

# 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 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. W sprawie trawienia u suchotników. Podał K. Dłuski. — Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (d-r E. Flatau). Przez S. Goldflama. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 8. O kamieniach żółciowych i kamicy żółciowej. 9. Dwa przypadki bąblowca wątroby, operowane sposobem Delbe'a: uwagi o t. zw. „frémissement hydatique“. 10. Diazoreakcja Ehrlich'a. 11. Przyczynki do leczenia zapaleń ropnych płucny. 12. Sztuczne wytwarzanie tkanki łącznej za pomocą wstrzykiwania agar-agaru. 13. Częstość nawrotu mięsaków. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 21 grudnia r. z. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. Jan Mazurkiewicz. Andrzej Towiański. Studium psychologiczne. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Dłuski — Sur la digestion chez les phthisiques. 2) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie asthénique. Examen anatomopathologique d'un cas. (D-eur E. Flatau).

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

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Dłuski — Ueber die Verdauung bei Phthisikern. 2) D-r S. Goldflam — Ueber die asthenische Paralyse nebst der post mortem Untersuchung eines einschlägigen Falles (D-r E. Flatau).

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

## W SPRAWIE TRAWIENIA U SUCHOTNIKÓW.

Podał

K. DŁUSKI.

Jeszcze przed pół wiekiem, gdy w klasycznym kraju lekarstw, we Francji, stosowanie najróżnorodniejszych leków stanowiło artykuł wiary w terapii suchot płucnych, GUÉNEAU de Mussy, stawiając na pierwszym miejscu świeże powietrze i odpowiednie odżywianie, tak się wyraża w swych wykładach klinicznych: „mówiłem już, jak ważną jest rzeczą utrzymanie odżywiania a zatem i sprawy trawienia w dobrych warunkach — jest to jeden z najważniejszych punktów leczenia suchot“.

Mniej więcej w tymże samym czasie PETER, krusząc z przestarzałą tradycją kopię o racjonalną higienę dla chorych dotkniętych gruźlicą, tak powiada: „Narząd trawienia jest jednym z najpewniejszych punktów odpor-nych dla suchotnika i jego lekarza. Suchotnik, który dobrze je i dobrze trawi, co zjada, a przytem nie gorączkuje, może przeżyć niemal pół wieku ze swymi tuberkułami“. Przykładów takich przytacza on sporo.

Jeśli pozwoliliśmy sobie przytoczyć głośne kiedyś imiona, to z myślą uwydatnienia, jak ważną rolę przypisywano sprawie trawienia u suchotników wówczas już, gdy BREHMER stawiał pierwszy swój zakład i staczał zacięte walki o nową metodę leczenia.

Dziś niektórzy klinicyści, jak np. DETTWEILER, skłonni są przypisywać dobremu żywieniu większe znaczenie, niż drugiemu czynnikowi leczniczemu, t. j. świeżemu powietrzu. Na niemieckim kongresie med. wewn. w 1887 roku DETTWEILER w tych słowach myśl swą sformułował: „możnaby powiedzieć, że stosowne odżywianie jest może jeszcze ważniejsze w leczeniu postępującej gruźlicy, niż właściwa kuracja powietrzna“.

W każdym razie sprawa ta dziś pod względem klinicznym jest rozstrzygnięta. Aforyzm DETTWEILER'a, że najlepszą apteką dla suchotnika jest dobra i zdrowa kuchnia, powszechnie dziś jest uznany. Lekarz praktyk wobec chorego nie łamie sobie dziś głowy nad tem, ile ma mu przepisać rozmaitych leków, lecz rozważa, jaką ilość i jakiego pożywienia, stosownie do swego stanu indywidualnego, ma chory spożywać. Przypuszcza przytem, że trawienie u chorych, nawet ze sprawą daleko posuniętą, poprawia się przy odpowiednich warunkach, czasem nawet nader szybko i bardzo wyraźnie. Rezultaty nie zadają kłamu jego przypuszczeniom. Tak się rzecz przedstawia w praktyce.

W teorii zaś inaczej wygląda. Właśnie uwydatnienie ważnej roli trawienia u suchotników dało pohop do całego szeregu badań nad chemizmem i sprawnością mechaniczną żołądka. Rozpatrzmy, do jakich doprowadziły one wyników.

Jeżeli, zgodnie z twierdzeniem JAWORSKIEGO, przyjąć wolny HCl jako kryterium normalnego chemizmu żołądka, okaże się, że wyniki badań u różnych autorów są do siebie zupełnie niepodobne, często rażąco sprzeczne. Pozwolimy sobie przypomnieć znane w literaturze danej kwestyi prace i podkreślić w nich punkty najbardziej ciekawe.

ROSENTHAL w badanych przez siebie przypadkach nie znajduje wcale wolnego HCl zarówno we wczesnych, jak i późnych okresach choroby. Jednak łaknienie i zdolność trawienia u jego chorych były, pomimo braku HCl, zupełnie normalne. CHEŁMOŃSKI również w 8 przypadkach na II nie znajduje wolnego HCl. W 5 zaś przypadkach na II trawienie okazuje się zadawalającym, niezależnie od obecności lub nieobecności HCl.

HILDEBRAND, jak wiadomo, stawia brak wolnego HCl w zupełnej zależności od stanu gorączkowego. Temperatura, wynosząca już 37,8°, wstrzymuje, według niego, wydzielanie kwasu solnego. Podanie zaś antypiryny choćby 2,0 dziennie, obniżając ciepłotę, czynność wydzielniczą jakoby przywracało do zwykłej normy.

A jako wniosek do swych poszukiwań HILDEBRAND dodaje, że „nawet pomimo złego łaknienia zdolność trawienia, zwłaszcza przy obecności wolnego HCl, była normalna“.

Badania GLUZIŃSKIEGO i WOLFRAMA w innem świetle kwestę tę przedstawiają. Zachowywanie się soku żołądkowego zależy wedle nich nie tyle od wysokości ciepłoty, ile od samej natury zakażenia. Teorya taka mogłaby dać klucz do wyjaśnienia braku HCl u suchotników w rozwiniętym okresie choroby, gdzie zakażenie mieszane odgrywa taką wybitną rolę.

Badania HEYEM'a, dokonane na 80 chorych, z których 32 w początkowym okresie, a 48 z daleko posuniętą sprawą płucną, w pierwszej grupie

wykazują w połowie przypadków nadmiar, w połowie zaś brak HCl. W drugiej grupie u 15 chorych nadmiar, a u 33 chorych brak HCl. Z tego wynika, że 60% przeszło chorych dotkniętych jest „hypopesją“.

Do innych zupełnie wyników doprowadzają poszukiwania SCHETTY'ego, CRONER'a i MAJEWICZA, dokonane wspólnie ze mną w paryskim szpitalu Boucicaut. Wypada z nich, że kwas solny u chorych w rozmaitych okresach sprawy gruźliczej wydziela się przeciętnie w sposób normalny, z tem zastrzeżeniem, że u CRONER'a wyjątkowo wydzielanie HCl okazuje się niedostatecznym, u nas zaś i u SCHETTY'ego — nadmiernem. Dla ścisłości wypada zaznaczyć, że wśród badanych przez nas 20 chorych w wieku 16—35 lat, z których 16 miało zmiany, zlokalizowane w jednym lub dwóch szczytach, tylko u 4-ch, ze sprawą daleką posuniętą, ciepłota dochodziła do 38—38,5°. Materiał zaś SCHETTY'ego daleko gorzej się przedstawia. Z pośród 25 chorych, tylko 6 nie gorączkowało. Reszta (czyli 19) miała wysoką ciepłotę; u 14 dochodziła ona do 39—40°, z tej zaś liczby 6 zmarło w szpitalu, 6 zaś znajdowało się w okresie posuniętej i postępującej sprawy płucnej. Pomimo to chemizm żołądkowy był normalny. Wobec takich faktów dziwnie wygląda teoria chemizmu żołądkowego HILDEBRAND'a, chemizmu, któremu wystarcza dwa gramy antypiryny dla usunięcia zaburzeń, wywołanych gorączką.

Jeszcze inaczej przedstawiają się wyniki badań KLEMPERER'a i MARFAN'a. W początkowej gruźlicy płuc stwierdził pierwszy w znacznej większości przypadków nadmiar HCl, w posuniętym zaś oraz w końcowym okresie nieznomogę wydzielniczą. MARFAN uważa za regułę zarówno we wczesnych, jak i późnych okresach choroby, nieznomogę wydzielniczą. Jako przyczynę podaje działanie toksyn, które w późnym okresie mają wywoływać niedostateczne wydzielanie się HCl i pepsyny.

Lecz nie tylko co do chemizmu trawienia zachodzą takie dziwne sprzeczności. To samo da się powiedzieć o sprawności mechanicznej żołądka, której w nowszych czasach wyznaczono pierwsze miejsce w sprawie trawienia.

Cytowani tylko co autorowie — KLEMPERER i MARFAN — twierdzą z całą stanowczością, że osłabienie mechanicznej działalności żołądka wraz z jego atonią lub rozszerzeniem panuje nad wszelkimi objawami przedmiotowymi w dyspepsyi suchotników. Różnica zachodzi tylko w nasileniu tych objawów stosownie do rozmaitych okresów choroby. KLEMPERER kładzie mocny nacisk na nasilenie objawów w miarę postępu choroby i zaznacza, że w końcowym okresie przybierają one ogromne rozmiary.

Wbrew tym twierdzeniom CRONER, EDINGER, SCHETTY i SCHWALBE również stanowczo utrzymują, że sprawność żołądka w najbardziej posuniętym okresie u gruźliczych nie bywa naruszona, nawet gdy sprawa kończy się zejściem śmiertelnem.

Pomiary, dokonane przez SCHWALBE'go na 25 trupach, doprowadziły go do wniosku, że rozszerzenie żołądka zdarza się bardzo rzadko. Jeśli zaś istnieje, należy je przypisać zwyrodnieniu skrobiowatemu. Tego samego zdania są EDINGER i SCHETTY i uważają, że proces gruźlicy sam przez się pozostaje bez wpływu na mechanizm żołądka.

Pytanie, skąd takie sprzeczne wnioski?

Jeśli żołądek, zdaniem niektórych autorów, tak zbacza od normalnego stanu, to podstawą po temu powinien być albo podkład materialny, a więc zmiany anatomiczne, albo zmiany czynnościowe, powstałe na tle samej spra-

wy gruźliczej lub pod wpływem czynników szkodliwych, gruźlicę poprzedzających lub z nią współistniejących.

Wiadomo, że już w pierwszej połowie zeszłego wieku francuscy klinicyści, jak LOUIS, ANDRAL, GRISOLLE i inni, zaznaczając częstość podmiotowych objawów u suchotników w rozmaitych okresach choroby, wiąźali je bezpośrednio ze stanem anatomicznym żołądka. ANDRAL znajdował zmiany anatomiczne w  $\frac{3}{4}$  przypadków, LOUIS w  $\frac{1}{5}$ . Ten ostatni usiłował nawet objaśnić różne objawy podmiotowe, jak brak łaknienia, bóle, nudności, wymioty i t. d. rozmaitym stopniem zmian anatomicznych i podał cztery rozmaite rodzaje „gastrite“ stosownie do tego, czy błona śluzowa żołądka była więcej lub mniej ścięńcząła i rozmiękczone, czy też przedstawiała „état mamelonné“, i czy odnośne zmiany znajdowały się tylko na przedniej ścianie żołądka lub na wielkiej krzywiznie, lub wreszcie rozszerzały się na znaczną część jego powierzchni. Ale w komentowaniu tych zmian przez wielkich klinicystów zachodzi *qui pro quo*. CORNIL i HERAREL wykazali bowiem, że były to zmiany pośmiertne, powstałe wskutek samotrąwienia błony.

W nowszych czasach CHEŁMOŃSKI, zestawiając dość obfity materiał, podaje, że na 86 sekcji gruźliczych spotykał w 44 przypadkach anemię żołądka, w 32 katar chroniczny (reszta przypadała na raka, wrzód okrągły i ostry katar). Wypada więc w takim razie przyjąć, że zarówno katar przewlekły jak i anemia miejscowa, są tym podkładem materyalnym, na tle którego rozwijają się zбочenia od normalnych czynności żołądka.

Poszukiwania MARFAN'a, dokonane na 27 żołądkach — „w wyjątkowych warunkach świeżości“, jak zaznacza, — wykazują, iż zmiany anatomiczne, towarzyszące daleko posuniętej sprawie gruźliczej („gastrite terminale“), w  $\frac{2}{3}$  przypadkach mają wszelkie cechy zwykłego kataru przewlekłego. Nie przedstawiają one, z wyjątkiem bardzo rzadkich wrzodów gruźliczych, żadnych zmian swoistych, a przecieź mają być podług autora punktem wyjścia do nasilenia końcowych objawów podmiotowych suchotnika. KLEMPERER również niezycem przewlekłym żołądka tłumaczy te zбочenia jego czynności, które wywołują wyżej wspomniane objawy podmiotowe.

Ale przeciw temu powstaje SCHWALBE, dowodząc że tezę MARFAN'a i autorów mu pokrewnych, jakoby podstawą dla zaburzeń dyspeptycznych u suchotników był niezyc przewlekły, wypada w znacznej mierze ograniczyć. Upośledzenie zarówno chemicznej, jak i mechanicznej czynności żołądka zdarza się rzadko, a jeśli się zdarza, to należy tłumaczyć je, jak wyżej już wspomnieliśmy, zwyrodnieniem skrobiowatem. EDINGER i ROSENTHAL także są skłonni w ten sam sposób objaśnić zбочenie sprawności żołądka. Znajdujemy się więc wobec zawilego i niejasnego komentowania objawów żołądkowych z punktu widzenia anatomo-patologicznego. Przypuśćmy jednak, że taka niezgodność w wynikach badań pośmiertnych jest dziełem trafu, skoro badania te dotyczą niewielkiej liczby przypadków. W jednym razie można natrafić na normalną błonę śluzową ( $\frac{1}{3}$  przypadków MARFAN'a), w drugich na zmiany mniejsze lub większe, dochodzące wreszcie aż do zwyrodnienia skrobiowatego. Przypuśćmy nawet, że jedne i te same objawy podmiotowe, jak utrata łaknienia, bóle, wymioty i t. d., mogą być spowodowane przez różne zmiany organiczne żołądka.

Jeszcze i wtedy kwestya nie zostanie rozstrzygnięta, zjawia się bowiem pytanie, czy i o ile zmiany organiczne żołądka znajdują się w bezpośredniej zależności od sprawy gruźliczej? Czy nie wpływają tu przedewszystkiem

inne szkodliwe czynniki, jak zła higiena i zle odżywianie ustroju, drażnienie błony śluzowej żołądka przez czas dłuższy mniej lub więcej lichymi napojami wyskokowymi albo przewlekłe stosowanie ostrych leków i t. d.? Takie pytanie wydaje się nam bardzo na miejscu już z tego względu, że gruźlica dla powodów, których przytaczanie jest conajmniej zbyt liczne, uważana dziś jest jako klęska społeczna. Ale, wobec autorów, którzy chcą *coute que coute* uzależnić dyspepsyę suchotnika od samej sprawy gruźliczej powstaje inne jeszcze pytanie, czy, mianowicie, dyspepsya ta nie jest rezultatem dawniej przebytych chorób, które, podkopując cały ustrój, osłabiły przedewszystkiem żołądek, jako „*locus minoris resistentiae*“. W takim razie mogły one przygotować grunt zarówno dla gruźlicy, jak i dla dyspepsyi, a przytem obiedwie sprawy nie tylko mogą, lecz i muszą na siebie wzajemnie oddziaływać. Nie wiadomo, co tu będzie skutkiem, a co przyczyną, gdyż skutki i przyczyna łączą się razem w jedną skomplikowaną całość patologiczną.

W rezultacie wypadła, że ani laboratorium, ani stół sekcyjny sprawy dyspepsyi u suchotników dokładnie nie rozstrzygają.

Pozostaje klinika. Ta już oddawna robi usiłowania nad wyświeśleniem sprawy. Materiału jej nie brak; ma go poddostatkiem. Ale i tu panuje również zamęt i niejasność pojęć.

Uderza już przedewszystkiem ten fakt, że autorowie różnią się krańcowo co do częstości zaburzeń żołądkowych u suchotników. Tacy np. znani francuscy klinicyści, jak GRANCHER i HUTINEL, G. SÉE, GUÈNEAU de MUSSY, MATHIEU i in., nie mówiąc już o dawniejszych, jak LOUIS, ANDRAL, GRISOLLE, utrzymują, że dyspepsya jest zjawiskiem częstym w gruźlicy płuc, i różnią się tem, że jedni do przymiotnika częsty dodają przysłówek „bardzo“, a drudzy „nadzwyczaj“. Inni znów, jak HAYEM, DEBOVE i cytowani przez nas wyżej niemieccy autorowie częstość tę przyjmują z większem lub mniejszem zastrzeżeniem, zwłaszcza w pierwotnych okresach choroby. Taka sama niezgodność panuje i na tym punkcie, czy dyspepsya jest objawem następczym, na tle gruźlicy powstałym, nią uwarunkowanym, czy też objawem pierwotnym, poprzedzającym gruźlicę, a później teje towarzyszącym.

(D. n.).

## DALSZE UWAGI NAD PORĄŻENIEM ASTENICZNYM,

wraz z wynikiem badania pośmiertnego

JEDNEGO PRZYPADKU (D-R E. FLATAU).

Przez

S. GOLDFLAMA.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 4).

Przypadek ten odznacza się wielokrotnem występowaniem napadów porażenia astenicznego. Istotnie można tu mówić o napadach, albowiem przerwy były wyraźne, zazwyczaj długotrwałe, i chora podczas nich czuła się zupełnie dobrze. W każdym napadzie można było odróżnić okres narastania objawów i zwalniania. W pierwszym zjawiają się objawy szybko jeden po drugim, po tygodniach lub miesiącach dosięgają najwyższego rozwoju i naj-

większego niebezpieczeństwa. Już przypuszczano, że chora jest stracona, lecz na tym poziomie choroba pozostaje niedługo, zjawia się poprawa, objawy słabną co do natężenia i rozległości i znów po paru miesiącach następuje bądź dłuższa, bądź krótsza remisja. Oba okresy, tworzące napad, są wielokrotnie przerywane przez wahania w natężeniu objawów, zjawiają się to polepszenia, to pogorszenia, które trwają tygodnie, w ogólności jednak w okresie wzmaganania daje się spostrzegać przybieranie objawów, w okresie zwalniania ubywanie. Oprócz rzeczonych wahań, trwających dni i tygodnie, istnieją wahania krótsze, dokonywające się w ciągu jednego dnia i zazwyczaj okazujące nasilenia ku wieczorowi.

Przestanki trwają miesiące i lata; jeden obejmował  $3\frac{1}{2}$  roku, drugi 2 lata, i dla chorej równały się one zupełnemu wyzdrowieniu; wyszła też za mąż i rodziła dzieci. Jednakże badanie przedmiotowe stwierdzało i wtedy ukryte objawy, dowodzące, że choroba nie wygasła, lecz, że tak powiem, drzemie. Przeważnie były to objawy takie, jak niepobudliwość odruchowa lub fonacyjna podniebienia miękkiego, osłabienie ruchów mimicznych, nieznaczne opadnięcie powieki; był to ostatni pozostały ślad choroby. Niedowład miękkiego podniebienia był objawem najstalszym, który wkraczał i w okresy przestanków.

Kliniczny obraz każdego napadu, raczej nawrotu, był prawie jednakowy, istniały jedynie różnice w stopniu natężenia objawów; zrzadka jedynie tego lub owego objawu brakło w ciągu napadu. Pierwszy napad dosięgnął najwyższego natężenia. We wszystkich napadach objawy opuszkowe były najwybitniejsze: zaburzenia w żuciu, połykaniu, artykulacji, osłabienie nerwów twarzowych, nawet górnych gałęzi, niedowład języka i t. d.; szczególnym trafem mięśnie krtani przy badaniu wziernikiem wydawały się nietknięte. Ze strony mięśni ocznych dawało się zauważyć jednostronne opadnięcie powieki, od czego choroba się rozpoczęła — zresztą w ciągu całego czasu obserwacji właściwej oftalmoplegii nie było (podobno na początku choroby istniało krótko-trwałe podwójnowidzenie, którego sam nie stwierdziłem). Opadnięcie powieki było bardzo zmienne, to bardziej, to mniej wyrażone, w jednym napadzie po prawej stronie, w innym po lewej, to znowu brakło go zupełnie. Kończyny i tułów były dotknięte dość silnie — i w tym przypadku odcinki, bliżej tułowia położone, bardziej, niż końcowe; mięśnie karku i szyi szczególnie były upośledzone.

Jednym z najwybitniejszych objawów był wczesny i stały w każdym nawrocie udział mięśni oddechowych w porażeniu. Występowały nie tylko napady zaduszania na skutek przedostawania się pokarmów do krtani z powodu porażenia mięśni gardzieli i przełyku, lecz pojawiała się już wcześniej i w stanie spokoju stała duszność, jako przejaw niedowładu mięśni zarówno wdechowych, jak i wydechowych i oprócz niej bez wszelkiego powodu napady duszności, które bezpośrednio zagrażały życiu.

Zjawisko szybkiego wyczerpywania się było zazwyczaj bardzo typowo wyrażone w każdym napadzie, można tu było stwierdzić wpływ wyczerpania jednego członka na czynność innych, najbardziej zaś oddziaływanie zmęczenia kończyn na stopień natężenia zaburzeń w artykulacji mowy.

Co do odruchów kolanowych, to zdawało się, że przez wielokrotne wywoływanie udawało się je tłumić, lecz zjawisko to nie było wyraźne.

Pobudliwość elektryczna jeszcze przed pracą JOLLY'ego była określona jako normalna; tylko w języku i miękkim podniebieniu pobudliwość faradyczna okazała się nieco osłabioną. I w ostatnim czasie wielokrotnie dokony-

wano starannego badania na Mya R w licznych obrębach nerwo-mięśniowych, ale stale znajdowano prawidłową pobudliwość elektryczną.

W historii choroby zanotowano parokrotnie lekkie kloniczne skurcze, przeważnie w mięśniach twarzy; zazwyczaj nie były one rozległe, zjawiały się rzadko tylko na szczycie choroby, nie miały nic wspólnego z drzeniem włókienkowem i znikwały w czasie przestankowym. Zaników wcale nie było. Pacjentka, osoba szczupła, ogólnie chudła tylko podczas trwania objawów choroby, głównie wskutek niedostatecznego przyjmowania pokarmów.

Rzecz dziwna, iż i w tym przypadku powtarza się skarga na uczucie ciężaru i bólu w łopatce; po za tem czucie, zmysły i t. d. pozostają nietknięte.

W czasie tej długiej obserwacji chora miała 2 razy napady kolki żółciowej i kilka nieżytych zapaleń gardzieli. Pogarszały one stan chorej, jakkolwiek przemijająco, o ile występowały w czasie napadu porażenia astenicznego. Nieżytowe zapalenie gardzieli jest zanotowane we wszystkich powyższych obserwacjach, chociaż nie można mu przypisać jakiegokolwiek przyczynowego znaczenia lub też wnioskować o szczególnem usposobieniu chorych na asteniczne porażenie do zapalenia gardzieli, albowiem przypadki dotyczą osobników młodych, często istotnie zapadających na anginę, i przytem przeciąg obserwacji jest bardzo długi.

Ciąża, zdawało się, wpływała raczej dodatnio. Podczas niej nie zdarzył się napad, jeśli ciąża wypadła w czasie przestanku. Pacjentka czuła się najlepiej podczas ciąży i żartem twierdziła, że, aby być zdrową, powinna stale być w błogosławionym stanie. Trzeciemu zajściu w ciążę, które nastąpiło w czasie ustępującego napadu, towarzyszyła wydatna i natychmiastowa poprawa. Przeciwnie, po obu rozwiązaniach, po upływie 3 miesięcy rozwinął się napad porażenia astenicznego; trudno orzec, czy za drugim razem nie przyczyniło się do pogorszenia i karmienie, tyle tylko powiedzieć można, że zarówno lekkie zakaźne choroby (z gorączką przebiegająca angina, *bronchitis*, *angiocholitis*), jak i momenty, osłabiające ogólnie organizm (połóg, karmienie), sprzyjały nasileniu objawów porażenia *resp.* wywoływały nawrót sprawy chorobowej.

Przygodne, rzadko pojawiające się napady omdleń z drgawkami klonicznymi są oczywiście natury historycznej, nie stoją w żadnym związku z porażeniem astenicznem, na którego przebieg wcale nie wpływają.

Ze stanowiska etiologicznego należy zaznaczyć, że ojciec pacjentki zmarł z powodu guza mózgu w 37 roku życia, więc znowu występuje nowotwór, jakkolwiek w linii wstępującej.

Przypadek IV. Panią B. w wieku lat 37, widywałem w ostatnich latach od czasu do czasu z powodu *hemiatrophiae facialis*, którą była dotknięta. Chora pochodzi ze zdrowych i żyjących rodziców, jest zamężna od lat 7, nie była nigdy w ciąży (równie jak jej starsza siostra, a obie jakoby z powodu *uterus infantilis*), peryody normalne. Chora od wczesnej młodości miała oczy bardzo wypukłe i dość grubą szyję — (jak również wspomniana już starsza siostra) — ale objawy te z wiekiem nie wzmagały się. Lewostronny zanik twarzy wytworzył się zwolna w ciągu ostatnich 5 — 6 lat; chora nie wiedziała o nim.

W grudniu 1900 r. zanotowano pod tym względem (d-r S. BERNSTEIN), co następuje:

Kobieta jasnowłosa, dobrze odżywiana, niewielkie wole, tętno 80. Lewy policzek wyraźnie wychudzony, zapadnięty, skóra na nim cieńsza i nieco

bledsza, niż na prawym, kontury *m. levatoris labii sup. et anguli oris* rysują się wyraźnie. Zanik dotyczy jedynie tłuszczu, tkanki łącznej i skóry. Wskutek zaniku policzka kości twarzy wystają, żuchwa z lewej strony wyczuwa się wyraźniej, niż z prawej. Lewa okolica skroniowo-czołowa, lewa połowa nosa nie różnią się niczem od prawostronnych, brwi, rzęsy i włosy na *capillitium* jednakże po obu stronach. Mimika twarzy po lewej stronie zupełnie normalna, jak również reakcja elektryczna na oba rodzaje prądów, czy to przy drażnieniu pośrednim, czy bezpośrednim (bezpośrednia drażliwość zdaje się nawet być wzmożona, prawdopodobnie wskutek zmniejszenia oporu ze strony scieńczonej skóry i zanikłego tłuszczu). Mięśnie żwacze i skroniowe kurczą się po obu stronach jednakowo, w języku nic nienormalnego. Czucie zupełnie zachowane. Chora nie zauważyła różnicy w transpiracji obu połów twarzy, a tylko czasami lekkie zaczerwienienie lewej strony, bez udziału lewej muszli usznej. Pacjentka pogodziła się ze swą deformacją, zwłaszcza że nie odczuwała z jej powodu żadnych dolegliwości, odwiedziła zaś mnie w końcu 1900 r. raczej z powodu opadania lewej górnej powieki i przelotnych zaburzeń w mowie (rodzaj seplenienia), które to zaburzenia, jakem się później dowiedział, zjawiały się na krótką chwilę wieczorami. Ptoza wystąpiła jakoby około 1. VII. 1900. i uległa poprawie po elektryzacji, zaburzenia w mowie zjawily się w październiku. W rzeczywistości podczas badania można było jeszcze dostrzedz nieznaczną ptozę z lewej strony, co miało się ochotę uważać za jeden z objawów zaniku twarzy, zwłaszcza że i lewa źrenica była cokolwiek mniejsza od prawej (*paresis n. sympathici?*). Zaburzeń w mowie nie udało się dostrzedz ani razu. Nadto widoczny był u zwykle wesołej pacjentki smutny nastrój duchowy, ale ostatnimi laty zniosła ona wiele trosk i niepokojów. W moczu, o ciężarze gatunkowym 1030, ślady glukozy (0,05%), wiele soli moczowych, kryształki szczawianu wapnia. Chora żaliła się jeszcze na umiarkowane bóle w lewej nodze. Wyjechała w środku grudnia 1900 r.

Zjawila się u mnie więcej, niż po 2 miesiącach, 7. III. 1901. w stanie już bardzo zmienionym. W domu zażywała tyreoidynę (Borrough Welcome) z powodu zaniku twarzy i pewnych objawów, przypominających chorobę Basedow'a, ale tylko przez czas krótki, ponieważ użycie tego środka powodowało zaburzenia żołądkowe, uczucie osłabienia i utratę na wadze. Około Bożego Narodzenia przebyła jakąś trudną do zdefiniowania chorobę gardła; czuła wtedy bóle przy łykaniu i bez niego, nie gorączkowała, nie kładła się do łóżka i nie wzywała lekarza, ale nie wychodziła z domu przez 10 dni.

Przed 10—12 dniami powstała znaczna zmiana w mowie, która przybrała charakter nosowy; prawie jednocześnie płyny przełknięte zaczęły regurgitować przez nos, a chora wpadła w stan bezsilności, najwidoczniejszy w kończynach górnych i występujący na jaw przy najlżejszych czynnościach, np. przy kładzeniu kapelusza. Regurgitacja płynu zmniejszyła się, ale obecnie istnieje trudność w przełykaniu pokarmów stałych, i chora ma uczucie obcego ciała w przełyku. Mowa pogorszyła się widocznie, mianowicie wieczorami jest wprost niezrozumiała.

Wyraz twarzy niespokojny, tętno 90—96, wszystkie ruchy mimiczne bardzo słabe, jako to: zaciskanie oczu, układanie ust do dmuchnięcia, wydeście policzków i t. d. Lewa szpara powiekowa jakby mniejsza od prawej, ale nieznacznie. Język nie może być utrzymany w jamie ustnej w zupełnym spokoju, również w położeniu wysuniętym wykazuje nieco drgań włókienko-



wych, wszystkie jednak ruchy są swobodne, choć wyprężanie nie jest dość energiczne. Podniebienie miękkie przy fonacyi i drażnieniu mechanicznem kurczy się słabo, a nawet wezwany laryngolog uznał je za zgoła nieruchome, natomiast krtani normalna. Głos wyraźnie nosowy, mowa w miarę używania jej coraz niewyraźniejsza, odmawia wreszcie zupełnie posłuszeństwa, a po krótkim odpoczynku chora znów może mówić. Objawy wyczerpania dają się wykazać we wszystkich kończynach, przyczem amplituda ruchów zmniejsza się dość nagle; zupełny jednak bezwład nie następuje, a po krótkim wytchnieniu kończyny odzyskują sprawność pierwotną. Przy badaniu chora męczy się bardzo prędko i wogóle jest bardzo bezsilna, nie może np. usiąść bez obcej pomocy. Odruchy normalne, porażenia akomodacyi niema, jak również żadnych zaburzeń czuciowych, zmysłowych lub psychicznych.

8. III. 01. Noc bezsenna z powodu kaszlu, który się wzmaga w łóżku; niemożność wykrztuszenia śluzu. Oddzielne akty odkaszlania są krótkie, słabe i bez rezultatu. Oddech 40. Przy wdechu współdziałają mięśnie pomocnicze, przepona kurczy się słabo. Rzężenie trachealne. Puls 90. Chora bardzo niespokojna, kręci się w łóżku, nie mogąc natrafić na wygodną pozycję. Ogólne osłabienie.

W mięśniach twarzy i języka, w obrębie nerwu twarzowego nie można było wywołać Mya R, natomiast przy drażnieniu faradycznym dwugłowego ramienia drgania słabły szybko, i wkrótce pod grubym podkładem tłuszczu nie można było zupełnie dostrzedz skurczu mięśnia. Przy drażnieniu galwanicznym tychże mięśni drgania normalne. Ponieważ z powodu znużenia chorej nie można było badać innych mięśni, ani też objawów wyczerpania, przeto Mya R w dwugłowym ramienia miała znaczenie rozstrzygające.

9. III. 01. Nocą byłem obudzony z powodu napadów duszenia się chorej. Poprzedniego dnia pacjentka czuła się nawet lepiej i mówiła wyraźniej, ale pod wieczór znów pojawił się kaszel, duszność i mowa niewyraźna. Chora zasnęła dopiero około 1-ej, ale już o 2½ obudziła się zniemacka z uczuciem duszenia się. Zastąpiłem ją w stanie najwyższego podniecenia i strachu; błada, chwytająca ustami powietrze, to siadała w fotelu, to biegła dookoła pokoju. Zaburzenie w oddechaniu zdawało się polegać na utrudnieniu wydechu, przyczem tłocznia brzuszna działała bardzo słabo; wdech powierzchowny, kostalny, 36 na minutę. Tętno 90. Ten stały, że tak powiem, głód powietrza, potęguje się chwilami aż do napadów najwyższej duszności, połączonej z uczuciem wielkiego strachu i niepokoju, podczas której słychać już zdaleka rzężenie trachealne. Napady te widocznie wywołuje pobudzenie do kaszlu i nagromadzenie śluzu w krtani i tchawicy. Chora nie tylko nie może odkasnąć nagromadzonego śluzu, ale nawet nie jest w stanie odpluć śliny; mowa jest zupełnie niezrozumiała, połykanie niemożliwe. Ani mechaniczne usuwanie śluzu z wejścia do krtani ani zastrzyknięcie kamfory nie sprawiło ulgi. Najwięcej zdziałało zastosowanie sztucznego wydechu. Chora uspokoiła się poniekąd około 6 zrana, oddech stał się równomierniejszy, ataki duszności ustały, mowa stała się wyraźniejszą, a gdym odwiedził pacjentkę około południa, leżała wprawdzie w łóżku, ale czuła się lepiej. Wydech był energiczniejszy, R. 26 — 30, tętno 90, mowa wyraźna.

10. III. 01. Noc bezsenna, stała duszność, chwilami napady zaduszania. R. 40. Tętno 100. Sinica, widzialna z początku na palcach rąk i nóg, następnie na ustach. Twarz wykrzywiona, mowa niezrozumiała, oddzielne wy-

razy rozczłonkowane wskutek przerywanego oddechu. Niemożność przełknięcia stałego, ani płynnego pokarmu. Chora, w stanie wielkiej prostracyi, nie może ruszyć ani tułowiem, ani nogami; ręce są względnie silniejsze. Temperatura 37,7°. W dolnej części lewego płuca z tyłu oddech bardzo osłabiony, być może i stłumienie (badanie bardzo utrudnione). Zastrzyknięcie strychniny, kamfory, sztuczne oddechanie, wdechanie tlenu — nie przynosi ulgi. W moczu z dnia bieżącego (c. g. 1033), białka 0,18‰, ślady glukozy i nieliczne szkliste cylindry.

Zaduszanie, sinica, niespokojność i strach stanowiły dominujące objawy aż do śmierci, która nastąpiła zrana 11. III. 1901 r. Tętno stało się nieregularne i doszło do 130 uderzeń. Świadomość uległa zaćmieniu dopiero w ostatnich godzinach życia. Autopsyi, niestety, nie można było dokonać.

W przypadku tym uderza szybki, prawie błyskawiczny przebieg sprawy, której nic zahamować nie mogło, bo śmierć nastąpiła po dniach, mniej więcej, piętnastu. Groźna duszność bardzo rychło przyłączyła się do zaburzeń w mowie i łykaniu i spowodowała śmierć przez uduszenie, który to rodzaj śmierci jest prawie regułą w przypadkach porażenia astenicznego. Nie twierdzę, aby cały przebieg kliniczny porażenia w powyższym przypadku trwał tylko dni 15, sądzę jedynie, że porażenie jako takie było rozpoznane na tyle dni przed śmiercią. Trzeba wyznać, że nie zwrócono należytej uwagi na ptozę, nie oceniono jej wedle jej rzeczywistego znaczenia, a to z powodu zaniku twarzy, trwającego od 7-iu lat, uważając błędnie ptozę za jeden z objawów tegoż zaniku. Seplenienie zjawiało się tak przelotnie, że zgoła nie było obserwowane po lekarsku, a ta okoliczność, że chora sepleniała tylko wieczorem, stała się dopiero później wiadomą. Nie ulega prawie wątpliwości, że ptoza lewostronna, która powstała na 8 miesięcy przed śmiercią, była wyrazem porażenia astenicznego i winna być uznana za pierwszy objaw tej sprawy chorobowej. Według mego dzisiejszego doświadczenia, w każdym przypadku izolowanej ptozy należałoby mieć na uwadze porażenie asteniczne, o ile nie można jej powiązać z żadną z chorób, w których też ptoza się spotyka. Tak samo rzecz się ma z zaburzeniami mowy, choćby najbardziej przelotnymi (nawet poniekąd ze względu na tę ich nieznaczność i krótkotrwałość), zwłaszcza jeśli zjawiają się wieczorami, jak to miało miejsce w mojej obserwacji, a co, niestety, zbyt późno stało się wiadomem. Jest bardzo prawdopodobne, a pod tym względem opieram się na przypadku O., że rozpoznanie można zrobić już w owych najwcześniejszych stadyach choroby. Objaw wyczerpania w kończynach może istnieć w stanie, że tak powiem, utajonym i wystąpić na jaw przy badaniu, choć chory subiektywnie na nie się nie skarży. Jeżeli wczesne rozpoznanie wszędzie jest bardzo pożądane, tem więcej znaczy ono w porażeniu astenicznem, albowiem zmusza do postępowania ochronnego i zapobiegawczego i nie pozwala na użycie środków energicznych, jak np. tyreoidyny.

(C. d. n.).

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

8. FIEDLER. **O kamieniach żółciowych i kamicy żółciowej.** Kamica żółciowa należy do najczęściej spostrzeganych chorób. RIEDEL oblicza, że w samych Niemczech około 200,000 ludzi nosi w sobie kamienie żółciowe świadomie lub nieświadomie. Autor na 93000 chorych, spostrzeganych w ciągu 33 lat w szpitalu, rozpoznał kamieć żółciową wprawdzie tylko 133 razy, t. j. w 0,14%, — lecz tłumaczy tak małą odsetkę bądź tem, że często kamienie żółciowe nie powodują żadnych objawów chorobowych, bądź tem, że w wielu przypadkach kamicy żółciowej mylnie rozpoznawane bywają kurcz żołądka, kolka kiszkiowa, nerwoból, kolka nerkowa i t. p. KEHR twierdzi, że tylko 5% ludzi, dotkniętych kamiecią żółciową, wie o swoim cierpieniu.

W ciągu 7 lat autor wykonał 2833 sekcyje i 201 razy wykrył obecność kamieni żółciowych, t. j. w 7%. KRUG na 11077 autopsji stwierdził kamieć żółciową 599 razy, czyli w 5,4%; wreszcie SCHMORL na 500 sekcyj stwierdził kamieć 49 razy, t. j. w 10%, przytem u mężczyzn w 5,4%, u kobiet — w 15%. Należy zatem przyjąć, że każda 7 lub 8 kobieta i każdy 29 mężczyzna, zgłaszający się do szpitala w Dreźnie, dotknięci są kamiecią żółciową.

Wbrew ujemnym wynikom dotychczasowych prób, dokonywanych w celu rozpoznawania kamicy żółciowej za pomocą promieni ROENTGEN'a, autor sądzi, że metoda ta ma przed sobą widoki powodzenia. Większość bowiem kamieni żółciowych zawiera obok cholestearyny mniejszą lub większą ilość wapna, co pozwoli niewątpliwie wykrywać obecność kamieni żółciowych przy pomocy radioskopii. BECK w New-Yorku przedstawił fotogram z dokładnie widocznymi dwoma kamieniami w pęcherzyku żółciowym, jednym — w przewodzie pęcherzykowym i 3-ma, umieszczonymi prawdopodobnie w samej wątrobie. LANGE wkładał kamienie pod wątrobę trupów i wykonywał prześwietlenia, przyczem wiele z pośród nich, a zwłaszcza zawierające dużo wapna, wyraźnie dawały się rozpoznać.

W sprawie sposobu powstawania kamieni żółciowych duże zasługi położył w ostatnich czasach NAUNYN. Obalił on mianowicie teorię SÖMMERING'a i innych, uznających rozkład żółci za jedyną przyczynę tworzenia się kamieni, i dowiódł, że kamienie powstają w następstwie pierwotnego cierpienia błony śluzowej pęcherzyka żółciowego; cierpienie to wywołują bakterye, pomiędzy innymi lasecznik okrężnicy; niezbędnym jednak warunkiem jest przytem przeszkoda w odpływie żółci, czyli jej zastój. MIGNOT i MIAKE zastrzykiwali psom *bact. coli* przy zwolnionym odpływie żółci i otrzymywali w ten sposób drogą doświadczalną kamienie żółciowe.

W ostatnich czasach przypisywano i lasecznikowi tyfusu brzuszego zdolność wywoływania kamicy żółciowej; opisano przypadek, w którym w 4 tygodniu od początku tyfusu znaleziono 58 kamyczków, w samym środku których wykryto lasecznika tyfusu. NAUNYN spostrzegł kamieć żółciową u 14-letniego chłopca parę tygodni po przebytych tyfusie. Autor wyraża jednak pewne wątpliwości, czy istotnie kamica żółciowa często powstaje w następstwie tyfusu, sam bowiem w ciągu 40 lat leczył 4490 chorych tyfusowych, z których do 10% zmarło, i nie przypomina sobie, aby choć u jednego chorego spostrzegł kamieć żółciową, na sekcyi zaś stwierdził ją dwukrotnie u dwóch starszych kobiet.

Napad kolki w kamicy żółciowej zależeć może, według autora, nietylko od zapalenia pęcherzyka żółciowego, lecz niewątpliwie także od uwięźnięcia wędrującego kamienia. Bez bólu przejść mogą do kiszek tylko bardzo małe kamyki, mniejsze, niż groch, większe powodują owrzodzenia dróg wyprowadzających, najczęściej okolicy ujścia przewodu żółciowego; kamyk napotyka przeszkodę w *divertic. Vateri*, uciska, wywołuje owrzodzenie odleżynowe i w końcu przechodzi do kiszek przez miejsce przedziurawione. Że istotnie napad kolki żółciowej nie zawsze jest następstwem zapalenia pęcherzyka, lecz powstaje także wskutek uwięźnięcia kamienia w drogach żółciowych, dowodzi, zdaniem autora, natężenie bólu, szybkie ustanie napadu pod wpływem morfiny lub ciepłych okładów (co się tłumaczy ustaniem skurczu muskulatury), częste powtarzanie się napadów w niektórych przypadkach (co 14 dni i częściej), i wreszcie okoliczność, że zwykle nie spostrzegamy tak gwałtownych bólów w zapaleniach błon śluzowych, natomiast przy uwięźnięciu kamienia nerkowego spotykamy napady podobne.

Wobec powyższego autor sądzi, że istnieją dwa rodzaje napadów kolki żółciowej: spowodowane przez zapalenie pęcherzyka i spowodowane przez uwięźnięcie kamienia. Gdy napad powstaje nagle, gdy jest znaczne natężenie, gdy szybko znika pod wpływem narkotyku, natenczas możemy uważać go jako następstwo uwięźnięcia kamienia; zapalenie zaś pęcherzyka żółciowego wywołuje napady słabsze, ból stopniowo się wzmaga i powoli znika; przejścia pomiędzy obydwoma powyższymi typami są, rzecz prosta, bardzo prawdopodobne.

Dalej autor zwraca uwagę na względną częstość wnikania się kamicy żółciowej rakiem dróg żółciowych; zdaniem autora, raki te obecnie spotykają się znacznie częściej, niż dawniej.

Co się tyczy wreszcie postępowania leczniczego, to autor jest przeciwnikiem wczesnego operowania kamieni żółciowych ze względu na dużą odsetkę wyleczeń bez operacji; stanowczo nie zgadza się z chirurgami, twierdzącymi, że jeden bezcelowy napad stanowi już wskazanie do zabiegu chirurgicznego, że od chwili rozpoznania kamicy żółciowej chory podlega operacji; uważa natomiast, że operować należy wówczas, gdy napady kolki powtarzają się zbyt często, gdy chory chudnie lub traci zdolność wypełniania swych obowiązków życiowych, gdy środki wewnętrzne pozostały bezskuteczne; wskazania do operacji stanowią następnie: *hydrops ves. felleae*, *cholecystitis purulenta*, występujące objawy zapalenia otrzewny lub zrostów pęcherzyka żółciowego z sąsiednimi narządami, wreszcie długotrwałe zamknięcie światła przewodu żółciowego.

(*Münch. Med. Woch.* 1901. 43).

W. Rubin.

9. CAUBET i JUDET. Dwa przypadki bąblowca wątroby, operowane sposobem Delbet'a: uwagi o t. zw. „*frémissement hydatique*“. Autorzy obserwowali dwa przypadki bąblowca wątroby, jeden u dziewczyny 15-letniej, drugi u mężczyzny 52 lat. Guzy w prawym podżebrzu były w obu przypadkach duże, napięte, przedni ostry brzeg wątroby zaokrąglony. Pierwszy z nich po krótkim uderzeniu opukowem dawał wyraźne „*frémissement hydatique*“ (*Hydatidenschwirren*); drugi nie dawał tego objawu zupełnie. Oba przypadki były operowane sposobem DELBET'a (laparotomia, wypuszczenie płynu przez trójgraniec, usunięcie torbieli bąblowca przez nacięcie wątroby, kompletne zaszycie rany wątroby i ścian brzusznych). Oba przypadki miały przebieg zupełnie pomyślny. W pierwszym torbiel zawierała 1720 ctm. sz., w drugim 800 płynu. W żadnym nie było wewnątrz torbieli pęcherzyków bąblowcowych wtórnych. Autorzy, po zaznaczeniu postępu, jaki w leczeniu bąblowca wątroby zabieg DELBET'a prostotą i skutecznością swą przedstawia, zastanawiają się nad przyczynami oddawna

znanego objawu, t. zw. szmeru pęcherzyków wtórnych (*frémissement hydatique*). Że od pęcherzyków wtórnych wewnątrz torbieli głównej jest on niezależny, dowodzą i opisywane i dawniejsze przypadki, co MILIAN'a naprowadziło na myśl o zależności tego objawu od napięcia płynu w torbieli. Po zrobieniu odpowiednich doświadczeń z różnej wielkości pęcherzami ciejącymi, napelnianymi wodą pod różnem ciśnieniem i opukiwanymi bezpośrednio na stole i przez ścianę brzuszną po włożeniu do jamy brzusznej na trupach, CAUBET i JUDET przychodzą do wniosku, że tylko od napięcia płynu w torbieli objaw ten zależęć nie może. Szmer omawiany otrzymać się daje, kiedy napięcie i wielkość torbieli w pewnym stałym jest stosunku do grubości i napięcia ścian brzusznych, stosunku analogicznym do tego, jaki zachodzi na zasadzie praw akustyki między dwiema strunami, które obie drgać i dźwięczęć zaczynają po wprowadzeniu jednej z nich w stan drgania. Te skomplikowane warunki powstania omawianego objawu objaśniają, dla czego tak rzadko z nim się spotykamy.

(*Gazette des Hopitaux* Nr. 105 — 1901).

Z. Radliński.

10. LOEPER i OPPENHEIM. **Diazoreakcja Ehrlich'a.** Z dosyć obszernego studyum autorów dają się wyciągnąć wnioski następujące:

1) Jeżeli rozpoznanie chwileje się pomiędzy szkarlatyną a wysypkami, wywołanemi przez użycie lekarstw — obecność odczynu EHRLICH'a przemawia za szkarlatyną; brak reakcyi — niczego nie dowodzi.

2) W tyfusie brzuszny diazoreakcja zjawia się pomiędzy trzecim a szóstym dniem choroby, czasami wcześniej, szybko do chodzi do szczytu natężenia, na którym trzyma się do 10 — 12 dnia choroby, i znika pomiędzy dwunastym a piętnastym dniem. Brak odczynu EHRLICH'a, stwierdzony kilkakrotnie pomiędzy 5 a 20 dniem sprawy gorączkowej, prawie napewno prze mawia przeciw rozpoznaniu duru. Obecność odczynu ma już mniejsze znaczenie, jednak pozwala wyłączyć grypę, gorączkę gastryczną i ostre zapalenie opon mózgowych.

Trwanie silnego odczynu dłużej, niż dwa tygodnie, L. i O. uważają jako oznakę ciężkiej formy duru. Znikanie odczynu daje nadzieję rychłego obniżenia się ciepłoty ciała; jeżeli zaś ciepłota ciała już opadła, a odczyn EHRLICH'a występuje wyraźnie, możemy spodziewać się obostrzenia sprawy. Jeżeli diazoreakcja zjawia się z powrotem, jest to znakiem nawrotu sprawy lub powikłań, wywołanych przez *bacillus Eberthi*. (Badanych 60 przypadków duru).

3) W ostrej gruźlicy płuc diazoreakcja występuje prawie zawsze (badanych 6 przypadków).

W razie jam płucnych, zapalenia otrzewny, opłucny, opon mózgowych brak odczynu niema żadnego znaczenia; obecność odczynu wielce przemawia za gruźliczą naturą sprawy.

W przewlekłej gruźlicy płuc odczyn EHRLICH'a zjawia się zwykle dopiero w okresie rozpadu — i to nie zawsze; zatem nie posiada prawie wcale znaczenia dyagnostycznego. Za to daje on pewne punkty oparcia dla rokowania. Jeżeli odczyn zjawia się tylko czasowo u suchotnika z dobrym stanem ogólnym i z niewielkimi zmianami w płucach, rokowanie nie jest zbyt złe.

Inaczej rzecz się ma w razie stałego i wybitnego występowania odczynu; tutaj, pomimo małych zmian w płucach i braku gorączki, trzeba spodziewać się ciężkiego i szybkiego — 2—3-miesięcznego przebiegu. W ostatnim okresie suchot nigdy nie brak odczynu EHRLICH'a. Zatem, jeżeli w moczu bardzo zaawansowanego suchotnika nie znajdziemy diazoreakcyi, możemy przypuszczać, że chory pożyje jeszcze kilka tygodni. (Badanych 300 przypadków).

(*Gazette des Hopitaux* r. 1901 Nr. 60 p. 577 — 586). Bolesław Żebrowski.

11. H. SULLERAT. **Przyczynek do leczenia zapaleń ropnych opłucny.** Zdaniem autora, każde nie gruźlicze ropne zapalenie opłucny daje się wyleczyć w ciągu kilku tygodni lub co najwyżej miesięcy bez przejścia w ropienie przewlekłe (*empyema chron.*) i bez zniekształceń klatki piersiowej. Aby to osiągnąć, należy usiłować możliwie szybko zapalenie ropne rozpoznać (staranne badanie wszelkich ostrych niewyraźnych zachorowań!) i *larga manu* stosować niewinne nakłucie próbne, o ile tylko zjawi się podejrzenie wysięku. W razie znalezienia ropy zaleca autor zabieg M. MARION'a: cięcie płodowe półkoliste, wklęsłością ku górze o podstawie długości 8 — 12 ctm., mające w środku dopełnianego w myśli koła miejsce nakłucia próbnego. Nakłucie, a więc i cięcie powinny być zrobione możliwie najniżej i najbardziej ku tyłowi na klatce piersiowej. Po oddzieleniu płata z części miękkich ku górze wypuszcza się ropę trójgrańcem, a następnie przez rozszerzony otwór nakłucia wprowadza się palec do jamy ropnia dla znalezienia jego najniżej położonej części; ku temu miejscu, mając za punkt wyjścia otwór dla palca zrobiony, wycina się kawałki kilku żeber na odpowiedniej przestrzeni. Wycięcie żeber jest niezbędne zawsze, zwykłe nacięcie międzyżebrowe nigdy nie wystarcza. Następuje umocowanie płata kilku szwami, gdzie można, i dokładne sączkowanie rany rurkami. Opatrunek bezgnilny, zmieniany niezbyt często, unikanie wszelkiego płukania jamy zapewniają szybkie jej wypełnianie.

Przy stosowaniu tych zasad autor usiłuje wczesnem rozpoznaniem zastać płuco w stanie zdolnym do rozszerzania się i dążącemu do zajęcia położenia normalnego płucu dać tę możliwość przez ciągłe zupełne opróżnianie jamy ropnia z płynu.

(*Gazette des Hopitaux* Nr. 101 — 1901).

Z. Radliński.

12. S. P. KRAMER. **Sztuczne wytwarzanie tkanki łącznej za pomocą wstrzykiwania agar-agaru.** Szukając środka do wypełniania jamy opłucny w przypadkach ran drążących, próbowano 4% obojętnego roztworu agaru w roztworze fizyologicznym soli, ciepłoty 42° C., licząc na krzepnięcie rzeczony mieszaniny przy ciepłocie ciała. Do doświadczeń użyto królików. U zwierzątka, zabitego po 48 godzinach, znaleziono w opłucnie masę, przypominającą przedśmiertne skrzepy serca, nierozpuszczalną w wodzie wrzącej, i, jak wykazało badanie drobnowidzowe, zawierającą małe okrągłe komórki. U zwierzątka, zabitego po upływie tygodnia, takąż masę, lecz zawierającą więcej komórek, z których część pewna gorzej przyjmuje barwniki. Po dniach dwunastu infiltracja komórkowa jeszcze obfitsza i zrosty między masą i ścianą tułowia z jednej a płucem z drugiej strony; w zrostach znajdują się nowoutworzone naczynia, wychodzące z naczyń opłucny. Z biegiem czasu sprawa postępuje naprzód, aż po dniach 30 — 40 zamiast dawnej masy widzimy tkankę łączną, siatkowatą, obficie unaczynioną. Agar, jak skrzep, został uorganizowany. To samo następuje przy zastrzyknięciu pod skórę. W kilku przypadkach przepukliny wprowadzano roztwór agaru do worka i przewodu przepuklinowego z dobrym skutkiem. Autor sądzi, że metoda jego znajdzie zastosowanie w leczeniu tętniaków moszny, jam kostnych, jam gruźliczych i t. d.

(*Annals of Surgery* 1901. str. 273).

A. Marcinkowski.

13. J. A. WYETH. **Częstość nawrotu mięsaków.** W pracy niniejszej uwzględniono postacie najczęstsze: mięsaków okrągło-komórkowych, o komórkach wrzecionowatych i olbrzymich. Materiał stanowi 131 przypadków wyłuszczenia biologicznego kończyny dolnej wskutek mięsaka; z tych 14 zmarło po operacji, 8 wskutek zabiegu (6%), a 6 wskutek ciężkich powikłań. Ze 117 chorych, którzy

pozostali przy życiu, historia pooperacyjna znana jest autorowi u 83 i wykazuje 51 nawrotów (przeszło 63%) z zejściem śmiertelnem. Z materiału autora wydaje się, że oddalenie guza od linii cięcia, jak również pochodzenie (endostalne, okostnowe) i stopień zajęcia części miękkich mało mają znaczenia prognostycznego. Najszczęśliwszy przypadek, pozostały bez nawrotu do chwili obecnej, 9 lat po operacji, stanowi *myosarcoma colli femoris*. Z 53 nawrotów notowano: w kikucie 10, w płucu 23, płucu i mózgu 1, w płucu i opłucnie 1, w samej opłucnie 2, w płucu i brzuchu 1, trzewiach 3, wątrobie 1, brzuchu i klatce piersiowej 1, kikucie i gruczołach otrzewny 1, w kikucie obok przerzutów odległych 1, kikucie i wgłębieniu biodrowem 1, gruczołach pachwiny 1, *synchondrosis sacro-iliaca* 1 (lokacja nie podana 4).

Dalej autor podaje spostrzeżenia osobiste:

1) Przypadek mięsaka ściany brzusznej, leczonego wstrzykiwaniem roztworu FOWLER'a. Zakażenie ropne miejscowe, później ogólne, po którym nastąpiło wyleczenie cierpienia pierwotnego.

2) Przypadek mięsaka uda z nawrotem miejscowym po wyłuszczeniu biodrowem. Samoistne zakażenie różą spowodowało wyleczenie doszczętne, i chora żyje dotąd, 16 lat po operacji.

3) Przypadek mięsaka jamy brzusznej (*lig. gastrohepaticum*), obficie unaczynionego, uciskającego na żyłę wrotną. Cięcie brzucha próbne nie zaszyte, rana wysłana gazą niesterylizowaną. Przy obfitem ropieniu powolne ustąpienie objawów ucisku; chory żyje już lat 8, nosząc tylko małą resztkę dawnego guza, który dolegliwości żadnych nie sprawia pomimo życia bardzo czynnego. Zachęcony tem doświadczeniem, autor wstrzykuje dwóm pacjentom łańcuszkowiec FEHLEISEN'a, bądź z lasecznikiem cudownym, bądź *per se*. Róża występowała dopiero po usilnych próbach. Jeden chory, po rezekcyi szczęki górnej, wyzdrowiał i dotąd żyje, drugi, po wyłuszczeniu ramienia barkowem, zawdzięcza (jakoby) opisanym zabiegom przedłużenie życia, przecież od nawrotu wolny nie jest.

Autor sądzi, że 63% nawrotów, podanych w jego statystyce, jest cyfrą stanowczo za niską, gdyż niektóre przypadki za krótko pozostawały w obserwacji; mniema, że zakażenie ropne ma wpływ wyraźny na uleczalność mięsaka, i radzi sprowadzać je po każdej operacji bez względu na to, czy wydaje się ona technicznie doszczętną, czy nie.

(*Ann. of. Surg.* 1901. str. 375).

A. Marcinkowski.

---

## Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 21 grudnia r. z.

---

D-r M. SADOWSKI odczytał rzecz „o szkodliwościach zawodowych w cukiernictwie“. Oddzielenie pracowni (piekarni) od właściwej cukierni, częste przechodzenie z jednej do drugiej, wysoka ciepłota w piekarni, zwłaszcza tam, gdzie palenisko urządzone z przodu pieca, t. j. z tej samej strony, z której się wstawia blachy z ciastkami do pieca; szkodliwy wpływ wielkiego ognia przy pieczeniu baumkuchenów, odbywajacem się na podobieństwo pieczenia na rożnie; niska temperatura przy wyrobie lodów, często dokonywanym w sieni lub na kurytarzu, przyczem pracujący nieraz musi stać w wodzie, zebranej dokoła kadzi z lodami — wszystko to usposabia do zaziębienia i wynikających ztąd katarów oskrze-

li i reumatyzmów. Pył z mąki i cukru, złe przewietrzanie, mianowicie w zimie, szpary w podłodze zwykle drewnianej wpływają na zanieczyszczenie powietrza i drażnienie dróg oddechowych. Cukiernicy zwykle bywają bladzi; często można spotkać między nimi suchotników; zęby mają przedwcześnie popsute, a to przez ciągłe żucie słodyczy i przez probowanie zębami twar dości karmelu. Zły stan zębów może powodować zaburzenia w trawieniu. Ciągłe stanie przy pracy usposabia do żyłaków. Zalecić należy: specjalne przyrządy do pieczenia baumkuchenów i do próbowania twardości karmelu, częste płukanie ust, wystrzeganie się ciągłego żucia słodyczy, palenisko w piekarni z tyłu poza piecem, podłogi asfaltowe, umywalki i wentylatory w piekarniach.

Odczytano pracę d-ra S. STERLINGA (z Łodzi) o szkodliwościach w introligatorstwie. W rzemiośle tem łączenie pracowni z mieszkaniem jest jeszcze szkodliwsze, niż w innych zawodach, bo unika się tu z zasady już przewietrzania ze względu na mo żliwość unoszenia przez wiatr papieru i złota. Nawet sprzątnięcie w pracowni, zapełnionej mnóstwem drobnych przedmiotów, odbywać się musi rzadziej i mniej dokładnie. A jednak nie brak tu zanieczyszczeń powietrza: pył z papieru przy obcinaniu i równaniu brzegów, pył przy zloceniu, wyziewy z kleju i ciągle palącej się a kopczącej lampki naftowej. Blask złota męczy wzrok. Broszurarze (falsownicy), składający po kilka tysięcy arkuszy dziennie, łatwo mogą kaleczyć palce; nadto palce ich po wieloletniej pracy ulegają znieczuleniu i zniepodobnieniu (zanik mięśni, obrzmiewanie stawów). Stary klej spleśniały i skwaśniały wydaje przykrą woń; przy lamowaniu pudełek papierki, pociągnięte zeschniętym klejem, robotnik ślini językiem, co naraża na uszkodzenia języka, na szkodliwy wpływ pleśni i na utratę wielkich ilości śliny przy dłuższem zajęciu. Postawa ciała najczęściej bywa zgarbiona. Czas trwania pracy bywa bardzo długi, nawet do 16 i 18 godzin na dobę. Wymienione szkodliwości nabierają groźniejszego dla zdrowia znaczenia przez to, że introligatorstwu często poświęcają się ludzie słabowici i kalecy. A przecież jednak i to zajęcie wymaga nieraz wysiłków, np.: przy noszeniu większej liczby książek, przy obcinaniu ręcznym i t. d. W pracowni introligatora konieczny jest wentylator, umywalka, staranne przestrzeganie czystości. Przy broszurowaniu używać kostek i napastrków na 3 pierwsze palce rąk. Do gotowania kleju używać gazu lub benzyny, zamiast kopczącej nafty. Do kleju dodawać ałunu. Do lamowania pudełek używać gąbki zwilżonej, a nie języka. Wysokość stołu i stołka przystosowywać do wzrostu.

Odczytano pracę d-ra RODYSA o „szkodliwościach w szcnotkarstwie“. W zajęciu tem najszkodliwsze jest przygotowywanie materiału: gotowanie szczeciny i włosia, mycie, suszenie, czesanie, farbowanie, bielienie, sortowanie. Szczecina i włosie dostają się już oczyszczone chyba tylko do większych zakładów szcnotkarskich; zazwyczaj zaś — dostarczane bywają wprost ze szlachtuzów jeszcze ze krwią nieraz od zwierząt zakażonych. Przy czyszczeniu szczeciny powstaje mnóstwo pyłu, szkodliwego zawsze, ale najbardziej już w małych, niskich i ciemnych warsztatach, służących zarazem za mieszkanie. Dołącza się do tego dym i swąd z paku, zwykle nie oczyszczonego. Dalsze czynności szcnotkarza — nawlekanie pęczków szczeciny na drut lub szpagat, wiązanie ich i równanie — mniej już są szkodliwe. I tu jednak resztki obciętego włosia wpadają do oczu, ust i nosa. Przy pracy robotnicy się garbią. Szcnotkarze przede wszystkim narażeni są na suchoty. Liczą między nimi 49,1% suchotników. Na skórze łatwo powstają wrzodki, wąglik. Często jest też zapalenie łącznic. Pracownia pod żadnym pozorem nie powinna służyć za mieszkanie. Pożądana jest możliwie wysoka, obszerna, widna i przewietrzona z oddzielnem pomieszczeniem dla poszcze-



gólnych zajęć. Policja powinna przestrzegać, żeby szczecinę i włosie myto już w rzeźniach. Paku używać oczyszczonego; gotować go nie na węglach (podwójny śwąd), ale na gazie. Stół do pracy wysoki, stołek na śrubie. Częste mycie rąk, płukanie ust, kąpiele. Nie jadać w pracowni.

P. MAKOWSKI radzi zwiedzać gremialnie zakłady rzemieślnicze, których właściciele pozwalają na to. P. SANDECKI mówił o potrzebie lekarzy cechowych.

## BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.

**JAN MAZURKIEWICZ.** Andrzej Towiański. Studium psychologiczne.

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

Ocecił

**ADAM WIZEL.**

Zagadkowa postać Towiańskiego, o której krążyły i dotąd krążą jeszcze najsprzeczniejsze sądy, stała się przedmiotem bardzo interesującej rozprawy. Prorok dla jednych, oszust dla drugich, heretyk dla kościoła, burzyciel porządku dla policji — cóż to za wdzięczny temat dla badacza, usiłującego zedrzyć zasłonę z tajemniczej postaci i okazać ją światu taką, jaką była w rzeczywistości. Po nader licznych głosach o Towiańskim, pochodzących z najrozmaitszych sfer, odezwał się obecnie głos psychiatry, i, przyznać trzeba, głos ten wydaje nam się najprawdziwszym. Sąd o Towiańskim zdaje się należeć wyłącznie do psychiatrii.

Z rozmaitych strzępów, z legend o Towiańskim, z opisów współczesnych, z pism własnych mistrza i wreszcie z licznych pism o nim (wszystkie odnośne źródła literackie autor przestudyował w Paryżu, w Bibliothéque Nationale i w Bibliotece polskiej na Quai d'Orleans) usiłuje autor odtworzyć realną postać Andrzeja Towiańskiego. Bibliografia, podana przez autora, jest ze wszech miar piękną i barwnie skreśloną historią choroby obłąkanego.

Towiański od najmłodszych lat zdradzał ambitny, marzycielski, sentymentalny i nadwrażliwy umysł. Będąc dzieckiem, już miał to przecucie, że „od osi do osi światem wstrząśnie“. Z wiekiem marzycielska i uczuciowa jego natura nie tylko nie ostygła w zapale, ale przeciwnie jeszcze bardziej się rozogniła i jeszcze szerzej rozwinęła skrzydła do lotu. Stykając się nieustannie z życiem, z szarem, smutnem życiem, z ponurymi dramatami, rozgrywającymi się w salach sądu wileńskiego, gdzie po ukończeniu studiów uniwersyteckich pełnił urząd asesora, cierpiał bardzo nad upadkiem moralnym ludzkości i dręczył się pytaniem, czemu bliźni bliźniemu krzywdę wyrządza. Ani wiara, ani nauka, ani studia transcendentalne, do których uciekał się w rozpacz, nie dają mu rozwiązania zagadki, nie przynoszą ukojenia. Towiański chce wykryć jakąś wszechprawdę i wstrząsnąć nią światem, a nie mogąc jej wykryć, cierpi jeszcze srożej. Cierpienia te przyprawiły go wreszcie o chorobę: Towiański zapada na jakąś ostrą psychozę i zostaje internowanym w zakładzie psychiatrycznym w Wiedniu. Po wyzdrowieniu Towiański przenosi się na wieś do majątku, odziedziczonego po ojcu, ale już w innem zgoła usposobieniu. Dawne męki moralne ustały, i Towiański zwrócił „całe wysilenie do tego, aby spełnić obowiązek sługi - przewodnika chrześcijańskiego dla tego ludu, którego kierunek Bóg mu powierzył“.

Na wsi rozpoczął energiczną i wielce owocną działalność. Zniósł pańszczyznę, wytepił pijaństwo i kradzieże, niósł pomoc moralną i materyalną biedakom. Lud go ubóstwiał, a jedna z włościanek w zachwycie rzekła: „Nasz pan to chyba czarodziej“. Prosta ta odezwa włościanki stała się momentem przełomowym w życiu Towiańskiego. Towiański w słowach tych dostrzegł objawienie Boskie. „To rzecz wielka! rzekł uradowany, to znak, który mi Bóg daje na spełnienie powołania mojego dla ludu polskiego“. Z głębi ducha wypłynęła na wierzch wyraźna, jasno sformułowana myśl o posłannictwie Bożem.

Od tej pory życie nabiera dlań szczególniejszej wagi, a w duszę wstępuje jasność i pogoda. „Ciężki krzyż niepokoju, który trawił ducha i ciało moje, zamienił się na krzyż lekki Chrystusa, na radość ducha. jarzmo słodkie“.

Szczupłe rozmiary wioski rodzinnej przestały odpowiadać wielkim zamiarom Towiańskiego. Posłannik Boży postanowił ruszyć w świat z planem zbawienia ludzkości. Paryż stał się główną widownią działalności apostoła. Tu znalazł on odrazu garstkę wyznawców, którzy nie mogli się oprzeć urokowi świętego głosiciela wielkich prawd. Dnia 27-go września 1841 r. Towiański po raz pierwszy przemówił publicznie w kościele Notre Dame po nabożeństwie, na które Adam Mickiewicz zaprosił był rodaków. Mowa ta była wyznaniem wiary apostoła. „Czujecie bracia, jak smutny jest stan chrześcijaństwa na świecie, jak wielce oddalił się świat od drogi zbawienia, jak zniża się dusza, a podnosi się w samym tylko postępie ziemskim. Zdeptana prawda, sprawiedliwość... powszechną stała się niewola, złe rządzi światem“ i t. d. i t. d. Otóż do naprawy złego, do dźwignięcia ludzkości, do jej zbawienia powołanym został przez Boga on, Towiański.

Idea zbawienia ludzkości stała się punktem wyjścia dla całej „doktryny“ apostoła. Doktryna Towiańskiego nie poprzestawała na rozstrzygnięciu kwestyi religijnych i społecznych, ale poruszała wszelkie możliwe tematy, nawet muzykę, medycynę i komety, wszystko to jednak było rozpatrywane ze stanowiska „sprawy Bożej“, którą podjął był apostoł. Wysłaniec Boży był dumny ze swej roli, mienił się „jednym z siedmiu ministrów - obłoków Bożych“ i miejsce swe widział wśród Zastępów Świętych. „Jezus Chrystus jest naszą obroną, jako Oyciec i źródło wszelkiej światłości dla ziemi, od Boga opuszczonej, i w tej sprawie jest pierwszym po Bogu ?? działaczem — dalej idą te wielkie Herubiny, te święte Zastępy Duchów — a My tey kolumny ostatni stopień z Najwyższej Woli stanowimy“ (cytata ze słynnej „Biesiady“ Towiańskiego).

Towiański zjednywał sobie coraz większą liczbę wyznawców. Zaczęto o nim mówić powszechnie. Widocznie wydał się władzom podejrzanym, skoro wydano go z granic Francyi. Po paru latach znowu do Francyi wraca, ale i tym razem spokoju nie zaznał: wkrótce aresztowano go i osądzono na deportację do Caienne. I byłby nieszczęśliwy prorok wysłany, gdyby nie usiłowania przyjaciół, którzy wymogli na władzy zarządzenie ekspertyzy lekarskiej. Po oględzinach, dokonanych przez dwóch delegowanych w tym celu lekarzy, Towiański został przeprowadzony do zakładu dla umysłowo chorych. Dzięki jednak akcji ratunkowej przyjaciół i ztamtąd zostaje uwolniony i wyjeżdża na zawsze do Szwajcaryi. Po tym epizodzie apostoł traci już swoją nadzwyczajną ruchliwość, i, osiadłszy w Zurychu, żyje przeważnie w małym kółku rodziny i uczniów, nie wpływając już nigdy na szeroką widownię. W 79-ym roku życia rozstaje się ze światem.

Tak się przedstawia pokrótce opowiedziany życiorys osobnika, dotkniętego przewlekłym obłąkaniem (*paranoia chronica*).

W sylwetce, skreślonej znakomicie przez autora rozprawy, nie podobna nie dopatrzeć się wszystkich charakterystycznych znamion typowego paranoika. Po długich latach walk wewnętrznych, cierpień i udręczeń na duszę Towiańskiego pada jasny promień słońca, wstępuje weń pogoda i uczucie błogości. W duszy jego zachodzą niewątpliwie głębokie zmiany: są tam jakieś nowe nastroje, nowe uczucia, jakieś dziwne zamiary i dziwne przecucia (był to t. zw. okres zwiastunny paranoi, a jak mówi MAGNAN, période d'incubation). Wszystko to było jeszcze nie jasne i niezrozumiałe dla samego Towiańskiego, gdy nagle z głębin ducha tryska promienna myśl, rozjaśniająca mu całą dziwaczną i zagadkowość jego położenia, a mianowicie myśl o posłannictwie Bożem. Myśl ta nie była jego własną myślą, to był znak Boży, to było objawienie.

Myśl niedorzeczna (idea wielkości), która dla Towiańskiego posiadała wszelkie cechy przedmiotowości, stała się punktem wyjścia dla całej jego doktryny, a jak my, psychiatrzy, zwiemy, całego systemu bredzenia. Wszystko, tak jak to bywa u paranoików, zostało podporządkowane tej naczelnej idei. Wszystkie dawne pojęcia i zapatrywania uległy przerobieniu na inny pogląd, „w którym cały świat współczesny i historyczny stanął w pewnym osobistym, czynnym niejako stosunku zależności od proroka. Rewolucye, Napoleon, Garibaldi, komety i t. d., wszystko zjawiało się lub zjawia tylko po to, żeby zająć pewne określone stanowisko wobec Towiańskiego, który reformuje wszechświat“.

System bredzenia Towiańskiego jest bardzo złożony i zawity i, jakkolwiek w wielu miejscach grzeszy niejasnością i mija się z prawami logiki, mimo to jednak przedstawia organiczną całość, konsekwentnie przeprowadzony światopogląd, oparty na zasadniczej tezie o zbawczem powołaniu Towiańskiego.

Portret psychologiczny Towiańskiego to piękny przykład paranoi przewlekłej. Jest to ów względnie rzadki przypadek zwolna rozwijającego się, trwałego i niezmiennego bredzenia z doskonałą systematyzacją idei. Ta okoliczność, iż bredzenie Towiańskiego przez długie lata utrzymywało się na jednym i tym samym poziomie, że Towiański przez szereg lat okazywał zawsze tę samą, wcale niezłą inteligencję, i że pewne otępienie, jeśli wystąpiło u niego (a sądzić należy, że wystąpiło, gdyż mistrz, jak tego dowodzi MAZURKIEWICZ, po osiedleniu się na stałe w Zurychu stracił zupełnie dawny zapal i dawną energię), to dopiero bardzo późno, nie przemawia bynajmniej przeciwko rozpoznaniu paranoi przewlekłej, jak chce tego kol. RYCHLIŃSKI, autor oceny studium MAZURKIEWICZA, drukowanej w „Krytyce lekarskiej“ (p. N. 1. 1902). Przeciwnie, typowe przypadki paranoi, według dominującej obecnie w psychiatrii szkoły KRAEPELIN'a, przebiegają zawsze niemal w sposób analogiczny do tego, jaki widzieliśmy u Towiańskiego. „Dalszy przebieg tej choroby (t. j. paranoi), mówi znakomity psychiatra Heideiberski, jest zwykle bardzo powolny, choroba po większej części, stoi niemal niewzruszenie przez długie lata na jednym i tym samym punkcie. Chorzy pozostają spokojni, przytomni, zachowują na zewnątrz przyzwoitą postawę i częstokroć zdolni są nawet do całkiem porządnej pracy umysłowej“. Jeden z paranoików KRAEPELIN'a, który uważał się za cesarza i papieża w jednej osobie, nauczył się w przeciągu kilku lat ośmiu rozmaitych języków, co wydawało mu się koniecznem ze względu na urojone przezeń wysokie godności. „Inni znów, mówi tenże autor, mimo obłąkania pracują z powodzeniem na polu artystycznym lub piśmienniczym i mogą zarabiać doskonale na swe utrzymanie i uchodzą jedynie w życiu conajwyżej za dziwaków. I tylko w przeciągu dziesiątków lat występuje powoli wzrastające osłabienie psychiczne, zmniejszenie sprawności duchowej przy stopniowem zanikaniu systemu bredzenia“. A więc

kategoryczne twierdzenie kol. RYCHLIŃSKIEGO, „iż typowy paranoik po kilku już latach trwania cierpienia pod względem intelektualnym jest ruiną umysłową“, nie jest bynajmniej twierdzeniem „wszystkich klinicyстів“, jak utrzymuje RYCHLIŃSKI, lecz tylko pewnego odłamu psychiatrów, głównie zaś przedstawicieli nieco przestarzałej szkoły psychiatrycznej (KRAFFT-EBING, MAGNAN i in.).

Kwestya paranoi („Paranoiafrage“) od czasów KRAEPELIN'a, tego wielkiego reformatora współczesnej psychiatrii, weszła na zupełnie nowe tory. KRAEPELIN dowodzi, że do dziedziny tej niesłusznie zaliczają psychiatrzy wielką liczbę przypadków, z istoty rzeczy należących do zupełnie odrębnej dziedziny, a mianowicie do grupy demencyjnej, do t. zw. „wczesnego otępienia“ (*dementia praecox*), i że owe przypadki przewlekłego bredzenia, które kończą się szybko wyraźnym otępieniem, stanowią tylko pewną szczególną odmianę „wczesnego otępienia“, a mianowicie t. zw. *dementia paranoides*. Do dziedziny tej KRAEPELIN rad zaliczyć nawet owe przypadki bredzenia z doskonałą systematyzacją, które MAGNAN opisuje pod nazwą *délire chronique à évolution systématique*, a które również względnie szybko kończą się otępieniem. Rozszerzywszy w ten sposób ramy samoistnego otępienia, KRAEPELIN nazwę paranoi pozostawia jedynie dla tych względnie rzadkich przypadków (około 1% na ogólną liczbę przyjęć), które przebiegają długie lata bez otępienia, a do takich właśnie należał Towiański, jak to widać jasno ze znakomitej rozprawy MAZURKIEWICZA.

Dzieje Towiańskiego to jedna z najwspanialszych ilustracji wpływu, jaki obłąkany wyrzeć może na umysły zdrowe, skądinąd nawet bardzo silne. Towiańskiemu uwierzono tak, jak on sam sobie wierzył. Uwierzył mu nawet genialny Mickiewicz, uwierzyli mu nadto generałowie, politycy, profesorowie uniwersytetu i w in.

Towiański nie jest bynajmniej pod tym względem odosobnionym przykładem. Historya roi się od podobnych przykładów. Dość przejrzeć znakomitą pracę CALMEIL'a p. t. „De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire“, aby się przekonać, jak wielką rolę odegrał obłąd w dziejach ludzkości. Oczywiście obłąkani największy wpływ wywierali w wiekach średnich, w epoce ciemnoty i fanatyzmu, kiedy formalnie srożyły się epidemie bredzenia religijnego. Demonopatya, demonolatria, teomania i rozmaite inne odmiany obłądki budziły wśród tłumów postrach lub uwielbienie, jednając jednych, odpychając drugich, a nawet wywołując krwawe prześladowania władz sądowych i kościelnych, lecz o obłądzie, jako o chorobie, zgoła mowy nie było. W miarę rozwoju cywilizacji coraz racjonalniej zaczęto się zapartywać na obłąd, ale dopiero w końcu XVIII i na początku XIX w. na dobre zaczęło się rozpowszechniać wśród oświeconych warstw narodów przekonanie o obłądzie, jako o chorobie umysłowej. Dziś oczywiście bredzenie religijne w żadnym oświeconym Europejczyku uznania nie znajdzie, ale wśród klas nieinteligentnych i dziś jeszcze paranoik - apostoł mógłby znaleźć zwolenników, na szczęście jednak na straży bezpieczeństwa publicznego stoi nauka ze swą trzeźwą logiką i każdego rzekomego proroka izoluje od ogółu w murach specjalnych zakładów.

Jakkolwiek jednak epoka kultu dla obłąkanych proroków i apostołów minęła bezpowrotnie, to wszakże i dziś zdarzają się wypadki, iż obłąkany mylnie jest brany przez ogół za zdrowego i nawet uznanie znajduje. Najwymowniejszą tego ilustracją może być żywot zmarłego w 1886 r. króla bawarskiego Ludwika II. Nieszczęśliwy ten monarcha, obciążony ciężką dziedzicznością (pochodził z rodu Wittelsbachów), od najmłodszych lat zdradzał usposobienie ner-

wowe. Wstąpiwszy na tron w 19-tym roku życia, zaczął wkrótce objawiać znamiona rzeczywistej, coraz wyraźniej występującej choroby umysłowej. Cierpiał on na tę samą chorobę, jaką był dotknięty Towiański, a mianowicie na obłąkanie przewlekłe. I oto, nie bacząc na swą chorobę, nie bacząc na tysiączne dziwactwa i szaleństwa, jakie popełniał pod wpływem urojeń wielkości i prześladowczych, Ludwik II przez cały czas trwania choroby (a trwała ona około lat 20) cieszył się miłością okolicznych mieszkańców, poszanowaniem poddanych oraz uznaniem cudzoziemskich monarchów, nie budząc w nikim podejrzenia co do sprawności swych władz umysłowych. Przyczyna tego zadziwiającego faktu tkwiła w tem, iż Ludwik II, nie bacząc na swą długoletnią chorobę, odznaczał się dużą inteligencją, jak to stwierdzali nawet ministrowie, świetnie się znał na wszystkich sprawach państwowych, był wreszcie wielkim wielbicielem i znawcą sztuk pięknych, czego dowody istnieją dotąd i istnieć będą po wsze czasy w Bawaryi. Chorobę umysłową zaczęto u Ludwika II podejrzewać dopiero wówczas, gdy miara jego szaleństw znacznie się przebrała. Wówczas dopiero postanowiono poddać króla ekspertyzie lekarskiej, i czterej psychiatrzy, między którymi znajdował się znakomity GUDDEN, podpisali werdykt, orzekający „bardzo dawną i zaniedbaną chorobę umysłową“. Ale orzeczenie to lekarzy nie dla wszystkich było przekonywujące, czego najlepszym dowodem jest fakt, iż, gdy wyrok psychiatrów został ogłoszony, ludność okoliczna tak była wstrząśnięta i oburzona, iż omal nie doszło do rozlewu krwi.

I co tu się dziwić wobec powyższej opowieści, iż Towiański znalazł uznanie w szczupłym gronie idealistów i marzycieli? Prawda, że apostołstwo Towiańskiego przypadło w okresie daleko posuniętej oświaty, wyłączającej na pozór możliwość wiary w bredzenie rzekomego proroka, ale nie zapominajmy o owym tragicznym dziejowym czasów, w których żył i działał Towiański, a które tak świetnie scharakteryzował MAZURKIEWICZ. Nawet Mickiewiczowi dziwić się nie można, że dał się unieść fantazyi i że został uczniem obłąkanego mistrza. W danym razie „nie geniusz zetknął się z obłędem“, według trafnego wyrażenia autora, ale „nieszczęście z nieszczęściem“.

(D. n.).

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= WIRSZYŁO przeprowadził szereg badań nad wpływem masła na wydzielanie soku żołądkowego w kijowskim szpitalu dla dzieci. Użył do doświadczeń 5 dzieci ze zdrową czynnością żołądka i kiszek, w wieku 10—14 lat. Każde spostrzeżenie rozdzielił na 2 okresy: w pierwszym dawał dziecku 250—400 grm. mleka i wydobywał treść żołądka po 1½—2½ godzinach; w drugim okresie dawał oprócz mleka 8 grm. masła. Wyniki badań były następujące: 1) masło zmniejsza ilość kwasu solnego i pepsyny; 2) peptonizacja ciał białkowych odbywa się energiczniej; 3) zdolność

wydzielnicza gruczołów żołądkowych zmniejsza się. (Djetskaja Medic. 4. 1901).

= Zdaniem OVEREND'a, w wielu przypadkach gruźlicy płuc już w początku jej rozwoju zauważyć można rozszerzenie żył podskórnych na przestrzeni ⅓—⅔ cala w okolicy wyrostków 7 szyjowego i 3 górnych piersiowych kręgow. Owe plamy żyłakowate pojawiają się wcześniej i dosięgać mogą znacznego rozwoju. Zjawisko to łatwo objaśnić układem anatomicznym żył okolicy kręgowych, ściśle związanych z żyłami oskrzelowymi, tak, iż utrudniony krwiotok w ostatnich odbija się na

pierwszych. Po dobnie żylaki spostrzega się w rozedmie, dusznicy i zapaleniu oskrzeli, lecz wówczas są one rozsiiane po całej klatce piersiowej, z przodu i z tyłu, jakoteż na brzegach żeber. Objaw opisany autor uważa za dość ważny, w razie gdy niema ani plwociny, ani laseczników, zwłaszcza wobec chudnienia chorego i danych wysłuchowych. (Lancet. 31. 8. 1901).

= Mc CARTHY odkrył nowy odruch, który nazwał nadoczodołowym. Jeżeli uderzyć młotkiem w nerw nadoczodołowy, to zjawia się pęczkowy skurcz mięśnia okrężnego powiek. Oko powinno przytem być otwarte i pozostawać w zupełnym spokoju. Skurcz ten nie pociąga za sobą bynajmniej zamknięcia powiek, lecz zaledwo pewne zbliżenie ich wzajemne. Gdy odruch bywa wzmożony, to wywołać go można uderzaniem w jakikolwiek punkt przebiegu nerwu, przyczem niekiedy spostrzega się nawet skurcz w obu mięśniach okrężnych powiek. W zwykłych zaś warunkach odruch wywołać się daje tylko w miejscu początku części włosowej. W razie zmniejszenia odruchu, wywołać go można tylko w miejscu wyjścia nerwu. Łuk odruchowy składa się z gałęzi nadoczodołowej 5-iej pary, z samego nerwu trójdzielnego, z twarzowego i z jego gałązki w mięśniu okrężnym; tym sposobem odruch ten jest czysto nerwowy. Przy badaniu 100 ludzi zdrowych znaleziono odruch u wszystkich. Dla stwierdzenia kierunku łuku odruchowego autor przytacza następujące dane: 1) odruchu nie było na jednej połowie twarzy w przypadku przymiotu mózgowego, w którym po tejże stronie był zupełny bezwład nerwu trójdzielnego; zaś po drugiej stronie twarzy, bez względu na bezwład nerwu okoruchowego, odruch ten był zachowany; 2) przy bezwładzie nerwu twarzowego odruch był zniesiony; 3) również brakło go w przypadku wycięcia nerwu nadoczodołowego z powodu nerwobólu tegoż nerwu. (Neur. Ctbl. 17. 1901).

= Rzadki przypadek braku jednego płuca, na miejscu którego były kiszki, spostrzegal HANSON u noworodka, ważącego 7 funtów, który żył tylko kwa-

drans. Dziecko urodziło się blade, bez krzyku, z oddechem powierzchownym. Po otwarciu zwłok znaleziono serce w prawej połowie klatki piersiowej, tuż u brzegu mostka, z podstawą pod skutką prawą. Płuco prawe było prawidłowe, lecz nieco mniejsze; lewe było zaledwie widoczne, miejsce zaś tegoż zajmowała kątnica, tuż koło obojczyka, i dalszy przebieg kiszki. Wątroba, żółć i narządy miednicze były prawidłowe. (Jour. of. Amer. Med. Assoc. 14. 9. 1901).

= RICHTER przekonał się, na zasadzie 100 przypadków, w których stosował nalewkę jodową i jodwazogen zamiast jodku potasu, że, nietylko ze względów klinicznych, ale i z powodu taniości, należałoby zastąpić jodek potasu jodwazogenem, a mianowicie 6 do 10% jodwazogen wewnątrznie. Daje on 10% jodwazogen 3 razy dziennie po 10 kropel, powiększając dawkę co tydzień o 5 kropel, aż do 30 kropel 3 razy dziennie po jedzeniu, w kawie, winie, piwie, mleku lub wodzie. Dla całkowitej kuracji jodowej więc trzeba 100 grm. jodwazogenu. (D. M. Z. 88. 1901).

= Zdaniem MOSTKOFF'a, w gruźlicy zastąpić można przetwory kreozytowe ichtyolem. W cięższych przypadkach, bez znacznego rozpadu tkanki płucnej, autor osiągał niewątpliwą poprawę zarówno objawów ogólnych, jak i miejscowych. Prócz tego ichtyol ma tę jeszcze przewagę, że nawet w dużych dawkach nie psuje łaknienia i nie wywołuje przypadłości gastrycznych, owszem łaknienie się nawet wzmacnia. (Allg. med. Central Ztg. 76. 1901).

= Przypadek braku miesiączki i zaniku narządów płciowych w moczówce cukrowej u 23-letniej kobiety opisuje LOSINSKI. Chora pochodziła od rodziców zdrowych; w 17 roku miała zimnicę; miesiączka od 14 roku w przerwach 21 dniowych, po 4 dni, bez bólów, obfita. Po przeziębieniu podczas miesiączki, ta ostatnia ustała zupełnie, a w krótko wystąpiło wzmożone łaknienie, obfite moczenie. Ilość moczu dobową 7—10 litrów, cukru 7—11%. Pochwa i macica w stanie zaniku; jama macicy 7 cm. długa. (Wracz. 25. 1901).

# 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.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milcera i Wars.  
Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Konia-  
ku z winogron bez obcych przymieszek.  
Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej  
Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej  
kliniki ginekologicznej.  
Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warsza-  
wie i na prowincyi.

**Aparaty Dezynfekcyjne**  
za pomocą  
**Formaldehydu**

do  
dezynfekcyj  
MIESZKAN,  
MEBLI,  
Garderoby  
i wszelkich  
PRZEDMIOTÓW  
bez  
uszkodzenia  
takowych.

**Edolf Witt** poleca  
FABRYKA  
ul. Leopoldyny N° 11

CENNIKI NA ŻĄDANIE

— Skład fabr. Elektoralna 21

Księgarnia E. WENDE i S-ka,  
(Krakowskie-Przedmieście 9).

Otrzymała na skład główny:

## Choroby Narządu Słuchowego,

Podręcznik dla lekarzy i studentów.

Napisał

Dr. med. Teodor Heiman.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

**Wiesbaden** Lekarz chorób skóry i  
syfilitycznych

Friedrichstrasse 16. D-r med Julius Müller

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.: Bareza, Cepusza, Filloborna, Pilanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziołkiewicza, Kozłowski, Lilpola, Malinowski, Mieszczkańskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Różyckiego, Strużyńskiego i Fricke, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofs.

Składy główne: Karmelińska 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. N° 1341).  
W Lublinie: w składzie **Wł. Magierskiego**.  
W Kaliszu: w aptece **K. Rybickiego**.  
w Kielcach w aptecce **A. Wierzbęty**.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

## ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowski

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

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

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

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

Cena biletu kop. 50.

Wody Mineralne **ŹRÓDŁA RZĄDOWE**

**VICHY CÉLESTINS**  
**GRANDE-GRILLE, HOPITAL**

Zwracać uwagę, należy na oznaczenie źródła.

# Fabryki Farb

DAWNIEJ

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

### Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol Phenacetyna Bayer Aspiryna

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

Mleko—Somatoza.

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

Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale  $AgNO_3$ , nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

Lycetol

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

Epicaryna

dla użytku weterynar.

Lozofan

Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.



Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakolu.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia tanninę, rozszczepia się w kiszkach 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 aciboric. 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