą. Istnieją trzy odmiany tej przepukliny: brzuszna, udowa i kroczoza w zależności od tego, pod skórą której okolicy przepuklina się znajduje. Prawie zawsze bywa to przepuklina wrodzona, a więc do wypadłego trzewia przylega bezpośrednio jądro, które naturalnie w takim razie jest w ektopii. Przyczyną tego niezwykłego umiejscowienia przepukliny jest zupełna lub częściowa niedrożność drogi zwykłej — moszny. Przy rozpoznaniu należy różniczkować od przepukliny ściennj (*h. interstitialis*) i od przepukliny udowej. Leczenie doszczętne sposobami zwykłymi na drodze operacyjnej, z usunięciem jądra lub bez, w zależności od tego, czy daje się ono do moszny odprowadzić i tam umocować.

(*Gazette des Hopitaux* Nr. 102 — 1901).

Z. Radliński.

15. A. BERNARD. **Ostre ropne zapalenie okostny bez zapalenia szpiku kostnego.** Autor zwraca uwagę na istnienie pierwotnego ostrego ropnego zapalenia okostny, bez zajęcia szpiku z zejściem w ropień nad- lub podokostnowy. Wywołana bywa sprawa najczęściej przez gronkowce ropne. Od zapalenia szpiku odróżnić ją można na podstawie mniej ostrego początku, mniej szybkiego rozwoju, braku zmian zapalnych w powłokach skórnych, mniejszego udziału całego ustroju w sprawie chorobowej i wreszcie przez umiejscowienie ropnia na trzonach kości. Od ropówki głębokiej (*phlegmone*) sprawa omawiana odróżnić się daje przez brak zmian zapalnych w skórze, mniejsze zajęcie gruczołów chłonnych dośrodkowych, wyraźne ograniczenie zbiornika ropy. Leczenie — zwykłe nacięcie. Zejście pomyślne bez wydzielenia martwiaka kostnego.

(*Gazette des Hopitaux* Nr. 104—1901).

Z. Radliński.

16. Prof. H. CURSCHMANN. **Określenie rodzaju wysięku przy zapaleniu wyrostka robaczkowego za pomocą badania krwi.** Zmiany zapalne, powstające w następstwie cierpienia wyrostka robaczkowego, mogą mieć cechy wysięku surowiczowłóknikowego albo też ropnego. Wysięki pierwszego rodzaju zwykle nie przechodzą w ropienie i ulegają wessaniu, wysięki zaś ropne zawsze wymagają interwencji chirurga. Bardzo lekkie przypadki z małym wysiękiem surowiczowłóknikowym oraz ciężkie przypadki, w których w krótkim czasie powstaje po-

wierzchny, dla badania dostępny zbiornik ropy, łatwo można odróżnić. Nie zawsze jednak objawy są tak typowe, jak w tych 2 ostatecznych wzorach. Pytanie, czy w danym przypadku zebrała się ropa, jest bardzo często trudne do rozstrzygnięcia. C. twierdzi, że tam, gdzie nie znajdujemy wyraźnego wypuklenia, napięcia elastycznego i chełbotania, albo też tam, gdzie przekłucie próbne nie wykazuje obecności ropy — na inne oznaki nie ma co liczyć, gdyż zawodzą. Obrzęk i zmiana w zabarwieniu skóry oraz gorączka w najcięższych przypadkach często się nie zjawiają, co się zaś tyczy przekłucia próbnego, to nie zawsze, jak wiadomo, daje ono pewne wyniki, a zresztą coraz rzadziej z powodu swego niebezpieczeństwa stosowane bywa. Lekarz też często jest w ogromnym kłopotcie, jak sobie w danym przypadku radzić i nierzadko bywa świadkiem takich niespodzianek, że łagodny niby przypadek fatalnie się kończy rozlanem zapaleniem otrzewny, albo też przekonywa się, że niepotrzebnie, pomimo ciężkich początkowo objawów, oddał w ręce chirurga chorego, u którego ten wcale ropy nie znalazł.

Już od czasów HAYEM'a wiadomo było, że sprawy zapalne, szczególnie ropne, przebiegają z powiększeniem ilości leukocytów krwi, późniejsi badacze zdanie to potwierdzili, między innymi wiadomo było także, iż *appendicitis* wywołuje leukocytozę. Zasługą jednak CURSCHMANN'a będzie, iż dał nam do ręki niezawodny sposób rozpoznawania obecności ropy w tem cierpieniu. C. badał systematycznie krew w 60 przeszło przypadkach *appendicitis* co dzień, a niekiedy i 2 razy dziennie i doszedł do tak ważnych wyników, że, jeżeli następne badania wyniki te potwierdzą, hematologia będzie święciła prawdziwy tryumf.

C. przekonał się, że pod względem leukocytozy przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego z wysiękiem surowiczowo-włóknikowym stanowczo się różnią od przypadków, przechodzących w ropienie, nawet tam, gdzie owe pewne oznaki ropienia, jak chełbotanie, ciepłota i przekłucie próbne zawodzą, tam badanie krwi stanowczo kwestyę rozstrzyga.

W przypadkach nie ropnych ilość leukocytów krwi albo wcale nie jest zwiększona — są to przypadki lżejsze — albo też zwiększa się w stopniu umiarkowanym na początku choroby, poczem w ciągu kilku dni wraca do normy.

Jeżeli w tych przypadkach zjawia się leukocytoza, to rzadko bardzo przekracza ona liczbę 20—22000; zwykle zdarza się to na początku choroby i to na czas bardzo krótki.

Jeżeli jednak już w pierwszych dniach choroby, albo też, co rzadziej bywa, w dalszym przebiegu ilość leukocytów stale jest znacznie zwiększona, wtedy, o ile nie mamy przytem do czynienia z innymi jeszcze sprawami, wywołującymi leukocytozę (zapalenie płuc i t. p.), obecność ropy nie ulega żadnej wątpliwości, chory podlega operacji.

Ilość leukocytów 25,000 lub więcej, jednorazowo stwierdzona, już jest bardzo podejrzana. Jeżeli ilość tę znajdziemy po pewnem dłuższem trwaniu choroby, to rozpoznanie ropienia jest pewne.

Po usunięciu ropy drogą operacyjną, ilość leukocytów szybko się zmniejsza i dochodzi wkrótce do normy. W przeciwnym razie albo też, gdy nawet jeszcze się zwiększa, przypuszczać należy, że albo nastąpiło utrudnienie odpływu ropy, albo też, że istnieje jeszcze jeden lub kilka zbiorników ropy nieopróżnionych.

Gdy ropa opróżnia się do kiszki, pęcherza i t. d., ilość leukocytów zachowuje się jak po zabiegu chirurgicznym: spada, gdy odpływ jest całkowity lub łatwy, nie opada zaś lub wzrasta nawet, gdy odpływ ropny się wstrzymał.

Pracę ilustrują obficie opisy ciekawszych przypadków, niektóre z nich są tak zajmujące i przekonujące, że warto je przeczytać.

C. jest daleki od zalecania badania krwi w każdym przypadku zapalenia wyrostka, gdyż niemało przypadków daje się stosunkowo łatwo rozpoznać. W wielu jednak przypadkach, zdaniem C., bez tego badania obyć się nie będzie można.

W końcu C. przestrzega przed szematyzowaniem wyników jego pracy. Autor przypuszcza nawet, że inni badacze przy sprawdzaniu jego wyników w niektórych rzadkich przypadkach znajdą się z nim w sprzeczności, już choćby z tego powodu, że różnice w praktyce pomiędzy wysiękiem surowiczo-włóknikowym a ropnym nie są tak jaskrawe, jakby to się teoretycznie zdawać mogło.

Zresztą C. przyznaje nawet, że brak mu doświadczenia co do przypadków rzadkich drobnych ropni, przechodzących we względne wyzdrowienie przy pomocy mocnych zrostów i otorbienia zgęszczonej ropy. Brak mu również danych co do przypadków, w których ropień toruje sobie drogę do jamy otrzewny i wywołuje śmiertelne ostre zapalenie tejże. W przypadkach tych C. na zasadzie tego, co widział, twierdzi, iż ilość leukocytów gwałtownie spada do normy, a nawet niżej. *(Münch. med. Woch. Nr. 48 i 49. 1901). S. Klejn.*

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

JAN MAZURKIEWICZ. Andrzej Towiański. Studium psychologiczne.

Wydanie z zapomogi Kasy imienia Mianowskiego. Warszawa. 1902. str. 132.

Ocecił

ADAM WIZEL.

(Dokończenie. — Zob. Nr 5).

Dla mnie nie ulega najmniejszej wątpliwości, że Towiański był paranoikiem. Jakkolwiek kategoryczne to twierdzenie może być dla niejednego przykre, a nawet bolesne, nie można go się jednak z racji tej wyrzekać, albowiem równoważy się to tendencyjnemu gwałceniu prawdy naukowej. Nauka bardzo często zdiera aureolę świętości z poglądów i wierzeń, krążących wśród ludzi i mających za sobą tradycję wielu pokoleń. Operacja podobna nigdy się nie odbywa bez bólu — na to jednak niema rady: przed prawdą naukową, choćby najboleśniejszą, musimy kornie chylić głowę.

Kol. RYCHLIŃSKI, pragnąc uratować sąd o Towiańskim, uświęcony tradycją, a nie mogąc żadną miarą zataić przed sobą, że Towiański, bądź co bądź, normalny nie był, wyznacza mu mniej kompromitujące miejsce w szeregu osobników, znajdujących się „u wrót obłądki“, (à la frontière de la folie), to znaczy, iż uważa go jedynie za osobnika psychicznie niezrównoważonego. Obrona jednak, oparta na podobnej podstawie, również chybia celu. Stygmaty niezrównoważenia polegają na nienormalnych popędach, natrętnych wyobrażeniach, przymuowanych czynach, ale nigdy na bredzeniu, zwłaszcza na bredzeniu usystematyzo-

wanem. Chorzy tej kategorii, o ile zaczynają bredzić, przekraczają wrota obłądu i przechodzą już do dziedziny czystej psychozy..

Studyum MAZURKIEWICZA, jakkolwiek jednolite w budowie, składa się, właściwie mówiąc, z dwóch odrębnych części, — obie te części jednak są tak misternie ze sobą splecione, iż dają wrażenie jednej niepodzielnej całości.

Dotąd zaznajomiliśmy czytelnika z MAZURKIEWICZEM, jako ze świetnym portrecistą, który z dużym talentem odmalował nam duszę Towiańskiego — obecnie mówić będziemy o MAZURKIEWICZU, jako o teoretyku, usiłującym rozwiązać pewne kwestye psychiatryczne ogólniejszej natury.

Jednym z najtrudniejszych zagadnień w psychiatrii jest teoria paranoi. Jaką drogą powstają urojenia paranoika, czem są uwarunkowane, w jakim są stosunku do całej psychiki chorego i t. p., jest to sprawa tak ciemna i takimi najeżona trudnościami, iż autorowie albo zupełnie pomijają ją milczeniem, albo zadawalniają się bardzo ogólnikowemi hipotezami, nie kusząc się nawet o ich głębsze uzasadnienie.

Starzy psychiatrzy zapatrywali się na t. zw. urojenia pierwotne paranoi-ków, jako na zjawisko całkiem izolowane, niezależne zupełnie od reszty umysłowości. Ta niezależność zбочenia psychicznego dała pohop do nazw tego rodzaju, jak monomania i bredzenie częściowe (délire partiel). Według tych pojęć, w umyśle skądinąd zdrowym, zjawiają się ni ztąd ni zowąd myśli niedorzeczne, nie wiążące się zupełnie z psychiką chorego, a, raz powstawszy, wiodą w umyśle byt samoistny, w niczem nie zakłócając spraw psychicznych chorego. Są to jak gdyby byty w bycie, obce ciała w zakresie umysłowości. Pogląd ten, przetłomaczony na język pospolity, brzmi w ten sposób: chory po za swem bredzeniem jest zdrowy zupełnie, ma „manię tylko na jednym punkcie“.

Przy dalszym rozwoju psychiatrii pogląd ten oczywiście uznano za niewystarczający i usiłowano w miejsce dawnej hipotezy zbudować nową, bardziej pod względem naukowym zadawalniającą.

Pierwszym, który powstał przeciwko wzmiankowanej hipotezie, był jeszcze znakomity MAUDSLEY. Uczony ten rzekł: „Gdy urojenie trzyma się mocno, stanowi to niewątpliwy dowód poważnego zakłócenia spraw duchowych“.... „Błędne jest mniemanie, jakoby monomaniak nie przedstawiał nic nienormalnego po za obrębem swej niedorzecznej idei: idea niedorzeczna stanowi część istoty duszy, która nie może być wtedy zdrowa, tak samo jak nie może być zdrowe ciało przy doniosłych zaburzeniach poważnych narządów: w przeciwnym razie urojenia nie mogłyby się ani wytworzyć, ani utrwalić“. Ten sam zupełnie pogląd znajdujemy u wszystkich niemal współczesnych psychiatrów. Tak, KRAFFT-EBING powiada: „gdyby człowiek był psychicznie zdrowy zupełnie i posiadał tylko urojenia, to sam powinienby natychmiast je zauważyć i poprawić“. To samo mówi KRAEPELIN: „tworzenie się idei niedorzecznych jest zawsze uwarunkowane ogólnem zakłóceniem całego życia psychicznego“.

Ale zjawia się teraz pytanie, na czem to „ogólne zakłócenie całego życia psychicznego“ polega? KRAEPELIN na pytanie to odpowiada w sposób następujący: „Idee niedorzeczne zawdzięczają swe pochodzenie wadliwości sądu, spowodowanej bądź silnem napięciem uczuciowem, bądź przyćmieniem świadomości, bądź wreszcie osłabieniem rozsądku“. Ten ostatni moment jest, według KRAEPELIN'a, przyczyną urojeń paranoika.

Że bredzenie paranoika stanowi poszczególny wyraz ogólnego zakłócenia czynności psychicznych, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, tylko mechanizm

psychologiczny powstawania urojeń należałoby, zdaniem mojem, w inny sposób tłumaczyć.

Bredzenie paranoika ma być zależne, jak utrzymuje KRAEPELIN, i jak twierdzi wielu psychiatrów, od osłabienia zdolności sądzenia. Obserwacja jednak poucza, iż osłabienie to jest jedynie hipotetyczne; przypuszcza się je, gdyż przypuszczenie takie jest w danym razie potrzebne; nic jednak nie dowodzi, aby istniało ono istotnie. Toć wszyscy klinicyści zgodnie stwierdzają, że paranoicy, jakkolwiek bredzą, mają inteligencyę (zwłaszcza z początku) doskonale zachowaną, co właśnie dało pohop starym psychiatrom do fałszywego pojęcia monomanii — jakżeż więc można twierdzić, że współcześnie z dobrze zachowaną inteligencyą istnieje osłabienie rozsądku, który jest wszak jednym z przejawów inteligencyi. Widzimy więc, iż, jakkolwiek ogólna teza o ścisłej zależności urojeń paranoika od ogólnego stanu psychicznego jest w zupełności słuszna, to jednak bliższe uzasadnienie tej tezy przedstawia jeszcze wielkie braki i pozostawia dużo do życzenia.

W nowszych czasach WERNICKE, niezadowolony ze współczesnych poglądów na powstawanie urojeń, usiłuje na nowo jakgdyby powołać do życia dawną naukę o monomaniach i twierdzi, że w niektórych przypadkach bredzenie powstać może wskutek obecności pewnych silnych, nadwartościowych wyobrażeń. Tą samą drogą zdaje się iść i MAZURKIEWICZ, który wyprowadza bredzenie z samoistnie pojawiających się w umyśle „obcych myśli“, i przyznać musimy, że hipoteza MAZURKIEWICZA, jakkolwiek posiada pewne braki, jest ze wszech miar godna uznania.

MAZURKIEWICZ źródło bredzenia upatruje w pewnym elementarnem zaburzeniu psychicznem, polegającym na tem, iż chory miewa myśli, chcenia i uczucia, których nie uważa zupełnie za swoje, skutkiem czego doznaje on wrażenia czegoś „obcego“, istniejącego w jego umysłowości, ma poczucie „obcej“ egzystencyi w egzystencyi własnej. „To niezwykle poczucie stanowi jakościową różnicę, mówi autor, od normalnej psychiki ludzkiej, której prawidłowy mechanizm daje człowiekowi podmiotowe wrażenie, że źródłem wszelkiego procesu umysłowego jest zawsze jego własna osobowość“. Zjawienie się obcych elementów w psychice wywołuje zrazu silną reakcyę uczuciową: chorego ogarnia niepokój i obawa przed zagrażającą jego bytowi szkodliwością. „Z biegiem czasu jednak, jak do wszystkiego na świecie, musi się umysł człowieka przyzwyczaić i do nowego objawu, zając wobec niego określone stanowisko; reakcyja na szkodliwość staje się spokojniejszą, chory zaczyna na nią oddziaływać w sposób bardziej rozumowy i zgodny z jego charakterem“... „Po przejściu zatem, mówi dalej autor, silniejszego uczucia niepokoju, chory zabrać się musi do rozwiązania nowopowstałego w jego umyśle problemu: jak wytłumaczyć sobie istnienie i treść obcych myśli, obcych uczuć i obcej woli, powstających w jego własnej głowie“. Problem ten chorzy rozwiązują w rozmaity sposób: względem nowego towarzysza swej umysłowości zachowują się oni bądź podejrzliwie, i wówczas pomiędzy dawną i nową osobowością utrwała się stosunek wrogi (bredzenie prześladowcze), bądź też zachowują się względem niego przychylnie, i wówczas pomiędzy dawną i nową osobowością wytwarza się stosunek przyjacielski (bredzenie wielkości).

Tak się przedstawia teoria MAZURKIEWICZA. Teoria ta, zdaniem mojem, głębiej, aniżeli inne, wnika w istotę psychologiczną sprawy i jakkolwiek za punkt wyjścia obiera samoistne i „obce“ umysłowości elementy psychiczne (byty w by-

cie), to jednak nie poprzestaje na tem, lecz w dalszem rozwinięciu tezy usiłuje zanalizować wpływ owych „obcych” elementów na osobowość i dochodzi ostatecznie do poglądu na paranoję, jako na chorobę osobowości, na pewnego rodzaju zdwojenie osobowości. Chociaż teoria MAZURKIEWICZA jest ponętna i w ogólnych zarysach zadawalniająca, to jednak i jej miałbym nieco do zarzucenia.

Zgadzam się w zupełności z autorem, że źródłem bredzenia paranoików są „obce” pierwiastki psychiczne w zakresie umysłowości, obce, według mnie, z dwojakiego względu: *primo*, dla tego, że są dla chorego zupełnie niezwykle, nieoczekiwane, *secundo*, dla tego, że nie towarzyszy im uczucie podmiotowości, że chory czuje je, jakgdyby w oderwaniu od własnego „ja”.

Zgadzam się również z autorem, że obce pierwiastki psychiczne wywierają wpływ destrukcyjny na osobowość, i że w osobowości chorego dzięki tym pierwiastkom zachodzi zwolna głęboka zmiana. Ale na co zgodzić się nie mogę, to na twierdzenie, iż ostatecznym produktem rozkładowego oddziaływania obcych pierwiastków na osobowość jest zdwojenie osobowości. Mojem zdaniem, nie może tu być mowy o zdwojeniu osobowości, o współistnieniu dwóch osobowości: dawnej i nowej, lecz jedynie o przeobrażeniu się osobowości, o narodzeniu się zupełnie nowego „ja”. Wypadki zdwojenia osobowości znane są dobrze w nauce: spostrzegane one bywają w histeryi i stanach somnambulicznych (JANET nawet utrzymuje, że w każdym przypadku histeryi istnieje „tendencya do stałego i zupełnego zdwojenia osobowości”), ale o paranoi powiedzieć tego nie można. Konstytucya psychiczna paranoika jest jednolita. Paranoik jest zawsze sobą i tylko sobą. Tam niema dwóch światów psychicznych — świadomego i podświadomego, któreby wiodły żywot niezależny jeden od drugiego. Zarówno świadome, jak i nieświadome „ja” tego rodzaju chorych składa się z tych samych elementów psychicznych. Paranoik jest paranoikiem, że tak powiem, na całej linii, począwszy od najwyższych sfer świadomości i kończąc na nizinach podświadomości.

Pogląd na paranoję, jako na chorobę osobowości, jest, zdaniem mojem, jedynym poglądem słusznym, jedynym, wytrzymującym krytykę. Przyjąwszy go, nie mamy potrzeby uciekać się ani do pierwotnego i nader ograniczonego poglądu na paranoję, jako na „manię na jednym punkcie”, ani do fikcyjnej hipotezy współczesnych psychiatrów, wedle której idee nedorzeczne mają być wyrazem rzekomego osłabienia krytyki, władzy sądenia. Paranoik, mianujący się królem, to nie jest osobnik o spaczonym sądzie, o słabych zdolnościach krytycznych, lecz osobnik, w którego duszy zaszła głęboka metamorfoza, którego „ja” uległo zupełnemu przeobrażeniu. Dawne „ja” rozpadło się i w miejsce niego zjawilo się nowe, to, które nazywa siebie królem, prorokiem, Bogiem.

Kończąc ocenę pracy MAZURKIEWICZA, nie mogę nie wyrazić w tem miejscu gorącego swego uznania dla autora pięknego studyum. Studyum to jest pełne oryginalnych myśli i trafnych spostrzeżeń, świadczy o dużem wyrobieniu psychologicznem autora, zaleca się wreszcie niezwykle jasnością wykładu i wyjątkową świetnością języka. Z pożytkiem i przyjemnością przeczyta je nie tylko psychiatra, ale każdy wogóle inteligentny człowiek. Praca MAZURKIEWICZA jest prawdziwą ozdobą naszej literatury psychiatrycznej.

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCyny“

Odpowiedź kol. Biernackiemu na jego krytykę mej pracy
p. t. „Zasady leczenia histeryi i neurastenii“.

W Nr. 1, 2 i 3 „Medycyny“ kol. BIERNACKI ogłosił obszerną krytykę mej pracy, powyżej wymienionej, z której to krytyki wypada, że praca moja nie ma żadnej wartości. Zarówno ton ¹⁾ krytyki, jak i bezzasadność wielu zarzutów kol. B. uwalniałyby mię od wszelkiej odpowiedzi; jeżeli biorę za pióro, to jedynie tylko dla tego, że kol. B. niektóre moje poglądy zupełnie przeinaczył. I tak:

1) Kol. B. robi mi zarzut, że ja odróżniam histeryę od neurastenii. W dzisiejszym stanie nauki nie byłby to jeszcze grzech taki wielki, ale właściwie zarzut ten do mnie w żaden sposób stosować się nie może. Przewodnią ideą mej pracy jest zdanie, które aż do znudzenia powtarzam, a mianowicie, że „przy leczeniu chorób nerwowych czynnościowych mniej nam chodzić winno o to, do jakiej kategorii zaliczyć dany wypadek, główną uwagę zwrócić należy na sposób, w jaki rozwinęła się choroba“. Nietylko że wspominam o częstej kombinacji neurastenii z histeryą, ale wyraźnie powiadam, że pomiędzy temi dwiema chorobami niema ścisłej granicy, i że są przypadki, w których trudno powiedzieć, do której z tych chorób odnieść je należy; więcej powiadam, że są nerwice, których dziś do żadnej z powyższych chorób nie zaliczamy, a które, być może, ze względu na sposób powstawania do nich należą (astma nerwowa). Prawdą jest tylko to, że zrobiłem z rozdziały, t. j. neurastenii i histeryi, na tej zasadzie, że krańcowe formy dwóch tych chorób różnią się wybitnie co do powstawania. Tak robi każdy przyrodnik, jeżeli nie chce wpaść w chaos. Wszak np. między ciałami nieorganicznymi a organicznymi nie ma ścisłej granicy, a jednak każdy chemik osobno je rozpatruje. Również zasadny, jak powyższy, jest zarzut, że ja rozróżniam choroby i daję na nie „środki“. Gdzie to kol. B. u mnie znalazł, to do prawdy w głowie mi się pomieścić nie może? Ja właśnie żądam, aby leczenie wypływało z dokładnej analizy każdego przypadku; hipnotyzm uważam za racjonalny środek przeciw objawom, które powstają na drodze pojęć nieświadomych, t. j. histerycznym (według dotychczasowej nomenklatury), ale ani za specyfik ani za jedyny środek go nie poczytuję. Powyższe zarzuty kol. B. mogą objaśnić tylko w ten sposób, że kol. B. w ostatnich czasach dużo czasu i papieru stracił na walkę z medycyną „racjonalną“, „urzędową“, z anatomią patologiczną. Wszędzie upatrując wroga, kol. B. nie spostrzega, że macha swą szablą po powietrzu i wyłamuje drzwi, które szeroko stoją otworem. Podaje też na nowo rzeczy, które dobrze są znane (np. że nerwice czynnościowe same się leczą i t. p.).

2) Kol. B. mówi, co następuje:..... „potrafił sobie znaleźć d-r D. punkt wyjścia do mówienia o histeryi i neurastenii. Ścisłe mówiąc, znalazł go nie

¹⁾ Ton krytyki kol. B., jak i wielu podobnych, dowodzi, jak w gruncie rzeczy jesteśmy jeszcze mało kulturalnym narodem, jeżeli nawet ocena cudzej pracy musi u nas przybrać postać klótni.

d r D., a (sic! T. D.) P. JANET, MOEBIUS, BREUER i S. FREUD, którzy wyróżniają histeryę i neurastenię jako dwie choroby z psychologicznego punktu widzenia. Ale znowu daremnie szukałem u naszego autora, z jakich to czystych i typowych przypadków wyszli ci panowie przy ustalaniu swej klasyfikacji psychologicznej²⁾. Z powyższych słów widzę, że kol. B. nie zna dokładnie przedmiotu, o którym mówi; nie mogę też słów powyższych inaczej sobie wytłumaczyć, jak tylko tem, że kol. B. albo wcale nie zna prac P. JANET'a³⁾, BREUER'a i FREUD'a, albo zna je tylko bardzo powierzchownie. Żaden z powyższych autorów nie zajmuje się wcale neurastenią i nie ustanawia żadnej klasyfikacji psychologicznej, ani jakiegokolwiek innej. Porównanie objawów histeryi z neurastenią, a właściwie odmiennego ich pochodzenia, jest moją własnością; może ono być złe, ale jest moje. Ponieważ ja, w rozdziale o objawach histerycznych, zaznaczyłem, że opieram się na pracach wymienionych autorów, więc kol. B. rozciągnął to do całej mej pracy, aby mię posądzić, jeżeli nie o plagiat, to przynajmniej o brak wszelkiej oryginalności³⁾.

3) Kol. B. dziwi się, że ja przyjąłem dogmatycznie punkt widzenia JANET'a i t. d., a jednak nieco dalej nie miałby nic przeciwko temu, aby dogmatycznie przyjąć jako ostateczną przyczynę nerwic czynnościowych „zaburzenia utleniań ustrojowych“. Kol. B. nie zna pracy JANET'a, nie może sądzić o jej wartości, mogę mu zaręczyć, że wprowadza ona do nauki nieco więcej, niż hipoteza o „zaburzeniu utleniań ustrojowych“. Oparłem się zaś na niej dla tego, że objaśnia ona nam wiele faktów inaczej niezrozumiałych, że potwierdzona została przez innych badaczy i że wreszcie odpowiadała moim poglądom. Wszak i kol. B. wierzy dogmatycznie np. w zaraźliwość gruźlicy, pomimo iż badań w tym kierunku sam nie robił.

4) Co się tyczy pojęcia o istocie neurastenii i histeryi, to, o ile z chaotycznego i niezbyt jasnego wykładu kol. B. wnosić można, jest on przeciwnikiem psychologicznego badania tych stanów, które to badania, zdaniem kol. B., dla medycyny nie mają żadnej wartości; o znaczeniu wszakże zmienionej psychiki zdaje się nie mieć jasnego pojęcia, raz bowiem mówi, że jest to objaw najgrubszy, który od razu rzuca się w oczy, drugi raz — że wymaga głębszego wniknięcia, a jeszcze dalej, że nie można przeczyć, aby objawy histeryczne i neurasteniczne nie powstawały na drodze psychicznej. Kol. B. poucza nas, że każdej zmianie psychicznej musi odpowiadać pewna zmiana fizyologiczna w korze mózgowej, i każe szukać momentu wyższego, który warunkuje te zmiany. Ale tu kol. B. odkrywa swoim zwyczajem znowu Amerykę. Oddawna bowiem w Niemczech prowadzono jałowe spory o to, jakiego rodzaju są te zmiany fizyologiczne, i jaki jest ten moment wyższy, który je sprowadza. Zdrowy sens Francuzów skierował ich i tym razem na właściwą drogę: zamiast rozprawiać o „momencie wyższym“, o „ostatecznej przyczynie“ nerwic czynnościowych, o czem żadnego pojęcia nie

2) JANET tylko w jednym miejscu mówi w paru słowach o trudności rozgraniczenia histeryi od t. zw. *détre des dégénérés v. neurasthénie délirante*.

3) Jak kol. B. dobrze zna rzeczy, o których mówi, świadczy następujące jego zdanie. Powiada on, że w mej pracy nie znalazł wiele więcej, niż w broszurze LÖWENFELD'a, nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi. Kto zna obie te prace, ten wie, że nie mają one nic wspólnego ani co do poglądu, ani co do sposobu przedstawienia rzeczy. Gdyby kol. B. przynajmniej przytoczył inne dzieło LÖWENFELD'a, a mianowicie *Lehrbuch der gesammten Psychotherapie*.

mamy, zabrali się oni do zbadania tego, co jest dostępne dla badania, t. j. do psychicznego stanu chorych, i na tej drodze doszli do znakomych wyników, ważnych między innymi dla leczenia. To co JANET i inni zrobili dla chorych z objawami histeryi, to ja pokusiłem się zrobić dla neurasteników. To wszystko, zdaniem kol. B., jest głupstwem, odkrył on bowiem, iż „są to pierwotne zaburzenia utleniań ustrojowych, iż przyczyną zarówno objawów somatycznych, jak i psychicznych jest działanie bezpośrednio lub bardziej pośrednio nienormalnych produktów tych utleniań na ośrodki nerwowe“. ⁴⁾ Z chwilą wykrycia tego faktu przez kol. B. wszelkie zagadki zostały wyjaśnione, i wszelkie badania inne są zbyteczne. Mógłby wprawdzie ktoś powiedzieć, że to nienormalne utlenianie ma być przyczyną co najmniej dziesiątka innych chorób, możnaby się zapytać kto widział i miał w rękę te nienormalne produkty utleniań i kto badał ich działanie na ośrodki nerwowe, możnaby wreszcie powiedzieć, że nawet, gdyby teoria kol. B. była prawdziwa, to jeszcze przecież badanie tak ważnego objawu, jak stanu psychicznego chorych, zasługuje na najbaczniejszą uwagę. Te jednak wątpliwości dla kol. B. nie istnieją. To też o brak skromności kol. B. posądzać nie można, a że dobre mniemanie o sobie to połowa szczęścia, niech więc kol. B. trwa w przekonaniu, że wyjaśnił zagadkę o istocie neurastenii i histeryi. Co do mnie, to powiem, że teoria jego prawie tyleż warta, co te rozliczne teorie które były przedmiotem jałowych sporów, jakie w Niemczech prowadzono i do dziś dnia prowadzą o „ostatecznej przyczynie“ neurastenii i histeryi; mogę dodać to, co już powiedziałem w mej pracy, że są one raczej szkodliwe, albowiem odciągają uwagę od jednego na dziś możliwego sposobu badania tych chorób t. j. psychologicznego.

Oczywiście, nie uznając potrzeby badania psychicznego stanu chorób, nie uznaje też kol. B. i potrzeby leczenia psychicznego; polega ono zdaniem jego, co najwyżej na tem, aby wzbudzić zaufanie chorego do lekarza. Jakie więc powinno być leczenie według kol. B.? Warto mu się przyjrzeć, a wygląda ono mniej więcej tak: Stosujcie to, co empirya pokazała, że pomaga (?). Widywano, że pomaga to, więc stosujcie to, widywano że pomaga inne, więc stosujcie inne. Tylko, broń Boże, nie starajcie się wyjaśnić sobie, czy to i owo działa w istocie, jak działa i na jakiej zasadzie. Czy wobec tego warto powoływać się na każdym kroku na „teorię poznania“, czy warto było pisać tyle i zachwycać się (i słuszenie) metodą wynajdywania wskazań lekarskich CHALUBIŃSKIEGO!

Na dwa jeszcze zarzuty kol. B. odpowiem, albowiem mają one pozorną słusność. I tak, najpierw kol. B. robi mi zarzut, że nie przedstawiłem „dokumentów“. Jako takie mogłyby uchodzić w mej pracy tylko historie chorób. Tych mógłbym przytoczyć wiele, ale nie uważałem tego za konieczne. Tam, gdzie chodzi o rzecz nową, historie chorób są niezbędne, przytaczałem je też niejednokrotnie w mych pracach (np. o neurastenii peryodycznej).

Gdzie chodzi o choroby więcej znane i często spotykane, tam nie są one konieczne; każdy może stwierdzić na łatwo dostępnym materiale, o ile uwagi moje są słuszne. Powiem tylko, że dwaj autorowie najbardziej (może w nauce o neurastenii zasłużeńi, BEARD i WEIR-MITCHELL nie przytaczają ani jednej historii choroby. Czyż kol. B. uzna ich prace za chybione naukowo dla braku dokumentów?

⁴⁾ W pracy kol. B. znajdujemy piękne kwiatki językowe: np. Przy badaniu chemizmu ustrojowego znajdujemy istotnie zawsze świadectwa tego i innego rodzaju na istnienie takich zaburzeń.

Co do drugiego zarzutu, to kol. B. znajduje nie dającą się usunąć sprzeczność w mych poglądach na leczenie tych przypadków, gdzie objawy histeryi i neurastenii nawzajem się kombinują. Jedno powiada on wymaga wyrabiania woli (neurastenia), gdy tymczasem drugie (histerya) pozbawia chorego woli; dla objawów histeryi hipnotyzm jest najdzielniejszym środkiem, dla neurastenii może on być nawet szkodliw. Istotnie istnieje tu sprzeczność, tylko wina jej spada nie na mnie, lecz na naturę, która takie kombinacye stwarza, nie dbając o to, czy są one dla nas przyjemne lub nie. Dla tego to leczenie neurastenii i histeryi bywa tak trudne, a każdy przyzna mi, że stajemy często wobec takiego zadania: potrzeba nam wyrabiać silną wolę, ale tej woli nie ma. Jest już zadaniem myślącego lekarza wynaleźć drogę z tego labiryntu i usuwać po kolei te objawy, które najważniejszą i ewentualnie przyczynową względem innych odgrywają rolę. A czyż kol. B. w innych działach medycyny podobnych sprzeczności nie spotykał? Weźmy np. chorą otyłą, której grożą objawy niedomogi serca, a która wskutek krwotoku macicznego lub hemoroidalnego dostała silnej bezkrwistości. Otyłość wymaga ruchu, bezkrwistość — spoczynku, i oto mamy sprzeczność, z której czasami nie tak łatwo bywa wybrnąć.

Tylko na powyższe zarzuty uważam za właściwe odpowiedzieć. Co do innych, to wiele z nich (o chorobie „duszy“, o uznawaniu chorób gorączkowych i cholery za chorobę psychiczną i t. p.) wkracza w dziedzinę humorystyki i ztąd wymyka się z pod dyskusyi. Kol. B. w jednym miejscu swej krytyki powiada, że ja często mówię tylko „tak sobie“, aby coś powiedzieć. *Medice, cura te ipsum*, albowiem w cudzem oku widzisz źdźbło, a we własnem belki dojrzeć nie potrafisz.

Na tem kończę mą odpowiedź i wszelką polemikę z kol. BIERNACKIM.

Teodor Dunin.

D-r DUNIN gniewa się na mnie — nawet bardzo się gniewa — ale to „nie” pomoże sytuacji. Przyznaję się chętnie do wszystkich grzechów, jakimi obarczył mą duszę... Przyznam się i do wielokrotnej walki z wiatrakami w mem życiu, i do „machania“, jeśli nie szablą po powietrzu, to choć piórem po papierze, przyznam się i do zamazania licznych arkuszy w ostatnich latach na walkę z „urzędową“ medycyną. I napewno nie tylko odnośnie samoleczenia nerwic, ale i wielu innych kwestyi po raz wtóry odkrywałem Amerykę — wszak nic nowego pod słońcem... W dodatku nie tylko o brak skromności, ale nawet o sporą dozę zarozumiałości muszę sam siebie często posądzać. I nie tylko nie umiem na pamięć prac JANET'a, MOEBIUS'a, ale przytem bez wątpienia daleko „mi” jeszcze, jak zresztą każdemu śmiertelnikowi, do jasnych pojęć o wielu rzeczach. A i to prawda, że mój język i styl potrafi doprowadzać do żóltaczki naszych purystów... Nareszcie nie mogę zaprzec jeszcze jednego śmiertelnego grzechu: daleko łatwiej dostrzegam źdźbło w cudzem oku, niż belkę we własnem. Ale taka już jest powszechna ułomność ludzkiej natury. Zresztą — *mea culpa!*

Tylko co to wszystko ma wspólne z pracą d-ra DUNINA? To są tylko komplementy pod adresem mojej osoby — a gdzie są dowody, że nie jest tak, jak mówiłem o tej pracy? Być może, iż „przeinaczyłem“ niektóre poglądy d-ra DUNINA — ale z tej prostej przyczyny, iż autor — jak to podkreślałem — sam je ciągle

„przeinaczał“. I teraz nie mogę się dowiedzieć, czy wedle d-ra DUNINA histerya i neurastenia są samodzielnymi chorobami, czy też nie. Na początku repliki „pomiędzy temi dwiema chorobami nie ma ścisłej granicy“, na końcu zaś — widocznie jest, skoro winę sprzeczności przy leczeniu hysteroneurastenii, w jaką wpadł d-r DUNIN li tylko dzięki uznaniu neurastenii i histeryi za oddzielne choroby, zwała on na — „naturę“.

Być może, iż teoria nerwic czynnościowych, jako zaburzenia utleniań wewnętrznych, dla d-ra DUNINA jest „nic nie warta“; za to — na pociechę — jest ona „choć cokolwiek“ warta już dla wielu poważnych lekarzy wśród swoich i wśród obcych. Gdyby zaś ta teoria miała być nic nie warta zasadniczo dlatego, iż dotychczas „nikt nie widział i nie miał w ręku“ toksyn nerwicowych, to na tej samej podstawie nie wiele więcej warta jest i teoria o zatruciu w wielu cierpieniach zakaźnych, np. szkarlatynie: wszak tu także czystych toksyn nikt nie miał w ręku. I mimo tych braków metodyki „nienormalne utlenianie“ staje się dla współczesnego pojmowania przyczyną nie tylko „co najmniej dziesiątka“ różnych chorób, jak się dziwi d-r DUNIN, ale ich, co najmniej, paru dziesiątków.

Natomiast, choć badania psychologiczne w nerwicach nie są dla mnie „głupstwem“, jakby chciał d-r DUNIN, nie widzę żadnego powodu, dla któregoby takie badania były „jedynie na dziś możliwe“, a wszelkie inne — szkodliwe. Chyba tylko dla tego, że tak zdecydował d-r DUNIN. Tego rodzaju sposób dowodzenia łącznie z obfitością przeróżnych zdań i apostrofami... *ad personam* jeszcze może niekiedy miewać powodzenie tu w Warszawie, ale — niestety — nie ma go już w nauce. To też, choć mi d-r DUNIN powyżej co do pracy JANET'a oświadczył „zaręcza“, iż „wprowadza ona do nauki nieco więcej, niż hipoteza o zaburzeniu utleniań ustrojowych“, zaręczenie to trudno mi bardzo, choćbym nawet chciał, uznać za dowód, rozstrzygający o wartości mej teorii. A dalej — choć d-r DUNIN usilnie „chce“, bym „nie znał wcale“ lub znał „tylko powierzchownie“ prace JANET'a oraz FREUD'a i BREUER'a, to za to znam już napewno wywody psychologiczne o neurastenii MOEBIUS'a, którego nazwiska w najpotrzebniejszej chwili w „odpowiedzi“ — nie znajduję.

Przyznaję: teraz dowiadujemy się stanowczo od d-ra DUNINA, że hipnotyzm jest środkiem na objawy histeryczne. Nie widzę jednak, by przestał on być „specyfikiem“ — zapewne nie z apteki. Bo oto znajdujemy znowu dwa „specyfiki“ w replice d-ra DUNINA: ruch na otyłość, a spokój na anemię. Brak tylko „specyfiku“ na taką otyłość, która pochodzi z anemii — a będziemy zupełnie w porządku.

Z drugiej strony, jeśli chodzi o poglądy terapeutyczne niżej podpisanego, to, choć nie zabrania on, jakby znowu chciał d-r DUNIN, myślenia i objaśniania danych empiryi — przeciwnie dowodzi gdzieindziej nieodzowności tego — w każdym razie powtórzy jeszcze raz to, co już raz powiedział: „broń Was Boże“ — nie twórcie nakazów terapeutycznych temi drogami i w taki sposób, jak to przy nerwicach czyni nasz autor.

Bądź co bądź cieszy mnie uznanie ze strony d-ra DUNINA, iż słusznie „zachwycalem się“ metodą wynajdywania wskazań CHALUBIŃSKIEGO. Do niedawna bowiem — o ile wnoszę z danych literatury — d-r DUNIN był co do zasług naukowych CHALUBIŃSKIEGO zupełnie odmiennego zdania.

Następnie parę sprostowań co do znaczenia niektórych wyrazów:

1) „Dogmatyczność“ — nie znaczy przyjmowanie za pewniki tez, których nie sprawdziło się o sobie, ale przyjmowanie za pewniki tez, nie trosz-

cząc się w ogóle o to, czy ich prawdziwości ktokolwiek dowodził. Pochodzenie drobnoustrojowe gruźlicy zostało specjalnie udowodnione, i dotychczas niema faktów, przeczących zasadniczo takiemu pojmowaniu, jakie obecnie istnieje. Natomiast d-r DUNIN „dogmatycznie“ przyjął psychologiczny punkt widzenia — nie obchodziło go bowiem zupełnie w jego pracy, czy cokolwiek nie przeczy tego rodzaju pojmowaniu.

2) „Plagiat” jest to świadome zabranie czyjejs własności umysłowej, wzgl. literackiej lub literacko-naukowej i podawanie jej za swoją — a więc zwyczajne złodziejstwo. Dogmatycznie zaś lub rozumowo wolno każdemu przyjmować cudze poglądy, skoro się zaznacza pochodzenie tych poglądów. D-r DUNIN ciągle cytuje JANET'a, MOEBIUS'a i innych, nie ośmieliłbym się więc nigdy posądzać go o plagiat. Taki wniosek z moich słów może robić tylko ten, kto nie zastanawia się zupełnie nad znaczeniem wyrazów. Sam wspominałem, iż autor modyfikuje czy uzupełnia poglądy JANET'a, MOEBIUS'a i in. Mimo to wszystko nie widzę podstawowej różnicy pomiędzy tymi autorami a wywodami naszego, choć d-r DUNIN twierdzi przeciwnie.

Do uwag powyższych dodam, iż bynajmniej nie wymagałem i nie wymagam od d-ra DUNINA „dokumentów“ w postaci historii chorób. Ale jeśli autor z tych czy innych względów stanął w swej pracy na punkcie widzenia histeryi i neurastenii, jako dwóch jednostek czy form patologicznych, to każdy czytelnik „myślący“ będzie od niego wymagał ścisłego określenia, co jest „czystym“ przypadkiem jednej i drugiej choroby we wzglądzie klinicznym. Takiego określenia d-r DUNIN nie dostarczył.

Po za tem zgodzę się najzupełniej z d-rem DUNINEM, iż dalsza polemika byłaby — „humorystyką“. Zakradła się ona jednak dopiero dzięki „odpowiedzi“ autora broszury. Pozostaje mi tylko jedna poważniejsza uwaga. Wedle d-ra DUNINA „ton“ mojej krytyki uwalnia go właściwie od wszelkiej odpowiedzi. Innemi słowy — d-r DUNIN imputuje czytelnikowi, jakobym pisał krytykę stronną i osobistościową.... W ten sposób — zapewne — można się zasłaniać od każdego rozbioru naukowego, jeśli jest on jednocześnie logicznie ostry... Ale oto teraz, po ogłoszeniu repliki d-ra DUNINA, czytelnicy będą mogli sobie zdecydować, czyj „ton“ lepiej dowodzi — „jak w gruncie rzeczy jesteśmy mało kulturalnym narodem“ — ton „odpowiedzi“, czy też mej krytyki.

E. Biernacki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= HEINRICH spostrzegł żółtaczkę podczas ciąży u dwóch siostr. Starsza z nich w pierwszych miesiącach każdej z czterech ciąży doznawała swędzenia skóry, a po kilku tygodniach zjawiała się żółtaczką, trwającą aż do poronienia w 7—8 miesiącu. Płody były niezdolne do życia i nie miały żółtaczki. Obecna piąta ciąża przebiegała zupełnie tak samo i zakończyła się poronieniem w ósmym miesiącu. Młodsza siostra, pierwiastka, uczuła swędzenie w drugim miesiącu; żółtaczką wystąpiła

w 4 miesiącu; obraz choroby był zupełnie podobny do poprzedniego. Autor przypuszcza pierwotne cierpienie miąższu wątroby lub nabłonka najdrobniejszych dróg żółciowych. (Pester med.— chir. Presse. 40. 1901).

= GOETZL i SALUS starali się drogą doświadczalną zbadać sposób działania urotropiny, ponieważ nie zgadzają się na pogląd NICOLAIER'a, jakoby wpływ tejże na bakterye polegał na odszczepieniu formaldehydu przy ciepłocie ciała. Zauważyli oni, że odszczepianie

formaldehydu często wcale nie następuje oraz że ono bywa zresztą tak nieznaczne, iż o bakterjyobójczem działaniu mowy być nie może. Wyniki badań są następujące: 1) Urotropina jest silnym środkiem przeciwnilnym; w 5% roztworze zabija mikroby nieżyty pęcherza amoniakalnego, *bact. coli* i tyfusu; 2) po dodaniu 3% urotropiny do kwaśnego moczu i pozostawieniu tegoż w ciepłocie pokojowej bez przykrycia, fermentacja amoniakalna moczu opóźnia się (do 11 dni); 3) podniesienie ciepłoty do 37° powiększa działanie przeciwnilne, tak, iż 1½% roztwór działa również skutecznie, jak 2% przy 17°; 4) obecność białka nie zmienia tych własności urotropiny; 5) szczególnie wrażliwy na urotropinę jest *bact. typhi*; 6) rozrostu grzybków pleśniowych urotropina nie powstrzymuje; 7) w dwóch doświadczeniach ze złoгами moczanowymi *in vitro* zauważono wyraźną zdolność rozpuszczalną urotropiny. Co do stosowania wewnętrznego 3 razy dziennie po 0,5 w szklance wody, autorowie spostrzegali, że: 1) urotropinę chorzy dobrze znoszą; 2) w świeżo oddanym moczu nie można było wykazać formaldehydu przy pomocy bardzo czułego odczynnika JORRISEN'a; natomiast mocz dawał zawsze wyraźny odczyn urotropinowy; 3) brakowi odczynu formaldehydowego nie odpowiadał brak odczynu urotropinowego, i odwrotnie; 4) urotropina okazała się doskonałym środkiem przeciwnilnym dla moczu; 5) w jednym przypadku kamicy nerkowej odchodziły, po użyciu urotropiny, drobne, gliniastej barwy złogi kwasu moczowego, które były większe od poprzednio wydalanych samoistnie złożeń czerwonych. (Prag. m. Woch. 31. 1901).

= Zapalenie pochwy (*Kolpitis*) u małych dziewcząt występuje, zdaniem ROMNICEANU i ROBIN'a, dość często. W oddziale chirurgicznym bukareszteńskiego szpitala dziecięcego spostrzegali oni w okresie 14-letnim 150 przypadków, z których 130 dało wynik dodatni przy badaniu na gonokoki. O przestępstwach przeciw obyczajności nie mogło być mowy; drogi zarażenia się były następujące: spanie razem z chorą na rzeżączkę matką, siostrą, sąsiadką, bratem i siostrzeńcem; kąpiel w wannie chorej sąsiadki; zarażenie się podczas porodu, w szkole i przez dzieci sąsiadów; w 15

przypadkach jakoby było usiłowanie zgwalcenia; w 72 niepodobna było stwierdzić źródła. Leczenie polegało na przemywaniach 4% kwasem bornym i pendzłowaniach 1—2% apisem. (Wien. m. Presse 43. 1901).

= Dla ściągającego działania na błonę śluzową kiszek mamy dwa dzielne przetwory: tannigen i tannalbinę; nie byłoby potrzeby mnożyć ich liczby, gdyby nie wielce trudna rozpuszczalność wymienionych leków w wodzie, wskutek czego wcale nie jest łatwo dawać je dzieciom w większych dawkach, a w takich tylko działają skutecznie. Wobec tego MANASSE zajął się zbadaniem nowego środka, zwanego „bismutozą“, który, choć niezupełnie rozpuszcza się w wodzie, lecz pęcznieje w niej (a przynajmniej w ciepłej wodzie) i w takiej postaci łatwo go podawać bądź sam przez się, bądź w zupach lub w napojach. Bismutoza, zbadana przez autora w 23 przypadkach (dorosłych i dzieci), jest delikatnym, białym proszkiem, bez smaku i zapachu, a zawiera 21% bismutu w połączeniu z białkiem. Sok żołądkowy rozpuszcza ledwie ślady bismutozy, wobec czego całe jej działanie przejawia się w kiszka. Dawniejsze już badania (ESCHERICH'a, BIEDERT'a, CAMERER'a) wykazały skuteczność środka tego w cholerynie i zwykłej *enteritis*, jak również w nadkwaśności i bólach żołądka (WEGELE, MEISSEN, SCHLESINGER, v. BARDELEBEN). Toż samo potwierdza KUICK, który stosował bismutozę w 20 przypadkach biegunki letniej. Autor stosował środek ten zarówno u małych dzieci (noworodków nawet), jakoteż u dorosłych, podając go do wewnątrz a jednocześnie w postaci lawatywy. Używał zawsze wielkich dawek, od ½ do 5 gramów, co kilka godzin, a niekiedy nawet co godzinę. Do lawatywy z odwaru ryżowego dodawał zwykle 5 gramów bismutozy. Chorzy zawsze chętnie przyjmowali ten środek, który działał ściągająco na przewód pokarmowy, wstrzymywał wymioty, ograniczał ilość wypróżnień i wpływał na zgęstnienie tych ostatnich. Nawet bardzo wielkie i przez dłuższy czas stosowane dawki w żadnym przypadku nie spowodowały niepożądanego ubocznego skutku, wobec czego środek ten może liczyć na powodzenie, tembardziej iż cena jego jest niska. (Ther. Monat. 1901. Nr. 1).

L. W.

Wiadomości bieżące.

— Warszawska Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy. Z końcem roku zeszłego Kasa ta kończy drugi rok swego istnienia. W ciągu tego krótkiego okresu przedstawia powolny, ale ciągle rozwój swej działalności. Bilans za r. 1900 zamykał się sumą 9054 rb.,—bilans zaś za rok 1901 zamyka się sumą rubli 14543 kop. 15. Czysty majątek wynosił w tych dwóch latach: rubli 7150 kop. 24 i rub. 13399 kop. 92. Obroty Kasy w drugim roku znacznie się wzmogły w dziale pożyczek i oszczędności. Rachunki, zamknięte w dniu 31 grudnia 1901 r., wykazują czysty zysk, którego część zostanie przepisana, stosownie do wymagań ustawy, na kapitał zapasowy, reszta zaś zostanie podzielona w postaci dywidendy między uczestników w stosunku $1\frac{1}{3}\%$ do ich wkładów oszczędnościowych. Przewidywany w budżecie na rok następny czysty zysk pozwoli, oprócz zwiększenia kapitału zapasowego, zapisać na dobro uczestników w stosunku $2\frac{1}{3}\%$ dywidendy. Z pożyczek w roku ubiegłym korzystało 26 uczestników w ogólnej sumie rub. 2656. Najniższa pożyczka wynosiła rub. 35, najwyższa rub. 500. Kapitały Kasy przedstawiają się z końcem roku w sposób następujący: 1) W listach zastawnych m. Warszawy rub. 7200; 2) suma hipoteczna rub. 4000; 3) u członków na pożyczkach, zabezpieczonych weksłami lub papierami procentowymi, rub. 2313 kop. 70; 4) w Banku Handlowym na rachunku bieżącym rub. 335 kop. 40; 5) gotowizną rub. 29 kop. 61; 6) w inwentarzu, drukach i blankietach (po strąceniu amortyzacji) rub. 202 kop. 76. Kasa liczyła w r. zeszłym 122 członków, w tem 42 na prowincyi. Członkowie składali miesięcznie po 3 — 25 rubli. Członkowie, którzy dla różnych względów potrzebowali wycofać poprzednio złożone oszczędności i przez to wykreślili się z listy, później mogli się zapisywać jako nowi członkowie. Punktualność w wypełnianiu zobowiązań była godna zaznaczenia.

— Opuściła prasę półtarkuszowa bro-

szurka d-ra Seweryna STERLINGA p. t. „O suchotach czyli gruźlicy, jak się tej choroby wystrzegać“ r. 1902. Jest to już trzecie wydanie tej broszurki; pierwsze wyszło w r. 1890. Autor należy do najwcześniejszych i najwytrwalszych pionierów w walce z gruźlicą w naszym kraju. Jeszcze w Niemczech nie śniło się o wydawaniu podobnych broszur i budowaniu sanatoryjów, gdy kol. STERLING już drogą popularnych wykładów starał się wpłynąć u nas na masy i otworzyć oczy na tę plagę, z którą jednak skutecznie walczyć można, gdy w dostępnym wykładzie się wyjaśni, jak się ustrzedz tej choroby. Pomimo zwięzłości, broszura jest wyczerpująca i tak napisana, że nawet bardzo mało przygotowany czytelnik wielką z niej odniesie korzyść i o rzeczach niezbędnych, tej choroby dotyczących, będzie miał jasne pojęcie. Wyróżniają z pośród powodzi broszur popularnych, o suchotach traktujących, broszurę d-ra KNOPF'a, i słusznie, ale jest to dobra praca, lecz dla nieco inteligentniejszego ogółu. Dla mas zaś mniej inteligentnych jest ona niedostępną i nie może w tym względzie konkurować z pracą d-ra STERLINGA, która niewątpliwie należy do najlepszych, jakie dotąd w zakresie elementarnym napisano. Po krótkim wstępie, zapoznającym czytelnika z ogromem strat przez suchoty przyczynianych, wykazuje autor w rozdziale pierwszym, iż „suchoty są chorobą zaraźliwą“; w drugim, że są „sposoby, przy których pomocy mniej ludzi będzie chorować na suchoty“ i w tym podaje szereg przepisów czyli owych sposobów, chroniących od zarazy, wreszcie wykazuje, iż „suchoty są chorobą“ uleczalną. Aczkolwiek broszurka jest dla każdej kieszeni dostępna (pierwsze wydanie kosztowało 5 groszy, obecne czyli 3-ie, 10 groszy, a za 10 egzemplarzy dwa złote, czyli po 6 groszy za egzemplarz), to jednak dobrzeby było broszurkę tę rozdawać darmo, a na ten cel Towarzystwo Higieniczne lub osoby zamożne mogłyby pewne sumy ofiarować.