

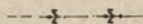
# GAZETA LEKARSKA.

## I. KAMIEŃ GRUCZOŁU KROKOWEGO.

(*Calculus prostaticae*).

Napisał

**Antoni Gabszewicz.**



W połowie kwietnia roku bieżącego zgłosił się do mnie w szpitalu Ś-go Rocha mężczyzna 32-letni z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu. Przed 10 laty przechodził, jak opowiada, dość ciężką rzeżączkę cewki, po przebyciu której prawie rok cały czuł się tak niedobrze, że większą część czasu spędził w łóżku, cierpiąc na częste i bolesne oddawanie moczu. Później objawy te złagodniały, jednakże nigdy nie czuł się zupełnie zdrowym.

Przed 2 laty trudność oddawania moczu na tyle się zwiększyła, że po raz pierwszy zwrócił się o poradę do lekarza. Wszelkie wtedy próby wprowadzenia cewnika, po wiele razy powtarzane, okazały się bezowocnymi. Stan ten, w którym najwięcej mu dokuczalo dość częste i bolesne oddawanie moczu, trwał aż do chwili przyjęcia jego do szpitala bez zmiany: spokojne leżenie w łóżku prawie nie wywierało żadnego dodatniego wpływu na te objawy. W moczu oddawanym chory nigdy krwi nie zauważył. Osobnik dosyć wynędzniały, duchowo przygnębiony, domaga się operacji dla usunięcia przykrego stanu.

Badanie zewnętrzne części rodnych nie wykazuje żadnych zmian: ani na kroczu, ani na na członku, ani w okolicy pośladkowej nie widać blizn lub stwardnień. Wprowadzony cewnik metalowy zatrzymuje się już w części opuszkowej; zgłębnik № 8 daje się przeprowadzić przez to zwężenie, zatrzymuje się jednak w części błoniastej cewki. Przeszkoda w tem miejscu była na tyle wielka, że wielokrotne i przez kilka dni powtarzane wprowadzanie zgłębnika nitkowatego nie doprowadziło do żadnego rezultatu. Zwężenie w części opuszkowej udało się usunąć przez stopniowe rozszerzanie. Bólu chory doznawał tylko wtedy, kiedy zgłębnik dochodził do miejsca zwężenia. Badając przez odbytnicę, znalazłem gruczoł krokowy bardzo twardy i znacznie powiększony tak, że wskazicielem z wielką trudnością dosięgałem górnego odcinka gruczołu. Powierzchnia gruczołu gładka, przy ucisku na gruczoł nie odczuwał chory żadnego bólu. Mocz oddaje chory co godzina lub rzadziej, bez różnicy, czy to

w dzień, czy też w nocy. Mocz odchodzi bardzo cienkim strumieniem w niewielkiej na raz ilości. Przed oddaniem moczu bezpośrednio chory czyni dość długo znaczne wysiłki, połączone z bólem, który zaraz ustaje po oddaniu moczu. Ilość dobową moczu zmniejszona, dochodzi zaledwie do 600 ctm. sześć. Mocz w chwili oddania jest mętny i dość szybko tworzy się w nim osad. Odczyn kwaśny. Rozbiór chemiczny wykazuje białko, drobnowidz zaś bardzo wielką ilość ciałek ropnych; cylindrów nie znajdowano. W okolicy nerek żadnych bólów; nerek nie wyczuwa się. Tętno 100. Ciepłota wykazuje podwyższenie nieznaczne w granicach od 37° do 38°. Łaknienie małe. Chory czuje się osłabionym, miewa często bóle głowy. W innych narządach nie znalazłem nic nieprawidłowego. Sądziłem więc, że mam u chorego do czynienia ze zwężeniem cewki w części błoniastej, jako następstwem przebytej rzeźączki, z niezłym pęcherza, ze znacznym przerostem gruczołu krokowego i prawdopodobnie z cierpieniem nerek, znajdującem się w ścisłej zależności od poprzednich spraw chorobowych.

Najważniejszem więc zadaniem w danym przypadku było usunięcie przeszkody, znajdującej się w dolnym odcinku części błoniastej cewki. W tym celu dnia 1 maja, po uśpieniu chorego i wprowadzeniu metalowego przewodnika do miejsca zwężenia, dokonałem cięcia zewnętrznego cewki na linii pośrodkowej kroczka (*uretrotomia externa*). Po rozcięciu błony śluzowej nie znalazłem spodziewanego bliznowatego zwężenia; natomiast, wprowadzając cienki zgłębnik metalowy w dośrodkowy koniec cewki, poczułem tuż zaraz w części krokowej cewki pewien opór, czyniący wrażenie obecności kamienia. W pierwszej chwili sądziłem, że mam do czynienia z kamieniem pęcherza; że kamień ten się przedostał przez szyjkę do cewki; zgłębnik jednak dość swobodnie przeprowadziłem do pęcherza. Po wyjęciu zgłębnika, wprowadziłem następnie z łatwością cewnik metalowy; przy wprowadzaniu tego ostatniego czułem wyraźne tarcie o jakąś nierówną, szorstką, twardą powierzchnię na tylnej ścianie części krokowej cewki. W pęcherzu cewnikiem nie udało się wykazać kamienia i stawało się widocznem, że kamień znajduje się w gruczole krokowym. Cięcie przedłużyłem i pogłębiłem w linii pośrodkowej aż do samego gruczołu krokowego. Wprowadziwszy palec przez powiększoną w ten sposób ranę, przekonałem się, że do światła cewki na niewielkiej przestrzeni wystaje kamień. Przeszedłszy z łatwością w dalszym ciągu cewkę aż po za zwieracz do jamy pęcherza, nie znalazłem w nim, pomimo dokładnego obmacywania, najmniejszego nawet kamienia. W ten sposób stało się jasnem, że kamień znajdował się wyłącznie w samym gruczole. Wydobycie kamienia, pomimo nacięcia gruczołu, przedstawiało niesłychanie wielkie trudności z powodu jego znacznych rozmiarów, o jakich z początku trudno było sądzić; dopiero przy naciśnięciu od strony odbytnicy na gruczoł krokowy dwoma palcami, dokonywanem łaskawie przez kol. CIECHOMSKIEGO, udało mi się ująć kamień kleszczami do wydobywania kamieni z pęcherza i wydstać go na zewnątrz. Twardość jego była tak znaczna, że powtarzane kilkakrotnie usiłowania skruszenia go dla zmniejszenia objętości okazały się bezowocnymi: kleszcze gięły się, krusząc tylko powierzchowne warstwy; zastosowanie litotryptora okazało się niemożli-

wem, gdyż niepodobna było nim ująć kamienia, siedzącego, jak w niszy, w gruczole krokowym, mocno go, prawie ze wszystkich stron, obejmującym. Po usunięciu kamienia miało miejsce niewielkie krwawienie z gruczołu krokowego. Przez ranę wprowadziłem gruby cewnik NELATON'a do pęcherza, a dużą jamę, w gruczole powstałą po wyjęciu kamienia, wypchałem gazą. Wprowadziwszy następnie palec do odbytnicy, a palce drugiej ręki do jamy gruczołu krokowego, przekonałem się, że ten ostatni znacznie zmalał i nie przedstawiał poprzedniej twardości.

Co do przebiegu pooperacyjnego, da się to powiedzieć, że pierwszego dnia odchodził mocz trochę krwawy; 8 dnia założyłem cewnik NELATON'a do pęcherza przez cewkę zwykłą drogą, a ranę i jamę w gruczole krokowym, stale się zmniejszającą, wypełniłem gazą. Opatrunki należało zmieniać codziennie, gdyż część moczu nasiękała opatrunki i ilość wydzielanego moczu z tego względu trudno było określić; musiała być ona jednak niewielka, gdyż w kaczce zbierało się nie więcej nad 300 ctm. sześć. Ciepłota raz jeden dosięgła 38,2°; stale zaś wahała się od 36,8 do 37,5°. Tętno słabe do 100 uderzeń na minutę. Mocz, oddawany przez cewnik do kaczki, mętny; pod drobno-widzem dużo ciałek ropnych. Z rany wydzielają się zmartwiałe cząstki tkanek, uległych zgniecieniu w czasie wzdobywania kamienia. 12 dnia chory skarży się na bardzo mocny ból głowy, który stopniowo się zwiększa; 14 dnia dostaje wymiotów; ilość wydzielanego moczu bardzo niewielka; 15 dnia utrata przytomności, śpiączka i śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało następujące zmiany: jama w gruczole krokowym bardzo mała, zawiera trochę ropy, sam gruczoł krokowy trochę zmniejszony, twardy. Pęcherz przedstawia przerostwspółśrodkowy (*hypertrophica concentrica*): pojemność jego mała, ściany bardzo grube; na błonie śluzowej pomarszczonej i także zgrubiałej nie widać żadnych owrzodzeń. Prawa nerka w dolnym swym odcinku przedstawia jamę, wypełnioną moczem, zmieszany z ropą; w górnym odcinku granice między istotą korową i rdzeniową zatarte, a na miejscach piramid zagłębienie, wypełnione ropą. Te same zmiany, tylko nieco w mniejszym stopniu, przedstawia i lewa nerka. Kamieni w nerkach wcale nie znalazłem.

Oba moczowody znakomicie rozszerzone. Rozszerzenie to rozpoczyna się zaraz powyżej ich ujścia do pęcherza. Owrzodzeń na błonie śluzowej moczowodów nie widać. Oprócz tego pod powięzią biodrową z lewej strony ogniska ropne, a w jamie DOUGLAS'a znajdowała się niewielka ilość swobodnie pływającej ropy. W innych narządach zmian widocznych nie znaleziono.

Co się tyczy samego kamienia, to kształtem swym przypomina on gruszkę i odpowiada zewnętrznej postaci samego gruczołu krokowego; wymiar jego podłużny wynosi 5½ ctm., a największy wymiar poprzeczny dosięga 4 ctm., waga wynosi 60 grm. Barwa miejscami szarawa, miejscami biaława. Badanie chemiczne, dokonane łaskawie przez kolegę MAYZLA, wykazuje, że warstwy zewnętrzne składają się przeważnie z tak zwanych kwaśnych fosforanów wapnia i z niewielkiej ilości szczawianów wapnia. Po przepiłowaniu kamienia, co wymagało przeszło ½ godziny czasu, okazało się, że na powierzchni jego

w szerszej części kamienia znajduje się jądro koloru szarawego, otoczone wąską obwódką tego samego koloru; jądro otacza naokoło grubsza warstwa koloru ciemniejszego, układająca się koncentrycznie do jądra; ta zaś warstwa jest otoczona trzecią warstwą koloru białawego, która najgrubszą jest w najwęższej części kamienia, za życia chorego wystającej właśnie nieco do światła cewki. Zawartość jądra nie rozpuszcza się pod działaniem kwasu solnego i wykazuje próbę mureksydową; składa się więc z moczanów. Proszek, otrzymany w czasie przepiłowywania kamienia, rozpuszcza się tylko częściowo pod działaniem kwasu solnego; przy dodawaniu kwasu solnego do proszku wydobywają się pęcherzyki, co dowodzi, że warstwy kamienia po za jądrem składają się również z moczanów, w przeważnej jednak ilości z fosforanów i szczawianów wapnia. Proszek z powierzchniowych warstw kamienia zupełnie się rozpuszcza po dodaniu kwasu solnego i składa się wyłącznie z fosforanów tak zwanych kwaśnych wapnia i szczawianów wapnia.

Kamienie w gruczole krokowym wogóle spotyka się bardzo rzadko; czasami jednocześnie znajdują się kamienie w pęcherzu, w nerkach, czasami jednak tylko w samym gruczole. Badania WOLLASTON'a wykazały, że kamienie te najczęściej składają się fosforanów wapnia; w przypadku jednak PALMER'Siego usunięto z gruczołu krokowego przez cięcie zewnętrzne dwa kamienie, z których jeden ważył 23 grm. i składał się z fosforanów wapnia, drugi mniejszy ważył tylko 3,5 grm. i składał się wyłącznie z soli moczanowych.

Najczęściej tworzy się jeden kamień, rzadziej dwa lub trzy; jednakże raz MARCEAUX znalazł 100, VELPEAU 90, naturalnie bardzo małych. CHIARELLE w przypadku u 40-letniego mężczyzny, chorującego od lat 10-ciu i mającego zupełne zatrzymanie moczu, przez odbytnicę wyczuł w gruczole krokowym guziczki twardości kamieni; dokonawszy cięcia zewnętrznego cewki, odsłonił gruczoł krokowy i przeciął go w poprzek; wyjął z gruczołu 11 kamieni i założył na stałe cewnik drogą zwykłą do pęcherza; po usunięciu cewnika wystąpiły znowu zaburzenia w oddawaniu moczu; przy badaniu wymacał w gruczole krokowym jeszcze jeden kamień, który usunął przez zewnętrzne przecięcie cewki; kamień miał długości 2 ctm.; wszystkie zaś kamienie razem ważyły 35 gramów. Kamienie te znajdować się mogą: 1) albo w świetle cewki, przechodzącej przez gruczoł krokowy i wtedy zazwyczaj są małe i leżą dosyć swobodnie, albo 2) mogą się znajdować w istocie samego gruczołu, lub między gruczolem i częściami miękkimi, otaczającymi go, np. między gruczolem i prostnicą; w ostatnim razie nie wystają wcale do światła cewki, 3) mogą nareszcie pozostawać w przewodach, otwierających się z gruczołu do cewki, jak np. w przewodach gruczołu krokowego, w przewodach wytryskowych; w tych razach kamienie częścią swoją leżą w przewodach, a częścią wystają do światła cewki. Kamienie gruczołu krokowego tworzą się przeważnie z moczu; podług MERCIER'a mogą się także tworzyć i wskutek zgęszczenia się produktów, wytwarzających się w samej istocie gruczołu; te ostatnie kamienie są miękkie i łatwo je rozgnieść palcami.

Znaczna ilość kamieni gruczołu krokowego bierze swój początek w pęcherzu i stąd dopiero przedostaje się do części krokowej cewki, uniesiona

przez strumień moczu, albo też zwolna przy stopniowym rozszerzaniu szyjki pęcherza; w pierwszym razie kamienie są małe, w drugim razie mogą być dosyć duże. Niekiedy kamień pęcherza częścią swoją może przeniknąć z pęcherza do istoty gruczołu krokowego; są to tak zwane kamienie pęcherzo-krokowe dla odróżnienia od tych kamieni, które, powstając w samym gruczole, następnie przenikają do pęcherza: te nazywają się kroko-pęcherzowe. Odróżnianie tych ostatnich kamieni z punktu praktycznego jest bardzo doniosłe, gdyż wpływa na sposób postępowania: w pierwszym razie postępowanie jest takie, jak przy kamieniach pęcherza; w drugim razie należy postępować, jak przy kamieniach gruczołu krokowego.

W. BRUCE CLARKE przed niedawnym czasem opisał trzy przypadki kamieni kroko-pęcherzowych: dwa z tych kamieni u chorych, cierpiących oddawna na zaburzenia w oddawaniu moczu, były znalezione dopiero na sekcji; jeden zaś został rozpoznany i wydobyty przez cięcie zewnętrzne cewki; chory wyzdrowiał.

SOULIGOUX zaś u 30-letniego mężczyzny, który już w 5-ym roku życia był operowany z przyczyny kamienia w pęcherzu, nie mogąc wydobyć kamienia za pomocą cięcia zewnętrznego cewki, wykonał natychmiast cięcie nadłonowe i wyjął kamień, który mniejszą swą częścią znajdował się w gruczole, a większą w pęcherzu.

Kamienie gruczołu krokowego nie wywołują żadnych charakterystycznych dla siebie objawów; niekiedy ma miejsce dość stały ból w kroczu; niekiedy występują objawy, towarzyszące kamieniom pęcherza, co dawało powód do pomyłek; niekiedy zwężenie cewki, wywołane przez obecność kamienia w gruczole krokowym, maskuje istotną przyczynę choroby, jak to miało np. miejsce w naszym przypadku. Jedyne to daje się wywnioskować z opisywanych przypadków, że cierpienie powyższe rozwija się bardzo powoli.

Rozpoznanie napotyka wogóle znaczne trudności; obecność kamieni niewielkich, znajdujących się w części krokowej cewki, można wykazać za pomocą zgłębnika lub cewnika metalowego; zalecane przez CRISAL'a użycie w tym celu miękkiej świeczki woskowej zdaje się nie doprowadzać do żadnego pozytywnego rezultatu. W przypadkach zwężenia cewki użycie cewnika nie na wiele się przyda, dopóki zwężenie nie będzie usunięte, jeżeli to okaże się możliwym. Nawet po usunięciu zwężenia obecność kamienia da się wtedy tylko wykazać, jeżeli znajduje się on w cewce, albo, znajdując się w istocie gruczołu, chociaż niewielką częścią swoją, nieprzykrytą przez błonę śluzową, wystaje nieco do światła cewki. Kamienie, znajdujące się w samej istocie gruczołu, można tylko rozpoznać za pomocą badania przez odbytnicę. Jeżeli kamień jest wielki, a gruczoł nie jest zbyt przerośnięty i nie bardzo twardy, to takie badanie powinno doprowadzić do celu. Niestety, bardzo rzadko przed operacją rozpoznanie dokładne miało miejsce, co mnie nie zadziwia wobec spostrzeganego przezemnie przypadku. Przerost tkanki gruczołowej, który prawie zawsze towarzyszy powstawaniu kamieni, wytwarza jedną z największych przeszkód w rozpoznawaniu; objawy zaś podmiotowe, o czym wyżej mówiłem, nie przedstawiają nic charakterystycznego dla kamieni gruczołu krokowego.

Co się tyczy postępowania, to: 1) kamienie nie wielkie, znajdujące się w części krokowej cewki, należy usunąć przez cewkę. W razie obecności większych kamieni, których nie można ująć w kleszcze, SEGALL, opierając się na rozciągliwości cewki, radzi przepchnąć kamień do pęcherza i wtedy dopiero usunąć go zwykłym sposobem za pomocą litotryptora. Słusznie THOMPSON zwraca uwagę na to, że jeżeli cewka jest tak rozciągliwa, to należy korzystać z tego jej przymiotu i starać się koniecznie ująć w kleszcze kamień, aby go wyjąć albo w całości, albo po uprzednim skruszeniu; gdyby się nie udało usunięcie kamienia zwykłą drogą, to THOMPSON oddaje pierwszeństwo uretrotomii zewnętrznej. 2) Kamienie kroko-pęcherzowe należy usunąć za pomocą cięcia cewki zewnętrznego w linii środkowej. 3) Przy kamieniach pęcherzo-kroczych jedni radzą stosować uretrotomię zewnętrzną, inni zaś, jak dawniej AMUSSAT, LEROI D'ETIOLE, a teraz MAC GILL i PONCET, zalecają cięcie pęcherza nadłonowe. Jak wyżej już wspominałem, SOULIGOUX, nie osiągnąwszy rezultatu w podobnym przypadku po dokonaniu uretrotomii zewnętrznej, dołączył natychmiast do tej operacji i cięcie nadłonowe pęcherza. 4) Przy kamieniach, znajdujących się w samym gruczole krokowym, cięcie przez krocze należy prowadzić aż do samego kamienia. W moim przypadku, pomimo że cięcie było dość znaczne, tak, że swobodnie wprowadzałem palec, a po palcu kleszcze, wydobyć tak wielkiego kamienia spowodowało dość znaczne zmiążdżenie tkanek otaczających, a zgorzel warstw powierzchownych była w tym przypadku prawdopodobnie jedną z najważniejszych przyczyn powstałego ropienia w otrzewnej i powięzi małej miednicy, do czego tak łatwo może się przyczynić bogactwo nie tylko splotów żylnych na przedniej i bocznych ścianach gruczołu, ale i żył, znajdujących się wewnątrz samego gruczołu krokowego. Powikłanie to niezawodnie, bez względu na fatalny stan obu nerek operowanego, przyspieszyło nieco jego zejście śmiertelne. Z tej przyczyny, gdybym po dokonanej uretrotomii zewnętrznej przekonał się, że kamień jest bardzo wielki, wolałbym postąpić podług metody ZUCKERKANDL'a, zalecanej przez niego dla wydobywania guzów gruczołu krokowego: robi on na 3 ctm. powyżej odbytnicy cięcie płatowe poprzeczne przez krocze, długie na 7 ctm., i przedłuża je po obu stronach na zewnątrz i ku dołowi aż do guzów krokowych; postępując wgłąb, warstwami, można swobodnie odsłonić cały gruczoł krokowy aż do fałdy otrzewnowej; dopiero wtedy przecina część błoniastą cewki i wprowadziwszy do pęcherza palec, przecina na nim nożem całą tylną ścianę gruczołu krokowego w linii pośrodkowej, nie dochodząc do fałdy otrzewnowej; dalsze postępowanie zależy od odpowiedniego przypadku.

Że metoda ta istotnie daje kolosalny dostęp do gruczołu, mogłem się o tem przekonać, wielokrotnie przerabiając ją na trupie.

W przypadku przezemnie spostrzeganym najprawdopodobniej po przebytej rzeźączce wytworzył się ropień w gruczole krokowym, co przez rok cały zmusiło chorego do pozostawania w łóżku; trudno jakimś innem powikłaniem objaśnić sobie tak długotrwałą niezdolność chorego do pracy. Brak nacieczeń, blizn po ropniach w okolicy kroczka wskazywałaby, że ropień dobrowolnie otworzył się do cewki; jama jednak w gruczole, z której niedostatecz-

nie wpływała zawartość ropna, stała się niejako podłożem dla wytworzenia się dużego kamienia, i następczego przerostu gruczolu krokowego, co razem spowodowało bardzo znaczne zmniejszenie światła w części krokowej cewki, ze wszystkimi dalszemi następstwami, tak szczegółowo opisanemi przez GUYON'a w rozdziale o ropniach gruczolu krokowego.

W tym więc przypadku zasługują tylko na uwagę: brak zupełny ropni okołocewkowych, tak zazwyczaj towarzyszących tego rodzaju cierpieniom i nadzwyczajna wielkość kamienia, po usunięciu którego w jamie go mieszczącej nie znalazłem wcale ropienia.

W jednym tylko przypadku, spostrzeganym przez ROUSSEAU, kamień, wyjęty u chorego, od 20 lat przeszło cierpiącego dolegliwości ze strony oddawania moczu, ważył 32 grm.. Jednocześnie było i ropienie w gruczole. Przez przetokę, pozostałą po uretrotomii zewnętrznej, wychodziły jeszcze małe kamienie. Chory wkrótce zmarł. Wyników sekcji autor nie przytoczył.

---

## L I T E R A T U R A.

---

- GUYON. Maladies de la vessie et de la prostate.  
THOMPSON. Choroby pęcherza moczowego i gruczolu krokowego. Tłom. rossyjskie.  
PALMESI. Ref. in Centr. für Chir. 1887 r. str. 243.  
CHIARELLE. Ref. im Centr. für Chir. 1888 r. str. 413.  
ROUSSEAU. Semaine médicale. 1898 r. Nr. 62.  
SOULIGOUX. Semaine médicale. 1898 r. Nr. 62.  
REBILLARD. Thèse a Lyon. Des prostatiques calculeux. 1897 r.  
W. BRUCE CLARKE. Brit. med. Journal. 1899 r. 13 May.  
GUYON. Annales des maladies des org. genito-urin. T. 17. Zeszyt 1.
- 

Z PRACOWNI FARMAKOLOGICZNEJ PROF. I. M. DOGIELA W KAZANIU.

---

## II. SPRAWDZENIE STOSUNKU ENERGII TERMICZNEJ DO ANABIOZY.

Podał

**Bitny-Szlachta.**

---

[Dokończenie. — Patrz Nr. 48].

**Doświadczenie XII.** Serce żaby przez 20 minut pozostawało w rtęci, której ciepłota przez cały ten czas nie opadała niżej, niż do  $-4^{\circ}$  C. Po odmarznięciu serce wprawdzie samodzielnie nie kurczyło się, lecz do wywołania skurczów wystarczało proste mechaniczne podrażnienie, przyczem kurczyły się i komórka i przedsionki.

**Doświadczenie XIII.** Wycięte serce żaby, które przez 10 minut pozostawała w rtęci przy  $0^{\circ}$ — $3^{\circ}$  C., po odmarznięciu kurczyło się przy mechanicznem podrażnieniu.

**Doświadczenie XIV.** Pozostawione przez 10 minut w rtęci oziębionej do  $-2^{\circ}$ — $3^{\circ}$  C. serce nie oddziaływało na prąd elektryczny.

**Doświadczenie XV.** Toż samo miało miejsce, gdy serce było trzymane przez 5 minut w rtęci, której ciepłota wynosiła  $-7^{\circ}$  C.

Przytoczone tu doświadczenia potwierdzają, jak sądzę, zupełnie wnioski, do jakich przyszedł A. HORWATH.

Wnioski te są następujące:

1) Ciepłota  $-5^{\circ}$  C. jest ta, która jest już zabójczą dla mięśni żaby, a zatem i dla samego zwierzęcia.

2) Powrót do życia [anabioza] mięśni nie zależy od tego, czy zamrażanie i odmarzanie odbywało się szybko, czy też powolnie.

3) Przy oziębianiu w ciepłocie bezwzględnie zabójczej [t. j. niższej, niż  $-5^{\circ}$  C.] jest rzeczą obojętną, czy zamrażania łapki dokonamy po odcięciu jej, czy też bez tegoż.

Rzecz prosta, że, przystępując do tego rodzaju doświadczeń, każdy musiał zadać sobie pytanie: czy ciepłota mięśni była taka sama, jak rtęci, w której je zamrażano? Wobec tego, że bezpośrednio mierzenie ciepłoty samych mięśni nie jest możliwem, nie możemy twierdzić tego kategorycznie; a tymczasem musimy poprzestać na tem, co zostało dowiedzionem przez A. HORWATH'a, że mianowicie zamrażanie mięśni odbywa się daleko prędzej i dokładniej w rtęci, niż na powietrzu, czyli, że określona w ten sposób najniższa ciepłota [ $-5^{\circ}$  C.], jeżeli nie jest zupełnie dokładną, to w każdym razie bardzo zbliżoną do rzeczywistej ciepłoty mięśni, zanurzonych w rtęci.

Tak więc, przyjąwszy  $-5^{\circ}$  C. za ciepłotę, powodującą zamarcie mięśni, przychodzimy ostatecznie do wniosku, że gdy tylko ciepłota ciała żaby spadnie do  $-5^{\circ}$  C., lub niżej, nastąpić musi śmierć zwierzęcia, bez względu na to, czy zamrażanie odbywało się w oziębionem powietrzu, czy też w płynie. Jeżeli zaś, odwrotnie, ciepłota ciała żaby nie dochodziła do tego kresu, t. j. była wyższą, niż  $-5^{\circ}$  C., to nie jest bynajmniej wyłączona możliwość częściowego lub całkowitego powrotu do życia, zależnie od tego, jak długotrwałym był wpływ niskiej ciepłoty.

### N e r w y   z   a   b   y .

Z kolei przechodzę obecnie do opisu doświadczeń, dokonanych przeze mnie nad zamrażaniem nerwów w celu badania przejawów anabiozy przy odmarzaniu tych ostatnich.

Brak oddziaływania na prąd elektryczny uważałem za oznakę, że nerw jest martwy.

Odsłoniwszy przedewszystkiem nerw kulszowy na biodrze żaby, odcinałem łapkę powyżej kolana, nerw zaś o  $2$ — $2\frac{1}{2}$  ctm. powyżej tego miejsca i otrzymywałem tym sposobem preparat, w którym nerw znajdował się w połączeniu



z łopatką [patrz rys. 7]. Zamrażanie nerwu odbywało się w rtęci w ten sam sposób, jak poprzednio przy badaniu mięśni, tylko że ze względu na konieczność unikania wszystkiego, co mogłoby spowodować zmiażdżenie nerwu, wywierając ujemny wpływ na przewodnictwo jego, nie przywiązywałem doń ciepłomierza, lecz, pogrążywszy łapkę w rtęć tak głęboko, aby nerw cały się zanurzył, umieszczałem ciepłomierz tak, żeby koniec jego znajdował się tuż obok i na tej samej wysokości [patrz rys. 6].

Zamrażanie nerwu za pomocą topniejącego śniegu nie dało się zastosować do naszych celów, gdyż, jak się przekonałem, pozostawienie nerwu w śniegu, nawet przez całą godzinę, ani trochę nie wpływało na zmniejszanie jego pobudliwości: przy drażnieniu nerwu elektrycznością zaopatrywane przezeń mięsne łapki tak samo energicznie kurczyły się, jak przed zamrażaniem. Widocznym było, że zamieranie nerwu, czyli, wyrażając się dokładniej, zmniejszanie się do zera pobudliwości jego, może nastąpić wtedy dopiero, gdy ciepłota obniży się jeszcze więcej i dla tego też wykonałem szereg następujących doświadczeń, do których początkowo używałem łapek żaby, przygotowanych w sposób wyżej opisany.

**Doświadczenie I.** Oziębienie nerwu dokonane było przez zanurzenie go na 5 minut w rtęci przy  $-4^{\circ}$  C. Po odmarznięciu strumień elektryczny, przepuszczany przez nerw, wywoływał bardzo energiczny skurcz łapki. [Przy zamrażaniu nerwu zawsze zjawia się skurcz mięśni, który trwa dopóty, dopóki nerw całkiem nie zamrznie i nie straci przez to swej pobudliwości].

**Doświadczenie II.** Ten sam nerw był powtórnie zamrażany w ciągu 10 minut przy ciepłocie  $-5^{\circ}$  C. Skurcz mięśni przy drażnieniu odmarzłego nerwu elektrycznością był równie energiczny, jak w poprzednim doświadczeniu.

Po tych dwóch wstępnych doświadczeniach zacząłem stosować ciepłotę niższą, niż  $-5^{\circ}$  C., t. j. taką, która dla mięśni jest już bezwarunkowo zgubną.

**Doświadczenie III.** Nerw kulszowy wraz z przylegającym doń odcinkiem łydki pogrążony został na 3 minuty w rtęć przy  $-12^{\circ}$  C. Po odmarznięciu jeszcze zjawiał się dość żywy skurcz w mięśniach przy drażnieniu nerwu.

**Doświadczenie IV.** Ten sam nerw, powtórnie zamrożony przy tejże ciepłocie przez 5 minut, również nie stracił swej pobudliwości. Jednakże drażnienie przeciętego końca nerwu nie wywoływało skurczu mięśni. Tłómaczyłem to sobie w ten sposób, że wskutek poprzedzającego urazu nerw w tem miejscu łatwiej mógł zostać pozbawiony przewodnictwa, a chcąc przekonać się, że rzeczywiście uraz może sprowadzać takie następstwa, zrobiłem następujące doświadczenie.

**Doświadczenie V.** Nerw kulszowy, począwszy od miejsca przecięcia aż do połowy swej długości, został rozszczepiony i następnie na 5 min. zanurzony w rtęć przy  $-10^{\circ}$ — $-8^{\circ}$  C. [ciepłota więc była wyższa, niż w poprzednim doświadczeniu]. Po odmarznięciu przy drażnieniu uszkodzonej części nerwu skurcz w łapce nie zjawiał się, gdy tymczasem podrażnienie drugiej połowy nerwu dawało wynik dodatni.

**Doświadczenie VI.** Nerw, zamrażany przez 3 minuty w rtęci przy  $-15^{\circ}$  C., po odmarznięciu okazał się martwym, gdyż przy przepuszczaniu prądu skurcz mięśni nie następował.

Ponieważ jednak doświadczenie to, zarówno jak i wszystkie poprzednie, wykonane było z nerwem przeciętym, a więc uszkodzonym, przeto powziąłem podejrzenie, że w ostatniem doświadczeniu zniesienie przewodnictwa w nerwie tylko w części zależało od wpływu niskiej ciepłoty, w części zaś od uszkodzenia, spowodowanego przecięciem. Chcąc się w tem upewnić, postanowiłem obnażyć nerw kulszowy na całej przestrzeni, począwszy od łydki aż do tułowia i oddaliwszy całkiem biodro, nie naruszając przytem całości nerwu, zamroziłem ostatni w ten sam sposób, jak w poprzedniem doświadczeniu [patrz rys. 9]. Rzeczywiście, jak to niżej zobaczymy, przypuszczenie moje okazało się słusznem.

**Doświadczenie VII.** Odpreparowany w powyżej opisany sposób nerw został zanurzony na 3 minuty w rtęci przy  $-15^{\circ}$  C., a następnie po odmarznięciu badany prądem elektrycznym, przyczem okazało się, że przewodnictwo nerwu nie uległo zmianie zarówno w kierunku odśrodkowym, jak i dośrodkowym, gdyż skurcz zjawiał się nie tylko w mięśniach łydki, lecz także i w odcinkach mięśni biodra, pozostawionych przy tułowiu.

Przytoczę tu jeszcze jedno podobne doświadczenie na dowód, że w nerwie nieuszkodzonym przewodnictwo przy zamrażaniu łatwiej i dłużej daje się zachować, niż w nerwie, który przedtem uległ urazowi.

**Doświadczenie VIII.** Dwa nerwy kulszowe, z których jeden był przecięty, a drugi nie, były zamrożone w ciągu 5 min. w rtęci przy jednakowej ciepłocie, mianowicie przy  $-6^{\circ}$  C. Po odmarznięciu okazało się, że pobudliwość obu nerwów została zachowana, tylko że dla pobudzenia nerwu przeciętego należało użyć prądu daleko silniejszego, niż dla nerwu, którego całość nie była naruszona.

**Doświadczenie IX.** Odpreparowany na całej przestrzeni aż do tułowia i nie uszkodzony nerw kulszowy przez 5 minut był zamrażany w rtęci przy  $-6^{\circ}$ — $9^{\circ}$  C. Po odmarznięciu przy działaniu nań prądu elektrycznego kurczyła się nie tylko ta łapka, którą nerw zaopatrywał swemi gałązkami, lecz i odpowiednia kończyna z drugiej strony.

Widzimy więc, że i nerwy zamrożone mogą ożyć także i że one posiadają tę zdolność nawet w daleko wyższym stopniu, niż mięśnie, gdyż te ostatnie zamierają już przy takich ciepłotach, które nie pozbawiają jeszcze nerwów pobudliwości.

Gdy przy wykonywaniu powyżej opisanych doświadczeń w celu zamrażania nerwu zanurzałem wraz z nim w rtęć część łapki, niejednokrotnie mogłem zauważyć, że zamrożony odcinek przestawał oddziaływać na prąd elektryczny, gdy tymczasem część nie zamrożona nie przestała oddziaływać bardzo żywo zarówno przy bezpośredniem podrażnieniu samych mięśni, jako też i przy przeprowadzaniu prądu przez nerw. Z tego już widać, że przy zamrażaniu mięśnie zamierają wcześniej, niż nerwy. Aby wszakże lepiej jeszcze to udowodnić, przytoczę tu jeszcze kilka swoich doświadczeń.

**Doświadczenie X.** Odpreparowany i odcięty na wysokości biodra nerw kulszowy, połączony z łapką, odciętą przy kolanie, został najprzód zamrożony sam tylko w rtęci przy  $-7^{\circ}\text{C}$ . Gdy po odmarznięciu przekonałem się, że na pobudzenie nerwu cała łapka odpowiada silnym skurczem, zamroziłem następnie w tych samych zupełnie warunkach wraz z nerwem całą błoniastą część łapki aż po granicę łydki. Po odmarznięciu okazało się, że na podrażnienie nerwu odpowiadały tylko mięśnie łydki, która nie była zamrożona, część zaś łapki zamrożona nie oddziaływała nawet przy bezpośrednim pobudzaniu mięśni elektrycznością [nie wspominałem tu nigdzie, jakiej siły prądu używałem, gdyż zarówno mięśnie, jak i nerwy, wtedy dopiero uważałem za martwe, gdy nie oddziaływały na najsilniejszy prąd, jaki może być otrzymany za pomocą przyrządu Du-Bois-Reymond'a].

**Doświadczenie XI.** Odpreparowany od kolana do tułowia i nie przecięty nerw kulszowy żaby [biodro zostało usunięte w celu udogodnienia zamrażania] wraz z górną połową łydki został zanurzony w rtęć na 10 min. przy  $-9^{\circ}$ — $-11^{\circ}\text{C}$ . Po odmarznięciu przy podrażnieniu nerwu elektrycznością zjawiał się skurcz tylko w niezamrożonej części łydki, zamrożona zaś górna połowa nie oddziaływała na prąd elektryczny, nawet przy bezpośrednim podrażnieniu samych mięśni. Ten sam wynik otrzymałem, powtarzając badanie w trzy godziny potem.

**Doświadczenie XII.** Tak samo odpreparowany nerw był zamrożony przy  $-7^{\circ}$ — $-8^{\circ}\text{C}$ . w rtęci, gdzie pozostawał przez 10 minut, część zaś łapki, leżąca poniżej łydki, była pozostawiona w rtęci tylko na 5 minut. Przy drażnieniu nerwu mięśnie łydki kurezyły się mocno, zamrożona zaś dolna część łapki pozostawała w spokoju i nie odpowiadała skurczom nawet na bezpośrednie po drażnieniu mięśni elektrycznością.

**Doświadczenie XIII.** Cała łapka za wyjątkiem tylko dolnego jej końca wraz z obnażonym i przeciętym nerwem była zanurzona na 10 minut w rtęć przy  $-8^{\circ}$ — $-10^{\circ}\text{C}$ . Gdy po odmarznięciu nerw drażniono elektrycznością, zjawiały się kurecze tylko w niezamrożonej części łapki.

**Doświadczenie XIV.** Po przecięciu kręgosłupa i usunięciu wszystkich trzew otrzymałem preparat, składający się z lędźwiowej części kręgosłupa, dwóch tylnych łąpek i dwóch nerwów kulszowych, z których każdy po wyjściu z kręgosłupa rozpadał się na trzy gałęzie. Część górną tego preparatu, mianowicie kręgosłup wraz z wychodzącymi zeń nerwami kulszowymi zanurzyłem na 10 minut w rtęć, której ciepłota wynosiła wtedy  $-10^{\circ}\text{C}$ . Po odmarznięciu przepuszczałem strumień elektryczny przez nerwy i wywoływałem bardzo silny skurcz łąpek.

Przeciawszy następnie nerwy z obu stron w tem miejscu, gdzie one wychodzą z kręgosłupa i odpreparowawszy ich na niewielkiej przestrzeni [aby w ten sposób zapobiedz przeniesieniu się podrażnienia na przylegające do nerwów tkanki], drażniłem nerwy elektrycznością, co i tym razem wywoływało bardzo silny skurcz odpowiedniej łapki. Wreszcie jedną z tych łąpek zamroziłem aż do biodra przy tejże samej ciepłocie [ $-10^{\circ}\text{C}$ .], lecz nie w ciągu 10,

ale 5 minut, następnie po odmarznięciu drażniłem nerw prądem elektrycznym, który wywoływał silny skurcz tylko w mięśniach biodrowych, gdy tymczasem

Rys. 1.



Rys. 2.



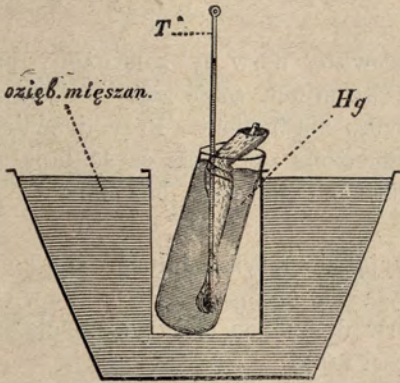
Rys. 3.



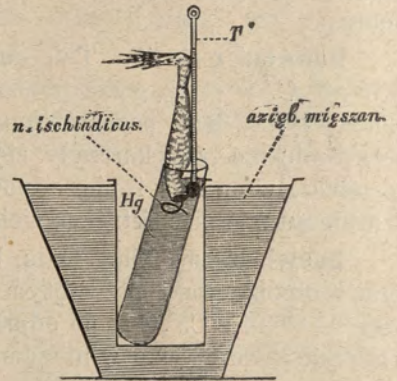
Rys. 4.



Rys. 5.



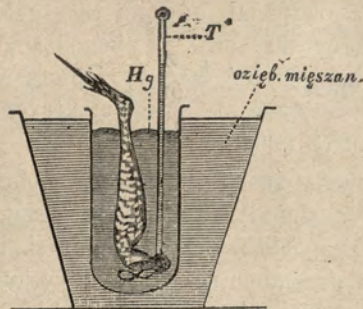
Rys. 6.



Rys. 7.



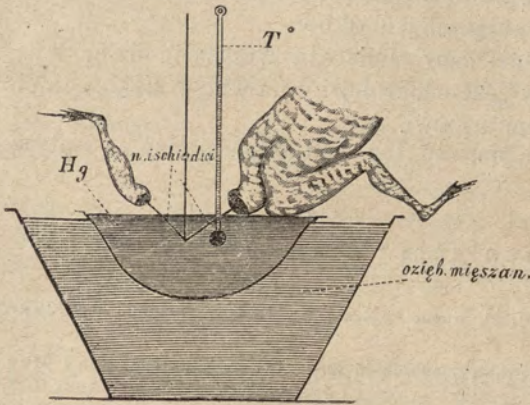
Rys. 8.



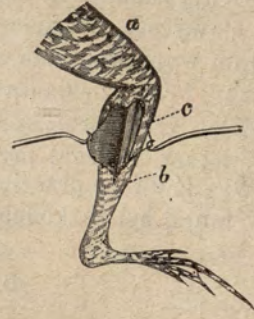
zamrożona część łapki nawet przy bezpośrednim podrażnieniu nie kurczyła się.

**Doświadczenie XV.** Nieodcięta łapka zwierzęcia, zamrożona do biodra, w ciągu 5 minut przy  $-12^{\circ}\text{C}$ ., po odmarznieniu okazała się martwą i nie od-

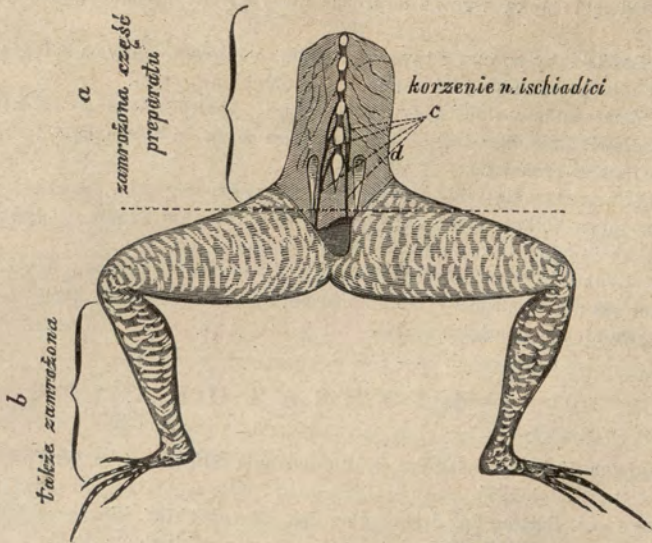
Rys. 9.



Rys. 11.



Rys. 10.



działywała na prąd elektryczny. Gdy jednak po odpreparowaniu na biodrze nerwu kulszowego, drażniłem go elektrycznością występował silny skurcz mię-

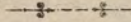
śni biodra; łydka zaś i wogóle dolny koniec łapki, który był zamrożony, nie kurczyły się przytem wcale. Widocznie więc w danym przypadku pobudliwość i przewodnictwo w nerwie nie ucierpiały, mięśnie zaś po odmarznięciu były już martwe i dla tego nie oddziaływały na prąd elektryczny.

Sądę, że przytoczone tu doświadczenia wyraźnie pouczają, iż nerwy są daleko odporniejsze na wpływ niskiej ciepłoty i łatwiej oraz dłużej, niż mięśnie, zachowują zdolność do anabiozy.

Powyższe doświadczenia, wykonane na nerwach i mięśniach żaby, pozwalają mi na wyprowadzenie następujących wniosków:

- 1) Przy oziębieniu mięśnie żaby zamierają wcześniej, niż nerwy.
- 2) Nerw nieuszkodzony jest odporniejszy na wpływ niskiej ciepłoty, niż nerw, który podlegał przedtem urazowi.
- 3) Z dwóch przeciętych nerwów ten jest odporniejszy na wpływ zimna, który mniej był uszkodzony.

### Objaśnienie rysunków.



Rys. 1. [HARTNACK. Oc. 3. Obj. 4]. Różne kształty wrotników podczas wykonywania ruchów.

Rys. 2. [Oc. 3. Obj. 4]. Forma, jaką przybierają wrotniki przy wysuszaniu i przy nagrzewaniu do + 50° A.

Rys. 3. [Oc. 3. Obj. 4]. Martwe wrotniki, napeężniałe od wody.

Rys. 4. [Oc. 3. Obj. 4]. Kształt wrotników w chwili oziębienia ich do 0° i zamarzania.

Rys. 5. Łapka żaby, przywiązana do termometru i wraz z nim zanurzona w rtęci. Probówka z rtęcią wstawiona jest do drugiego naczynia, oziębionego mieszaniną śniegu z NaCl.

Rys. 6. Oziębienie w rtęci odciętego nerwu kulszowego.

Rys. 7. Odcięta łapka wraz z odpreparowanym i odciętym na wysokości biodra nerwem kulszowym.

Rys. 8. Łapka żaby wraz z odpreparowanym i odciętym nerwem kulszowym. Cała łapka, za wyjątkiem dolnego odcinka, jest zanurzona w oziębionej rtęci.

Rys. 9. Zamrażanie w rtęci nerwu kulszowego, odpreparowanego na całej przestrzeni od kolana aż do tułowia i nie odciętego. Żaba przytem była przywiązana do deseczki, która nie jest przedstawiona na rysunku.

Rys. 10. Na preparacie widać wychodzące z rdzenia puie, tworzące po połączeniu się z każdej strony nerw kulszowy: *a*—część nerwu poddano zamrażaniu, *b*—łydka również zamrożona, *c*—korzenie nerwu kulszowego, *d*—nerw kulszowy.

Rys. 11. łydka (*b*) zamrożona aż do kolana; *a*—nie zamrożone biodro; *c*—obnażony na łydce po odmarznięciu nerw kulszowy. Tylko mięśnie nie zamrożonego biodra (*a*) kurczą się przy drażnieniu nerwu elektrycznością.

### L I T E R A T U R A,

S. KAESTNER. Ueber künstliche Kälteruhe von Hühnereiern im Verlauf der Bebrütung Archiv f. Anat. u. Physiol. 1895.

AL. HORWATH. Beitrag zur Lehre über den Winterschlaf. Würzburg. 1878.

TENZE. Ueber die Respiration der Winterschläfer. Würzburg 1878.

TENZE. Ob ochłodzeniu popereczno-polosatych myszyc laguszkki. Dissert. Kiew. 1876.

KÜHNE. Untersuchungen über das Protoplasma. 1860.

MAX SCHULTZE. Das Protoplasma der Rhizopoden und der Pflanzenzellen. 1853.

TENZE. Ein heizbarer Objectisch. Arch. f. mikr. Anat. 1865.

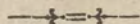
- BARKOW. Der Winterschlaf nach seinen Erscheinungen im Thierreich. Berlin. 1846.
- KOCHS. Kann die Continuität der Lebensvorgänge unterbrochen werden? Biolog. Centralblatt. Bd. X. 1895.
- F. BERGER. Bemerkungen über einige Thiere, die einen Winterschlaf halten.
- GASPARD. Physiologische Untersuchungen über *Helix pomatia*.
- R. FLATOW. Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Thätig. des Froschherzens. Archiv f. exper. Path. u. Pharmak. Bd. XXX. 1892.
- SCHELSKE. Ueber die Veränderungen der Erregbarkeit des Herzens durch die Wärme.
- MANILLE IDE. Wie erklärt sich der Stillstand des überwärmten Herzens. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1892.
- DU BOIS-REYMOND. Untersuchungen über thiersche Electricität. Bd. II.
- SKORICZENKO. Ugnietenie żywni [staroje i nowoje o zimniej spiaczkie]. DySSERT. St. Petersburg. 1891.
- A. FRANK. Lehrbuch der Botanik. I Bd. Leipzig. 1892.
- W. ROTERT. Kurs fiziologii rastenii. Kazań, 1891.
- P. KUNISCH. Ueber die tödtliche Einwirkung niederer Temperatur auf die Pflanzen.
- JUL. SACHS. Ueber Abhängigkeit der Keimung von der Temperatur. Jahrbücher f. Wissenschaft. Botanik von Dr. N. PRINGSHEIM. Berlin. 1860.
- JUST. Botanischer Jahresbericht. 1881, 1883, 1884, 1890, 1894.

### III. LECZENIE ALKOHOLIZMU PRZEWLEKŁEGO

#### ZA POMOCĄ HYPNOTYZMU.

Napisał

**D-r Michał Abramowicz** [Romny, w gub. Połtawskiej].



[Dokończenie — Patrz Nr. 49].

Przechodząc teraz do osobistych moich spostrzeżeń, nabytych w ciągu więcej niż sześcioletniego leczenia alkoholików za pomocą hypnotyzmu, muszę się przedewszystkiem zgodzić z tymi lekarzami, którzy twierdzą, że alkoholicy dość łatwo podlegają głębokiemu snu hypnotycznemu. Z siedmiu alkoholików, których mi się usnąć nie udało, albo też u których wywoływałem sen tylko bardzo powierzchowny, dwóch było neurasteników, dwóch zwróciło się do mnie nieszczerze, ale wskutek przymusu, jeden nie usypiał dzięki auto-suggestyi [miał wpierv do czynienia z innym lekarzem, który, nieumiejętnie próbując go usypiać, wpoił weni to przekonanie, że nie podlega uspieniu hypnotycznemu], wreszcie dwóch pozostałych, którzy byli zniewoleni do leczenia się, udawało tylko usnięcie. Oczywiście we wszystkich wzmiankowanych przypadkach leczenie było zupełnie bezskutecznem.

Mówiąc o wpływie hypnotycznego leczenia na organizm chorych, z praktyki mojej zaznaczyć muszę, że na żadnym z moich pacyentów szkodliwości hypnotyzowania nie spostrzegalem. Wprawdzie po pierwszych posiedzeniach niektórzy z nich uskarżali się na osłabienie w nogach, ciężar w głowie, senność, ale ponieważ później objawów tych już nie odczuwali, a przeciwnie czuli się po każdym posiedzeniu rzeświejszymi, spokojniejszymi, więcej wypoczętymi, przy-

puszczam więc, że rzezone niedomagania były raczej wywołane obawą przed mało znanym, a zwykle dyskredytowanym sposobem leczenia. Również nie dostrzegałem ani rozstroju układu nerwowego, ani osłabienia woli<sup>1)</sup>, ani jakichbądź innych objawów patologicznych, któreby memu leczeniu przypisać było można. Przeciwnie, u chorych zjawiał się [wskutek odpowiedniej sugestyi] zdrowy, spokojny sen [i to nawet u takich chorych, którzy wprzód cierpieli na bezsenność], dobry apetyt, prawidłowy stolec, zwiększenie wagi ciała, nabycie zdrowej cery, zniknięcie obrzęków twarzy. Nie uważałem też u moich chorych zmniejszenia odporności woli wobec mnie [co prawda, mogłoby to tylko nastąpić przy poddawaniu im czynów woli ich przeciwnych].

Podczas moich posiedzeń hypnotycznych żadnych też powikłań neurastenicznych, ani historycznych nie spostrzegałem i mam to zupełnie przekonanie, że leczenie hypnotyczne, przeprowadzone ostrożnie i podług wskazówek specjalistów tak kompetentnych, jak: BERNHEIM, FOREL, WETTERSTRAND, ROTTERHEM, MOLL, a przedewszystkiem VOGT, najmniejszego niebezpieczeństwa nie przedstawia i że niepożądane objawy patologiczne mogą być tylko wywołane nieumiejętnem lub niezręcznem hypnotyzowaniem.

Zauważyć należy, że niepohamowany popęd do picia niknie u alkoholików bardzo prędko, mianowicie po jednym lub dwóch posiedzeniach; takich zaś pacjentów, którzyby się upijali i w czasie leczenia, należy, jak słusznie radzi TOKARSKI, zupełnie się wyrzec, ich bowiem nie może uleczyć suggestya hypnotyczna, choćby najdłużej stosowana.

Podobnie, jak popęd do picia, niknie wprędce pod wpływem sugestyi drżenie rąk i głowy. Jeden z mych pacjentów, alkoholik, cierpiał jednocześnie na kurcz pisarski (*mogigraphia*), uniemożliwiający mu zupełnie pisanie. Otóż, po kilku zaledwie posiedzeniach, ów pacjent począł, co prawda, przy pewnym wysiłku woli, pisać dość wyraźnie i prawidłowo; ponieważ jednak leczył się zbyt krótko [parę tygodni tylko], wpadł znów w nałóg i wrócił mu też kurcz pisarski. Inny, neurastenik, pisać nie mógł wskutek drżenia rąk, spowodowanego bądź to silnem wzruszeniem, bądź też obawą, że ręce drżeć zaczną, co uniemożliwi pisanie, bądź wreszcie nawet obecnością żenujących świadków. Dla usunięcia owego drżenia chory uciekał się do wódki i dopiero po wypiciu znacznej dozy cel osiągał. Pod wpływem leczenia hypnotyzmem drżenie zupełnie ustało i pacjent już od dziewięciu miesięcy nie potrzebuje uciekać się do napojów wyskokowych<sup>2)</sup>.

---

1) Niedawno jeden z moich pacjentów zakomunikował mi o wzmożeniu siły swej woli, przytaczając na dowód zaprzestanie palenia papierosów [nie suggestyonowałem mu tego]; przed kuracją pomimo wielokrotnych prób nie mógł się przezwyciężyć w tym kierunku.

2) Oto wyjątki z listów od mych pacjentów lub od blizkich im osób:

1) „Donoszę Panu, że E. W. dotąd nie pije, a do piwa i wódki ma zupełny wstręt. Ogólny stan jego zdrowia niezły; nie chorował weale“.

2) „Recydywy nie było, a nawet znikła ostatecznie i potrzeba picia, przyczem wszystkie objawy alkoholizmu zniknęły, a inne, jak np. zły sen, przyływ krwi do głowy, drżenie rąk i głowy, znacznie osłabły. Nerwy też uspokoiły się“.

3) „...czuję się zupełnie dobrze, najmniejszego pociągu do napojów wyskokowych nie czuję, przeciwnie na ich widok czuję wstręt, ...powtarzam raz jeszcze, że mam się dobrze“;



Wstręt do wysokoku, zjawiający się, jak powiedziałem, po paru posiedzeniach, bywa niekiedy tak silny, że wywołuje wymioty przy najmniejszej ilości wysokoku, a pewien mój pacjent we dwa lata po wyzdrowieniu dostał wymiotów po zjedzeniu cukierka, w którym smak rumu odczuł. Wogóle u zupełnie uleczonych brak potrzeby upijania się i wstręt do wszelkich napojów wyskokowych pozostaje na zawsze; wszakże w jednym przypadku, u kobiety, mojej pacjentki, po dłuższym czasie zjawiała się zdolność wypicia znacznej ilości wina lekkiego, wprawdzie nie połączona z uczuciem przyjemności; podobnie pewien furman po jakimś czasie mógł z przyjemnością pić lekkie i słodkie wino, chociaż potrzeby picia nie doświadczał; jeden zaś z moich pacjentów, który, pomimo sugestyi, nie przestawał pić piwa podczas kuracji, chociaż czuł już wstręt do wódki, dostał nawrotu po kilkunastu miesiącach.

Należy zwrócić uwagę, żeby, suggestyonując wstręt do napojów wyskokowych chorym wyznania prawosławnego, nie stosować tego do wina, używanego przy komunii. W leczeniu, gdy je rozciągnąć mogę na rok, albo przynajmniej na kilka miesięcy, stosuję się do wspomnianych już wyżej wskazówek tak kompetentnego w tej sprawie D-ra TOKARSKIEGO, unikając wszakże używanych obecnie przez niego jednocześnie i środków farmaceutycznych. Przekonałem się bowiem o ich nieużyteczności przy leczeniu alkoholików, a przytem uważam, że nie należy wprowadzać do organizmu ludzkiego tak silnych środków, jak: strychnina i makowiec, bez koniecznej ku temu potrzeby.

W przypadkach, w których mamy do czynienia z pacjentami, przybyłymi z oddalonych gubernii i nie mogącymi poświęcić dłuższego czasu na leczenie, muszę naturalnie odpowiednio do okoliczności system D-ra TOKARSKIEGO zmieniać; trzymam się wszakże stale zasady stopniowego przedłużania przerw między posiedzeniami. Rozpoczynałem zwykle leczenie, gdy pacjent był zupełnie trzeźwym, chociaż bywało, że musiał usypiać chorego, znajdującego się w stanie ostrego otrucia. Oczywiście w takich przypadkach usypianie było utrudnione, ale pomimo to, po uspieniu, pacjent doznawał ulgi, stawał się spokojniejszym, a zarazem okres ostry mijał łagodniej i prędzej. Podzielałem w zupełności zdanie D-rów TOKARSKIEGO, WETTERSTUND'a i innych, że długa, jeśli można, roczna kuracja, daje wyniki o wiele lepsze, niż leczenie krótkie; ztąd staram się leczyć mych pacjentów, o ile się da, najdłużej.

W niektórych jednak przypadkach przekonałem się, że i niedługie leczenie radykalnie leczyło i to takich nawet alkoholików, u których dawność nałogu silnie osłabiła wolę, wywołując przytem i pewne moralne zwyrodnienie. Co prawda, zauważyć muszę, że w przypadkach, o których wspominam, uleczenie następowało tylko u pacjentów umysłowo i moralnie znacznie rozwiniętych, a więc i silnie odczuwających ogrom swej niedoli. Tak naprzykład, po jednym tylko posiedzeniu, uleczyłem księdza już niemłodego, który za pijaństwo został

---

4) „...jestem zupełnie zdrowszy, ożeniłem się we Wrześniu i czuję się zupełnie zadowolonym“..

zesłany do klasztoru i pozbawiony prawa odprawiania mszy. Ksiądz ów nie pił już aż do śmierci, która nastąpiła wskutek raka żołądka w ośmnaście miesięcy po uleczeniu od nałogu. Prócz tego udało mi się uleczyć po kuracyi nie dłuższej, nad 4 do 9-ia tygodni, jeszcze 5-ciu alkoholików. Reszta niedługo leczonych dostała nawrotu lub też usunęła się z pod mojej obserwacji, przyczem nawrót następował albo wskutek namowy towarzyszy-pijaków, albo wskutek silnego moralnego wstrząśnienia [w jednym przypadku wskutek silnego znużenia przy długim i ciężkim porodzie żony, wskutek znacznej przegranej w karty i t. p.]. Niektórzy z moich pacjentów wracali do picia podczas kuracyi, co przypisuję szkodliwym wpływom ich otoczenia i dlatego to osoby bardzo młode, o słabej woli, lub mało rozwinięte, staram się, o ile mogę, pozostawiać pod moim bezpośrednim wpływem, albo, co najmniej, oddawać je pod opiekę ludziom rozsądnym i niepijącym.

Ogólne wyniki mego leczenia alkoholików za pomocą hypnotyzmu, w ciągu więcej niż sześciu lat, przedstawiają się, jak następuje: Miałem pacjentów 40. Z nich leczyło się 19, z których sześciu uleczyło się zupełnie, dziewięciu dostało nawrotu [5 po kilku, a 4 po kilkunastu miesiącach], o dwóch nie mam wiadomości, a dwóch teraz dopiero ukończyło leczenie. Długo leczonych miałem 7. Z nich trzech uleczyło się zupełnie i nie pije już od trzech lat i dłużej, pozostali zaś czterej teraz właśnie odbywają kurację od kilku już miesięcy. Trzech usypiało, ale bez żadnego skutku leczniczego, 7-miu nie usypiało zupełnie, 4-ej pozostali usunęli się po pierwszym posiedzeniu.

Bezwarunkowo leczenie hypnotyzmem dałoby najskuteczniejsze wyniki w odpowiednich zakładach, w których możnaby pacjenta zatrzymać pewien czas dla usunięcia go od złych wpływów otoczenia. Sądzę, że w podobnych zakładach [dotąd istnieje tylko jeden taki, jak wspomniany „Ellikon“ w Szwajcaryi], możnaby nawet chorego zatrzymywać mniej długo, niż w obecnie funkcjonujących zakładach dla alkoholików, byleby się chory zobowiązał zjawiać się w ciągu roku w odpowiednich przerwach dla powtórzenia sugestyi stosownie do wskazówek D-ra TOKARSKIEGO.

Wymagam od swoich pacjentów, jeśli tylko nie przybyli ze stron dalekich, nie więcej od dwóch do trzech tygodni pobytu u mnie lub w mieście, w którym mieszkam, poczem zobowiązuje ich tylko do przyjazdu na posiedzenie jedno co tydzień, co dwa tygodnie i t. d. w ciągu roku.

Streszczając teraz w paru słowach myśli i spostrzeżenia, wypowiedziane w niniejszym artykule, zatrzymam się na następujących wnioskach:

1) Leczenie alkoholizmu za pomocą hypnotyzmu daje wyniki nie mniej świetne, niż leczenie w specjalnych zakładach, przyczem uważam hypnotyzm za środek skuteczniejszy od wszelkich farmaceutycznych środków, działających prawdopodobnie tylko przez sugestję.

2) Leczenie hypnotyczne uważam za dostępniejsze od kuracyi w zakładach; jest bowiem tańsze i dogodniejsze, mniej czasu zabiera, nadto do-

zwala pacjentom nie przerywać ani służbowych, ani fachowych swych zajęć.

3) Hypnotyzm najskuteczniej leczy pacjentów dojrzałych, umysłowo i moralnie rozwiniętych, a co zatem idzie, pragnących się pozbyć nałogu. Tacy pacjenci uleczyć się dają w przeciągu krótkiego czasu.

4) Przy dłuższem leczeniu, rocznem, każdego alkoholika uleczyć można, jeśli tylko nie jest dziedzicznie obciążonym, umysłowo chorym, lub podległym silnemu zwyrodnieniu; należy tylko czas dłuższy pozostawić go pod odpowiednią opieką i odpowiednim wpływem.

5) Trzeba leczenie zaczynać wówczas, gdy pacjent jest trzeźwy; jednakże można usnąć, choć z niejaką trudnością, chorego i w stanie ostrego otrucia, przyczem stwierdza się uspakajający wpływ hypnotyzmu na obłąd opilczy.

6) Przerwanie radykalne nałogowego picia nie tylko nie wywołuje ostrego, opilczego obłąd, ale przeciwnie może go usunąć.

7) Pacjenta, nie przestającego pić w czasie leczenia, należy uważać za nieuleczalnego.

8) Jeśli leczenie może trwać rok cały, to trzeba przerwy między posiedzeniami stale powiększać, stosownie do wskazówek D-ra TOKARSKIEGO [wyniesie to w ciągu roku koło 20—28 posiedzeń].

9) Połączenie leczenia hypnotycznego z terapeutycznym nie daje lepszych wyników, t. j. nie powiększa szans zupełnego uleczenia.

10) Suggestya działa skuteczniej w głębokim śnie hypnotycznym, chociaż działa dobrze i przy lekkim stopniu uspienia, a nawet przy poddawaniu pacjentowi wcale nie uspienemu. To przekonanie D-ra VOGT'a potwierdził faktami D-r ZAUSAJŁOW.

11) Leczenie za pomocą hypnotyzmu dałoby najlepsze wyniki w odpowiednich zakładach i powinnyby być stosowane w sposób następujący: *a)* wszystkich bez wyjątku chorych zatrzymywać w zakładzie, co najmniej, w ciągu dwóch do trzech tygodni, *b)* przybywających zdaleka pozostawiać dłużej, stosownie do łatwości powrotu, a tych, którym wracać trudno, zatrzymać na trzy lub cztery miesiące, poczem wymagać, by wracali dwa lub trzy razy dla powtórzenia suggestyi, *c)* osoby o woli słabej i niskim umysłowym i moralnym poziomie zatrzymywać jak najdłużej, *d)* zakład urządzić należy na wzór najlepszych zakładów szwajcarskich, niemieckich, angielskich.

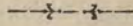
12) Leczenie hypnotyczne, prowadzone prawidłowo, nie wywołuje niepożądanych powikłań, nie grozi zdrowiu pacjenta i bezwarunkowo nie wkracza w obręb jego indywidualności<sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Już po ukończeniu mojej pracy dowiedziałem się, że jeden z uleczonych po krótkim leczeniu się dostał nawrotu we dwa lata po uleczeniu się i że choć przez te lata nie pił wcale wódki i nie dochodził do stanu podniecenia, pił jednak piwo. To ostatnie, jak i w wyżej wspomnianym przypadku, było przyczyną nawrotu.

# STAN I POTRZEBY

## SZPITALI WARSZAWSKICH.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 48].

Pomijając już przyczynę, dla której chory udaje się do szpitala, pobyt jego tam należy do najprzykrzejszych chwil życia. Napotyka on smutną nadzwyczaj atmosferę, w której wydaje się, jakoby znajdował się albo w domu poprawczym, albo w więzieniu. O przykuciu do łóżka, braku werendy na zimę, ogrodu na lato była mowa już poprzednio. A czemże czasowy mieszkaniec szpitala ma zapełniać zbyt wiele wolnego czasu, o ile zachował przytomność? W obecnych warunkach myśli tylko o swojej chorobie i sąsiadów: w parę tygodni nasłucha się tyle skarg, rozpaczy, jęków, widzi tyle tragedii rodzinnych, jak nigdy w ciągu całego życia. Jednemu z sąsiadów dokonać mają ciężkiej operacyi, inny przedstawia obraz nędzy fizycznej, inny dogorywa, inny wreszcie już skołał.

Wkrótce przychodzą dwaj posługacze i kładą zwłoki na płótno rozpostarte pomiędzy dwoma drągami; tak niosą zmarłego do grabarni. To jest, oprócz codziennej modlitwy, jedyna różnaitość w życiu szpitalnem. To też nie dziwnego, że ludność uboga unika szpitala. Tych przykrych stron nie zastąpi ani staranność lekarzy i ich pomocników, ani dobroć sióstr miłosierdzia. Dodać należy i ten fakt, że chory nieco inteligentny zbyt dobrze bywa poinformowany o stanie swojego zdrowia, mając możność dowiedzieć się o rozpoznaniu z kart szpitalnych. I jest to jedna również ważna przeszkoda do wpływania pomyślnie na stan ducha chorego. Kto dowiedział się, że nad łóżkiem jego napisano rozpoznanie *phthisis pulmonum* lub *carcinoma ventriculi*, ten nie uwierzy w możliwość poprawy swojego zdrowia...: jest to człowiek, który nawet nie ma nadziei; jest on w stanie świadomego, powolnego konania.

Ztąd też należałoby atmosferę szpitalną uczynić znośniejszą. Do tego przyczynić się może urządzenie miejsca przechadzek [ogród na lato, werenda na zimę], czytelnia, możność odwiedzania chorych codziennie, ubieranie sal kwiatami i t. d. Konających należałoby przenosić do innego pokoju, lub przynajmniej zasłaniać od reszty chorych, a wnoszenie zmarłych urządzeń w sposób, bardziej liczący z ważnością chwili.

Karta z opisem choroby powinna być chowaną w tece, aby chory przeczytać jej nie mógł.

W związku z leczeniem w szpitalach należałoby zastanowić się jeszcze nad środkami pomocniczymi, bez których niepodobna nieraz dokładnie rozpoznać choroby i wynaleźć wskazania do terapii.

Wiadomo, że nikomu szpitale nie zostawiają tak obfitego pola do ofiarności, jak lekarzowi, który zazwyczaj własnymi środkami zdobywać musi niezbędne przyrządy dyagnostyczne i lecznicze, a często nawet i przetwory farmaceutyczne. Nie zawsze zależy to tylko od braku środków w szpitalach. Ostatni bilans dochodów i wydatków szpitali, wykazuje znaczne oszczędności. Przewyżka dochodów nad wydatkami dokonywa się jednak kosztem utrzymania i leczenia chorych oraz pomocy naukowych. Przyzna to każdy, że tego rodzaju oszczędność jest karygodną. Na nią składa się nie mniejsza liczba chorych, bo ci miejsca znaleźć w szpitalach nie mogą, ale ułamki kopiejek, od ich utrzymania odłożone, wykreślone w receptach środki lecznicze, spirytus do mycia rąk chirurgów przed operacją i t. d. Taka oszczędność równa się marnotrawstwu, bo kapitał pozostały małe daje odsetki, kapitał, włożony w celu po-

prawienia zdrowia, ulżenia cierpieniu, rozwoju uczuć humanitarnych, zwraca się z procentem wielkim w postaci powrotu do pracy ludzi uzdrowionych, zadowolonych, na duchu pokrzepionych. A zresztą ludzie ci, płacąc podatek szpitalny, mają prawo do opieki i pomocy w chwilach cierpienia i niedoli.

Zacznijmy od pomocy naukowych; są one dla wszystkich szpitali wspólne lub też ograniczają się do jednego szpitala lub oddziału.

Z pomocy naukowych wspólnych wyliczyć tu musimy: 1) pracownię chemiczno-lekarską, 2) pracownię ROENTGEN'owską. Są to dwie instytucje, z których pierwsza wielkie oddała usługi, już to w sprawie żywności chorych, badania produktów żywienia, już też w sprawie rozpoznawania w bardziej zawiłych sprawach chorobowych, wymagającego specjalnych badań chemicznych i bakteryologicznych.

Pracownia ROENTGEN'owska, aczkolwiek istnieje krótko, spełnia swoje zadanie doskonale i w przyszłości w miarę rozwoju metody może odegrać bardzo ważną rolę. Obie te pracownie, a zwłaszcza pierwsza jest bardzo skromnie subsydiowana i gdyby nie ofiarność kierownika, nie mogłaby się rozwijać. Dodać należy, że przy tej ogólnej dla wszystkich szpitali pracowni nie ma płatnego pomocnika i że cała praca obciąża zarządzającego, który sam wykonywa i najprostsze i najtrudniejsze rozbiory, gdy tymczasem indywidualność kierownika przy załatwianiu pod jego okiem zwykłych czynności w bardziej intensywnej mogłaby być zużytkowana charakterze.

W ostatnich czasach również powstała pracownia anatomo-patologiczna w szpitalu żydowskim, kierownik jednak zupełnie za pracę swoją wielce dla szpitala pożyteczną wcale nie jest wynagradzany. Byłoby pożądanym, aby tego rodzaju pracownie istniały w każdym przynajmniej większym szpitalu. Tymczasem w szpitalach istnieją pracownie o tyle tylko, o ile są urządzone kosztem ordynatora. Ofiara pracy i ciężko zapracowanego grosza spotyka się nieraz z wielkimi przeszkodami; długo nieraz taki ordynator prosi się, zanim uzyskać zdoła jakąś klitkę, do umieszczenia własnych przyrządów. O ile wiemy, w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus pomyślano o tem, aby przy każdym oddziale było pomieszczenie na podręczną pracownię, bez której obecnie żaden oddział porządnie nie może być prowadzony. Spodziewać się również należy, że każdy oddział zostanie zaopatrzony w najniezbędniejsze przyrządy, do celów dyagnostyki służące.

---

W rozwinięciu Ukazu Najwyższego z d. 16 [28] stycznia 1840 r. organizującego Zarząd służby Lekarskiej w Królestwie zatwierdzony został w roku 1942 projekt Ustawy dla szpitali cywilnych, a to w celu wprowadzenia zmian i ulepszeń w urządzeniu Rad Opiekuńczych: Głównej i Szczegółowych, Szpitali i innych zakładów dobroczynnych.

Ustawa ta, obmyślona już na owe czasy nader rozumnie i opracowana ze wszech miar wyczerpująco, stała się, rzecz można, podwaliną szpitalnictwa naszego i przetrwała do obecnej chwili z pewnemi tylko zmianami.

Czy była stosowana kiedykolwiek w całej swej rozciągłości, trudno powiedzieć; to tylko pewna, że dziś, pomimo zmian poczynionych, ściśle przestrzegana nie jest: miała zaś głównie na celu „porządek utrzymywania i ciągłego ulepszenia szpitali“.

Podług artykułu 1-go ustawy tej: „szpitale, tudzież wszelkie zakłady i Towarzystwa dobroczynne w Królestwie Polskiem zostają pod zwierzchnią władzą komisji rządowej spraw wewnętrznych i duchownych. Główny zarząd temi zakładami pod względem ich administracyi, tudzież opieka nad Towarzystwami dobroczynnemi porucza się ustanowionej przy tejże komisji rządowej, radzie głównej Opiekuńczej zakładów dobroczynnych [art. 2-gi].

Rada główna opiekuńcza składa się z prezesa oraz z 8-u członków, zasiadających z urzędu obok wszystkich prezydujących w radach szczegółowych szpitali i zakładów dobroczynnych, wreszcie z członków, powołanych przez oddzielne nominacje z grona zasłużonych urzędników lub osób znanych z poświęcenia się dla cierpiącej ludzkości [art. 4-y].

Komplet Rady składa się z pięciu członków wraz z prezydującym [art. 6-ty].

Wewnętrzny i bliższy zarząd szpitali należy do Rad opiekuńczych szczegółowych, przy każdym z nich postanowionych [art. 25-ty].

Rady szczegółowe opiekuńcze składają się z opiekuna prezydującego i pewnej liczby członków. Na prezydującego i członków wybierani być mają miejscowi lub okoliczni obywatele i urzędnicy, znani z uczuć i poświęcenia się dla cierpiącej ludzkości. Oprócz tego stałymi członkami Rad tych być mają: naczelny lekarz w większych szpitalach, a w mniejszych lekarz szpitalny tudzież przełożeni i przełożone zgromadzeń miłosierdzia [art. 28-y].

Komplet zwyczajnego posiedzenia Rady szczegółowej stanowi trzech członków, licząc w to i prezydującego [§ 12].

Ukazem Monarszym do Senatu Rządzącego w d. 1 lipca 1870 roku wszystkie zakłady i Towarzystwa dobroczynne w 10 guberniach Królestwa poruczone zostały Ministerjum Spraw Wewnętrznych, zarząd bezpośredni zakładów w danej miejscowości powierzono Radom gubernialnym i powiatowym, dla miasta zaś Warszawy ustanowiona została Rada Miejska dobroczynności publicznej. Bezpośredni zarząd szpitali pod względem lekarskim i farmaceutycznym spoczywa w rękach naczelnego lekarza, w dziale zaś gospodarczo-administracyjnym w rękach intendenta [§ 3].

Powyższe dane przytoczyliśmy w celu wykazania zasadniczych zmian, jakim uległa ustawa z roku 1842. Pomijając prawidła, dotyczące Rad gubernialnych i powiatowych, zastanowimy się nad stosunkiem do szpitali władzy, najbliższej nas obchodzącej, mianowicie Rady Miejskiej dobroczynności publicznej.

Według ustawy z 1870 roku Rada miejska powinna składać się z następujących członków:

Gubernator warszawski, jako prezydujący, dalej oberpolicmajster, prezydent, naczelnik zakładów dobroczynnych w Warszawie, inspektor lekarski szpitali cywilnych, poczem zarządzający Izbą skarbową, zarządzający Izbą obrachunkową i naczelnik Dyrekcyi naukowej, wreszcie prezes Towarzystwa dobroczynności w sprawach, dotyczących teje instytucyi, kuratorowie szpitali i innych zakładów dobroczynnych w razie spraw, należących do tychże zakładów oraz osoby wyłącznie przez Radę z grona obywateli miejscowych lub zasłużonych urzędników wybrane [§ 10].

Wśród wymienionych członków Rady najbliższy zarząd zakładów dobroczynnych pod względem administracyjno-gospodarczym spoczywa w ręku Naczelnika zakładów dobroczynnych, pod względem zaś lekarsko-farmaceutycznym w ręku Inspektora lekarskiego [§ 32].

Z przytoczonej przed chwilą listy osób, należących do Rady, widać wyraźnie, że jedynym lekarzem, a zarazem członkiem stałym teje Rady jest Inspektor lekarski, członek najbliższej stykający się ze szpitalem i najlepiej z nim obeznany.

Obecnie w skład Rady Miejskiej wchodzi następujące osoby: prezydent miasta Warszawy, jako prezes, dalej 5 członków z urzędu, 5 członków z wyboru, 10 kuratorów w szpitali, wreszcie sekretarz Rady. Tu również musimy powtórzyć poprzednią uwagę, skoro na 22 członków, stanowiących Radę, przez szereg lat aż do obecnej chwili było i jest tylko trzech lekarzy, mianowicie: Inspektor lekarski szpitali cywilnych prof. ТРОЦКИЙ, oraz dwaj członkowie

z wyborów prof. BRODOWSKI i prof. CZAUSOW. Oczywiście na tak liczny skład Rady trzy osoby, fachowo obeznane z potrzebami szpitali, to trochę mało; dlatego też za bardzo słuszne i w skutkach doniosłe poczytać należy niedawne postanowienie Rady o zapraszaniu na swe posiedzenia lekarzy naczelnych, co zresztą w ustawie do § 10 Ustawy było już przewidziane, lecz, niestety, nie było stosowane.

Głos tych ostatnich, jako najbliższych i ciągle stykających się ze szpitalem, nie jedną palącą potrzebę mógł przedstawić Radzie lub uzyskać szybszą uchwałę tejże w sprawie, już wcześniej przesłanej.

Skoro weźmiemy pod uwagę, że Rada ma pod swym zarządem przeszło 100 zakładów dobroczynnych, a każda najdrobniejsza choćby sprawa, dotycząca jakiegoś zakładu, musi uzyskać jej zatwierdzenie, to zrozumiemy łatwo te rozległe obowiązki i olbrzymią pracę Rady, jako władzy wykonawczej i kontrolującej. Nic dziwnego przeto, że niejedna nagląca potrzeba szpitalna musi nieraz czekać swej kolei przez szereg tygodni wobec stosu papierów, nadsyłanych ciągle pod rozpatrzenie Rady. O ile stan taki tamuje rozwój szpitali oraz hamuje prawidłowy bieg spraw szpitalnych, nie potrzeba chyba dodawać.

Jak powiedziano wyżej zgodnie z § 3 Ustawy, bezpośredni zarząd szpitala spoczywa w rękach naczelnego lekarza i intendenta; tymczasem w rzeczy samej w zarządzie szpitala uczestniczą trzy władze prawie równoległe, a każda z nich przedewszystkiem i bezpośrednio zależna jest od Rady Miejskiej. Jakkolwiek te trzy osoby, mianowicie kurator, lekarz naczelny i intendent, powinnyby ustawicznie znosić się ze sobą i wspólnie działać za jedno wobec Rady, to jednak, wobec niedokładnego ustalenia obowiązków każdej z tych władz, jak również wobec niewyraźnie określonego wzajemnego ich stosunku, prawidłowy rozwój oraz dobro samego szpitala srodze cierpieć na tem musi.

Kurator, wybierany przez Radę z grona osób znanych i zasłużonych na polu dobra publicznego, ma sobie powierzoną opiekę nad szpitalem, dba o jego rozwój, nadto czuwa pilnie, aby intendent oraz inne pracujące w zakładzie tym osoby prawidłowo i dokładnie pełniły swe obowiązki, w przeciwnym razie powinien niezwłocznie o wszelkich wykroczeniach zawiadamiać Radę [§ 55 i 56].

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 116. Spirig. Polimorfizm bakterii błonicy.

W czystych hodowlach lasecznika błonicy, które stały rok lub dłużej, spotykamy czasami po środku lub u brzegów kolonii białe, jak kreda, drobne naloty. Naloty te są ściśle związane z koloniami i na pozostałej przestrzeni powierzchni odżywki nie widzimy ich wcale. Ta okoliczność, dająca się stwierdzić już gołym okiem, pozwala przypuszczać, że naloty nie powstały wskutek zanieczyszczenia hodowli, lecz zawierają te same bakterie błonicy w jakichś dalszych okresach rozwoju.

Pod drobnowidzem widać w tych nalotach: typowe laseczniki w kształcie klina, formy podobne do ziarniaków w różnych wielkościach, leżące osobno lub pośród nitek, które już się nie barwią, wreszcie trochę jednorodnych, ciągłych, nie rozgałęziających się nitek grzybni.

Przy szczepieniu na surowicy LOEFELER'a rozwija się obfita sieć nitek, przytem widać fragmentację ciągłych i nierozgałęziających się nitek i two-

rzenie spirylli. Na bulionie i agarze hodowle rosną, jak i laseczniki, i tu powstają krótkie nitki. Na żelatynie i jajku, a czasami i na agarze tworzą się ciałka, podobne do ziarniaków, które dają znowu podobne okrągłe formy lub krótkie nitki i laseczniki.

U żadnej z tych form nie spostrzegamy ruchów samoistnych. Wszystkie barwią się dobrze i tracą tę zdolność tylko w starych hodowlach. Zabarwienie według GRAM'a udaje się; rosną o wiele lepiej przy dostępie powietrza, niż bez niego. Własności chorobotwórczych nie mają.

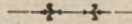
Postaci złośliwych form o typie laseczników pierwotnej hodowli wyhodować z nich nie udało się. Jedyne na bulionie, jajku i agarze spostrzegano laseczniki z własnościami laseczników błonicy [układ, tworzenie kolb, segmentacja], ale nie chorobotwórcze.

Autor uważa wyżej opisane formy za bakterye błonicy w różnych okresach rozwoju, opierając się na tem, że wyłączył możliwość zanieczyszczenia hodowli, i że dotychczas podobnych gatunków *streptotrix* nie opisano.

Maryan Hotub.

(Centralblatt für Bakteriologie. № 18, 19. S. 540. Bd. 26. 1899).

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 3. X. 1899.

1) JAKIMIAK przedstawił 66-letniego mężczyznę z *angioma circoides* prawego policzka, wielkości dużego kartofla.

2) CETNAROWICZ wypowiedział „Kilka uwag z pobytu ruchowego oddziału okulistycznego w Suchedniowie“. Na wstępie prelegent zaznaczył, że oddziały takie przynieść mogą wiele korzyści dla naszego kraju: wskażą, w jakich miejscowościach mamy największą liczbę chorych na oczy, wykształcą w kierunku okulistycznym lekarzy prowincjonalnych, którzy podczas pobytu oddziału w danej miejscowości zwykle biorą udział w jego pracach; skierują chorych na oczy do lekarzy, odbierając pacjentów znachorom; wreszcie utorować mogą drogę stałemu oddziałom ocznym na prowincyi.

W dalszym ciągu C. przytoczył statystykę przypadków, leczonych przez oddział w Suchedniowie.

W dyskusyi KAMOCKI wyraża powątpiewanie w możliwość szerzenia przez oddział ruchomy wiedzy okulistycznej pośród lekarzy prowincjonalnych; niewielu z nich zajęcia pozwolą pracować w takim oddziale. Dla walki z najbardziej rozpowszechnioną wśród ludu chorobą — jaglicą, oddziały ruchome znaczenia mieć nie mogą.

Na niewielkie znaczenie oddziałów ruchomych kładą również nacisk GEPNER [syn] i RYCHLIŃSKI.

Posiedzenie z dn. 17. X. 1899.

1) KOZERSKI przedstawił chorą z rakiem wrzodziejącym skóry nosa, leczonym za pomocą pędzlowań 1%-ym roztworem kwasu arsenawego.

2) SOKOŁOWSKI wygłosił odczyt p. n.: „Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych“. Alkoholizm uważa prelegent za jeden z czynników, wpływających na powstawanie i rozwój gruźlicy płuc lub uspasabiających do tej choroby. Dowodzą tego statystyki DRISDALE'a i FIRKS'a oraz statystyka z oddziału szpitalnego prelegenta, według której na 150 suchotników, leczonych w ostatnich czasach, było 45 [30%] alkoholików. W klasach



zamożniejszych oraz pośród ludzi, mieszkających w wybornych warunkach klimatycznych [górali], gruźlica powstaje nader często tylko wskutek nadmiernego używania alkoholu, który nie tylko usposabia ustrój do przyjęcia zarazka, ale nadto wywołuje zmiany w narządach oddechania i krążenia, prowadzące do powstawania takich form gruźliczych, jak: *phthisis emphysematosa* i *pseudolobaris*.

Nadmierne używanie alkoholu wywiera bardzo zły wpływ i na przebieg gruźlicy, o czym się prelegent przekonał jeszcze w zakładzie BREHMER'a w Görbersdorfie, gdzie powstała metoda stosowania alkoholu w gruźlicy płuc, jako środka pobudzającego działalność serca. Doświadczenie kliniczne przekonało S. o bezskuteczności alkoholu, podawanego w tym celu, nie tylko w przypadkach gruźlicy, lecz wogóle chorób dróg oddechowych. To też w Niemczech wyrugowano alkohol i jego przetwory z uzdrowisk dla niezamożnych suchotników, jako środek zbyt drogi, a niepożyteczny. Wpływ alkoholu, jako środka, oszczędzającego w ustroju tłuszczu i białko, oraz obniżającego ciepłotę ciała, jest również bardzo problematyczny.

I w przypadkach ostrych chorób narządów oddechowych S. nie używa obecnie alkoholu, zastępując go kofeiną, kamforą i t. p.; ze 116 chorych na ostre zapalenie płuc, leczonych bez alkoholu, stracił tylko 7.

Szkodliwość alkoholu, jako leku, wykazały się dała i w innych chorobach narządów wewnętrznych, szczególnie w cierpieniach przewodu pokarmowego i układu nerwowego.

W dyskusji prof. BARANOWSKI wyraża zdanie, że alkohol, używany w miarę, szkodzić nie może, z rzędu leków usunąć go nie można i niema celu, bo należałoby go w takim razie zastąpić innym środkiem podniecającym, z których wszystkie posiadają te same, co alkohol, cechy ujemne.

NUSSBAUM zwraca uwagę na to, że alkohol, będąc środkiem podniecającym, ma tę wyższość nad innymi lekami tej kategorii, że jest przyjemnym w użyciu. Jako używka musi być pozostawiony, bo ustrój żywy bez podniety obchodzić się nie może.

Przeciw bezwzględnemu potępianiu alkoholu przemawia również DOBRSKI, przypominając, że małe dawki tego środka, np. zawarte w kefirze i kumysie, są pożyteczne i dobrze bywają znoszone.

Według BRONOWSKIEGO, statystyka S. nie jest przekonująca: wchodzić do niej musi pewna liczba osobników nerwowych, wrażliwych, kandydatów na alkoholików, źle odżywianych.

W. DĄBROWSKI podziela w zupełności zdanie S.: usunąłby alkohol zupełnie z terapii gruźlicy, chorób układu nerwowego i anemii. W oddziale swoim w szpitalu Zapasowym obchodzi się D. bez alkoholu w wielu przypadkach chorób zakaźnych ostrych.

A. ŻURAKOWSKI zaznacza, że w napojach spirytusowych działa szkodliwie nie alkohol etylowy, lecz t. zw. bukiet, t. j. alkohole wyższe i olejki eteryczne.

KORNIŁOWICZ powstaje przeciw nadużyciu alkoholu przez ginekologów, przypisując mu wpływ na powstawanie t. zw. *mania puerperalis*.

JAKOWSKI przytacza dwa przypadki, w których wydzielina z przetoki kiszkowej zawierała alkohol etylowy.

OPUŚCIŁ PRASE:

# Kalendarz Lekarski

## NA ROK 1900

(Wydawnictwo D-ra J. Polaka)

**Treść stanowią:** Kalendarz kościelny (wraz z imionami słowiańskimi), lista lekarzy warszawskich, skład osobisty urzędu lekarskiego, szpitale warszawskich, klinik i pracowni Uniwersytetu; lecznice, apteki i składy materiałów aptecznych podług ulic, przytulki dla rodzących, służba weterynaryjna, adresa izb felecerskich; lista lekarzy prowincjonalnych, skład osobisty urzędów lokarskich gubernialnych, apteki i szpitale we wszystkich powiatach, spis lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach i miejscowościach klimatycznych za granicą.

**Podręcznik terapeutyczny,** zawierający w porządku alfabetycznym (według chorób) metody lecznicze i środki używane w poszczególnych chorobach oraz recepty.

Najwyższe dawki według farmakopei urzędowej z roku 1891, zamiana wag, porównanie skal ciepłomierza, dawkowanie wstrzykiwań podskórnych dla dorosłych i dzieci, wstrzykiwań mięszkowych, lawatyw, dawkowania leków wprowadzanych do worka łączniey, do pochwy, do macicy, dawkowanie leków do wziewań, do pędzlowania gardła i krtani, do wdmuchiwań. Rozpuszczalność ważniejszych przetworów, ilość kropli w skrupule i gramie, kąpiele lecznicze. Tablica ciąży. Wymiary miednicy kobiecej. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży, tablica wyrzynania się zębów.

Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Skład chemiczny ważniejszych przetworów odżywczych (wyciągów, mączek, bulionów, kumysu i t. p.) i pokarmów. Przegląd leków najnowszych. Synonimy środków lekarskich (około 500). Tablica poglądowa ważniejszych wód mineralnych, Tablica okresu wylegania chorób zakaźnych. Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych. Dezynfekcja chemiczna. Aparaty dezynfekcyjne. Odwietrzania mieszkań. Wzory świadectw lekarskich, protokółów, oględzin poliejny- i sądowo-lekarskich.

**Kalendarz oprawny jest w piękną sztuczną skórę**, („crocodil“, „marocco“, „chagrin“), **notatnik wkładany na każdy kwartał oddzielny**, tak, iż całość składa się z pięciu części związanych gumą i z ołówka.

Cena Kalendarza wynosi **1 rubel 50 kop.** Za przesyłkę, sprowadzając wprost z redakcyi i załączając gotówkę lub przekaz pocztowy, nie dopłaca się nic.

ADRES: **REDAKCJA „ZDROWIA“** ulica Ś-to Krzyska Nr. 25 w Warszawie.

Sprowadzać również można za pośrednictwem redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

OPUŚCIŁ PRASE

# Kalendarz dla lekarzy - praktyków

## na rok 1900

D-ra AL. FRUCHTMANA

obejmujący działy następujące: część informacyjną (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, opłaty aktowe i stempłowe, listę lekarzy warszawskich i prowincjonalnych, listę akuszerek, wykaz prywatnych zakładów leczniczych), notatnik do zapisywania adresów, część lekarską (najwyższe dawki dla dorosłych, dla dzieci, nowe środki lekarskie, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu leków do odbytnicy, do cewki moczowej i pęcherza, do łączniey i ucha, do macicy i pochwy, tablicę rozpuszczalności niektórych przetworów chemicznych w wodzie, wyskoku, eterze i glicerynie, synonimy niektórych środków lekarskich, wykaz miejscowości kąpielowych i leczniczych, zatrueń, pierwsza pomoc w przypadkach nagłych, skład najbardziej używanych pokarmów, dyeta w rozmaitych cierpieniach, ilość pokarmów podawanych ssawcom, okresy wylegania chorób zakaźnych, oraz czas izolacji uczących się w zakładach naukowych, wzrost i waga męzczyzn i kobiet, stopień rozwoju płodu w rozmaitych miesiącach, wymiary płodu dojrzałego wzrost i waga zdrowego dziecka, tablicę ciąży), ogłoszenia.

Cena za egzemplarz Rb. 1.20, z przesyłką pocztową Rb. 1.40.

Nabywać można za pośrednictwem redakcyi czasopism lekarskich oraz księgarni W-go E. WENDE i S-ka, Krakowskie-Przedmieście 9.

GABINET DENTYSTYCZNY

# D-ra F. KOŁAKOWSKIEGO

Krucza 41.

8—27

Prospekt na rok 1900.

# GAZETA POLSKA

CODZIEN GAZETA.  
Co tydzień książka.  
COROCZNIE 52 TOMY.

Pismo codzienne

z Tygodniowym Dodatkiem Książkowym

wychodzi w Warszawie

przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

**Codzien Felieton** (nauka, sztuka, literatura, sprawy społeczne).

**200 korespondentów** w kraju i zagranicą.

**Telegramy** od korespondentów własnych i od Agencji.

**Dział handlowo - ekonomiczny.**

Bezpłatny

COROCZNIE

52 tomy

DARMO.

DODATEK

Odpowiedzi prenumeratom na wszelkie zapytania.

Każdy prenumeratork **Gazety Polskiej** otrzymuje jako bezpłatny do niej dodatek:

**co tydzień książkę**

CZYLI

**Corocznie 52 Tomy książek bezpłatnie.**

W roku 1900 wyjdą w dodatkach dzieła:

*Henryka hr. Rzewuskiego, K. Chłędowskiego, A. Dygasińskiego, A. Gruszeckiego, W. Kosiakiewicza, Wal. Łozińskiego, Ostoi, Wl. Rejmonta, St. M. Roguskiego, St. Iwanickiego, W. Hugo, Walter-Scotta, Goethego i wielu innych pisarzy.*

W wyborze dzieł dodatków bezpłatnych **Gazety Polskiej** biorą udział pp.

**ZYGMUNT GLOGIER, KAZIMIERZ KASZEWSKI, IGNACY MATUSZEWSKI.**

**Cena „Gazety Polskiej“** wraz z bezpłatnym dodatkiem 52 tomów książek rocznie.

w Warszawie:

Rocznie . . .	rb. 9 k. 60
Półrocznie . . .	„ 4 „ 80
Kwartalnie . . .	„ 2 „ 40
Miesięcznie . . .	„ kop. 80

Z przesyłką pocztową:

Rocznie . . . . .	rb. 12
Półrocznie . . . . .	„ 6
Kwartalnie . . . . .	„ 3

Adres: Warszawa, Warecka Nr. 14.

Redaktor i Wydawca **Jan Gądomski**,

**w Płocku**  
osiedlił się i rozpoczął praktykę  
**D-r Władysław Biesiekierski**

kilkoletni asystent przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. 6—6  
Choroby chirurgiczne, kobiece i moczopłciowe.

**S K Ł A D**  
**WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH**  
PRZY APTECE  
**FR. KARPIŃSKIEGO**

w Warszawie, Eleoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

*Cenniki i broszury na żądanie franco gratis.* 52—49

Ekspedycja szybka i akuratna.

*Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych*

**JENERALNA REPREZENTACYA**

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

**INSELBAD** pod **PADERBORN** (Niemcy)

Otwarte latem i zimą i licznie uczęszczane. Doskonałe skutki lecznicze.

Specjalny zakład dla chorych, dotkniętych astmą i cierpieniami narządów oddechowych (cierpien górnego odcinka dróg oddechowych, katarów oskrzeli, rozedmy płuc).

Fizyczno - dyetetyczne metody lecznicze. Deptak. Ogród zimowy. Klimat łagodny. Wielki park. Ogrzewanie centralne. Prospekty gratis. 0—6

Nagrodzona medalem srebrnym na wystawie w Pradze 1896 roku.

**Urysolwina MAHL'A**

CYTRYNIAN LITYNO - MOCZNIKOWY,

Fizyologiczny środek moczopędny, rozpuszczający kwas moczowy.

Skład w Aptece K. W E N D Y Krakowskie Przedmieście 45.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Literatura bezpłatnie 10—6