

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *Br. Motz i H. Goldschmidt*. Zapalenie przerośniętego gruczołu krokowego—str. 991. II. D-r *Stanisław Orłowski*. O hypnotyzmie leczniczym—str. 995.

III. **Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia*. 400. *Keen*. Mięsak klatki piersiowej—str. 1008. 401. *v. Leyden, Kirchner, Wutzdorff, v. Hansemann i Meyer*. Sprawozdanie z prac zbiorowych komisji, powołanej do badań nad rakiem—str. 1008. 402. *Sherman*. Zeszycanie ran serca—str. 1009. 403. *Meuclair*. Zmiażdżenie klatki piersiowej w wymiarze przednio-tylnym, powikłane stłuczeniem serca—str. 1010. 404. *R. Park i T. Cullen*. Przyczynek do sprawy pochodzenia raka—str. 1011. II. *Choroby kobiet i akuszerzy*. 405. *Ovariectomy sub graviditate*—str. 1011. 406. *Stroganow*. Kolpeuryza wewnątrzmaciczna—str. 1013. 407. *Gradenwitz*. Tetanus po iniekcji żelatyny—str. 1015. III. *Choroby krtań, gardła i uszu*. 408. *Kayser*. O ropniach pozagardzielowych—str. 1017. 409. *Hölscher*. Ciała obce w przewodzie słuchowym zewnątrz, i postępowanie w tego rodzaju przyp.—str. 1018. IV. *Wiadomości terapeutyczne*. Od № 410—413—str. 1019. V. *Z Tow. Lek. Warsz.*—str. 1019. VI. *List z Paryża*—str. 1024. VII. *Bibliografia*. Czasopisma Polskie w listopadzie i grudniu—str. 1026. *Kronika bieżąca*—str. 1028. *Zmarli*—str. 1034. *Od Administracji*—str. 1035. *Ogłoszenia*. Spis rzeczy w r. 1902.

Sommaire du Nr. 24. I. D-r *Motz et Goldschmidt*. Prostatite au cours de l'hypertrophie de la prostate—p. 991. II. D-r *t. Orłowski*. L'hypnotisme dans la médecine—p. 995.

I. Z kliniki dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

ZAPALENIA PRZEROŚNIĘTEGO GRUCZOŁU KROKOWEGO.

Napisali

Br. Motz (Paryż) i H. Goldschmidt (Berlin)¹⁾.

Badania anatomopatologiczne na klinice Necker'a wykazały ostatecznie, iż przerost gruczołu krokowego zależy od rozrostu tkanki gruczołowej i mięśniowej, czyli rozwoju adenomyomatów²⁾. W poszukiwaniach naszych, jeden z nas³⁾ mógł ustalić i stwierdzić wielką

1) Komunikat na kongresie urologów francuzkich.

2) Motz. Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la prostate. Paris 1895 Albarran et Motz. Ann. des mal. des org. gén. ur. 1900.

3) Motz. Loc. cit. p. 14.

częstość nacieczenia zarodczego drobnokomórkowego około gron badanych gruczołów krokowych. Powikłanie to jednak przerostu gruczołu krokowego było mało zbadane przez urologów, pomimo pokaźnej liczby chorych tej kategorii. Autorzy dawniejsi jak Civiale, Thompson i inni, podają parę spostrzeżeń ropnia gruczołu krokowego, tak iż rzec można, że zapalenie w przerosłych gruczołach krokowych było prawie nieznanne i stąd dziwić się nie można, że np. Pouson w swem dziele „O chorobach dróg moczowych“ wydanem w r. 1890 poświęcił zaledwie parę wierszy temu powikłaniu, mówiąc „zapalenie gruczołu krokowego bywa rzadkiem zjawiskiem w jego przeroście i wtedy przybiera postać zapalenia zwykłego lub ropnego“. Ale już w tym samym roku trzej autorzy: Albarran, Desnos i Fritsch po raz pierwszy zwrócili uwagę urologów na konieczność baczniejszego badania przerośniętych gruczołów krokowych w celu wykrycia, czy nie zawierają ognisk ropnych, które uzasadniały by interwencją chirurgiczną. Saint-Cène i Minet, uczniowie Albarrana i Desnosa, ogłosili kilka przypadków ropnia gruczołu krokowego przerosłego z praktyki prywatnej ich nauczycieli. Przed dwoma laty rozpoczęliśmy poszukiwania we wspomnianym kierunku na klinice prof. Guyon'a.

Zbadaliśmy w tym celu 80 preparatów z muzeum Guyon'a: 50 gruczołów krokowych pokrajanych i zatopionych w parafinie, oraz 20 chorych, dotkniętych cierpieniem gruczołu krokowego i leczonych na klinice Nequera'a.

Nie możemy wchodzić w szczegóły otrzymanych przez nas wyników, podamy z nich tylko niektóre liczby, co pozwoli sądzić o ważności tego powikłania, zupełnie przez urologów zapoznanego, oraz wyciągnąć wnioski zupełnie praktyczne z punktu widzenia dezynfekcyi u chorych na przerost gruczołu.

Na 80 przerosłych gruczołów krokowych badanych *golem okiem* stwierdziliśmy:

w 9 przyp. wielkie ropnie całego gruczołu,

„ 4 „ ropiejące zapalenie tkanki okołogruczołowej.

Ropnie mniej lub więcej otorbione prawie zawsze mieściły się od strony odbytu, w okolicy położonej między torebką gr. krokowego i masami narosłemi, a okolicą ostatnio opisaną przez Albarrana i Motza¹⁾.

Przypadki powyższe stwierdzają, że na 100 chorych, umie-

¹⁾ Albarran et Motz. Ann. des mal. des org. gén. ur. 1902.

rających na zakażenie moczowe 15 jest dotkniętych ropniem gruczołu krokowego, upoważniającem do zabiegu chirurgicznego.

Przejdźmy obecnie do wyników badania drobnowidzowego, które po za ropniami dostrzegalnymi okiem gołym pozwala ustalić to, co nazywają popolicie nieżytem gruczołu krokowego.

Badanie drobnowidzowe 50 przerosłych gruczołów wykazało:

- w 9 przyp. bardzo rozwinięte nacieczenie zapalne
- „ 31 „ nacieczenie zwykle zapaleń nieżytowych
- „ 10 „ brak nacieczenia zapalnego.

Takie wyniki badania histologicznego wykazują, iż znaczna większość (40 na 50) chorych z przerostem gruczołu, zmarłych wskutek zakażenia narządu moczowego, była dotknięta nie tylko bujaniem dobrotliwym (*adensomyomatem*) gruczołu krokowego, ale i zapaleniem tegoż mniej lub więcej przewlekłym.

Dla zaokrąglenia naszej notatki pragnęlibyśmy jeszcze zaznaczyć jaką jest częstość zapaleń gruczołu krokowego u chorych tego rodzaju, gdy rozwój zaburzeń moczowych nie dosięgnął jeszcze okresu ostatecznego, czyli śmierci.

W tym celu poddaliśmy badaniu 20 chorych, przybyłych na poradę do szpitala Necker'a.

Po przemyciu dość długotrwałem cewki i pęcherza moczowego, napełnialiśmy ten ostatni u naszych chorych płynem przezroczystym, zazwyczaj cyankiem rtęci (1:2000).

Badanie mikroskopowe pierwszego wypływu, oddanego po masażu gruczołu krokowego, pozwalało nam stwierdzić obecność lub brak nacieczenia ropnego w gruczole. Badanie takie przeprowadzone u 20 chorych wykazało w 1 przypadku obecność ropnia, a w 8—zapalenie gruczołu mniej lub więcej posunięte.

Wyniki te wskazują, że ropienie w gruczole krokowym jest nader częste, nawet u ludzi z niezbyt rozwiniętym cierpieniem tego narządu. Nie pozwalają one również objaśnić wpływu zgłębnika stałego (*à demeure*) na powstawanie zapaleń ropnych gruczołu krokowego u chorych, którzy byli poddawani tej metodzie leczniczej.

Poszukiwania, których wnioski tutaj przedstawiamy, mają nie tylko znaczenie teoretyczno-naukowe, ale są ważne także z punktu widzenia praktycznego—leczniczego.

Potwierdzają one zresztą zdanie Albarran'a, Desnos'a i Fritsch'a o konieczności starannego badania przerosłych gruczołów krokowych w celu wykrycia częstych ognisk ropnych. Wyjaśniają również do pewnego stopnia sprawę zakażeń u chorych z przerostem gruczołu krokowego.

Należy przyznać, że jeżeli w niektórych przypadkach udaje się odkażać pęcherz, w większości przypadków nie osiągamy celu. Przypadki odkażenia niektórych chorych już podległych zakażeniu, dowodzą tylko, że pęcherz nawet przy znacznem zastoju moczu może być odkażony.

Należy więc szukać przyczyny tych trudności prawie nieprzewycięzonych, jakie następuje dezynfekcyą u większości chorych.

Leczenie racjonalne wymaga rozbioru drobiazgowego objawów, z którymi ma walczyć. Zakażenie u tych chorych nie jest tak prostem jak się to powszechnie wydaje: ma się tu na myśli tylko pęcherz, tak jak gdyby on był izolowany i nie przyjmował produktów normalnych i patologicznych, które mieszczą się w górze—w moczowodach, oraz z tylnej części cewki—od dołu. Widocznem jest, że wszystkie środki, nawet najenergiczniejsze, jakich się używa do odkażenia zawartości pęcherza, pozostają zupełnie daremnymi, jeżeli pęcherz ciągle infekować się będzie z narządów sąsiednich. Skoro np. zakażenie dosięgło już moczowodów, nasz arsenał terapeutyczny jest niedostateczny do usunięcia doszczętnego drobnoustrojów podtrzymujących infekcyę pęcherza. Posiadamy tylko leki wewnętrzne, które mogą nam oddać pewną przysługę. Pośród tych środków pierwsze miejsce zajmuje urotropina, która nie jest lekiem jedynie przekształcającym, jak ją pierwotnie nazywano, ale zmniejszającym fermentacyę drobnoustrojową, czyniącym mocz ze środowiska sprzyjającego rozwojowi środowiskiem niezdatnym do hodowli.

Ale środki nasze lecznicze działają lepiej jeżeli chodzi o zakażenia, idące do pęcherza z dołu czyli od tylnej części cewki.

Drobnoustroje, znajdujące się na granicy okolicy gruczołu krokowego, dostając się do pęcherza, udaremniają systematycznie nasze zabiegi, mające na celu dezynfekcyę pęcherza, mogą osiedlić się jedynie na powierzchni błony śluzowej lub podśluzowej lub w uchyłkach gruczołu krokowego.

Z pierwszym przypadkiem mamy do czynienia we wszystkich zakażeniach moczowych, które przechodzą po za szyjkę pęcherza. Mocz zakażony, przechodząc przez okolicę gruczołu krokowego składa tu drobnoustroje jakie zawiera. Tutaj wywierają one fermentacyę.

Okolicy tej lekceważyć skutkiem tego nie można, gdyż są przypadki posuniętych przerostów aż do wielkości małego pęcherza, jak to wykazali w swej ostatniej pracy *Albarran i Motz*. Dla tego też jest rzeczą uzasadnioną nastawać na drobiazgową antyseptykę zarówno okolicy gruczołu krokowego, jak i pęcherza. Leczenie zwykle, polegające na opróżnieniu i samych tylko przemywaniach pęcherza

zakażonego, jest zupełnie niewystarczające i jest rzeczywiście główną przyczyną rzadkości, do jakich należy dobrze odkażona cewka i pęcherz u chorych z przerostem gruczołu krokowego.

Oprócz tych przypadków niezłożonych, gdzie okolica gruczołu krokowego uległa zakażeniu tylko dzięki drobnoustrojom, które do niej się dostają, istnieje bardzo wielka ilość innych, jak tego dowiodły nasze poszukiwania, gdzie kolonie drobnoustrojów osiedlają się w głębi samego gruczołu. W podobnych przypadkach nie wystarcza zajęcie się odkażeniem pęcherza i powierzchni okolicy gruczołowej lecz należy walczyć z drobnoustrojami, ukrytymi w samym gruczole krokowym.

Dla tego też jest rzeczą nieodzowną, mając do czynienia z infekcją, najszczegółowiej zbadać gruczoł krokowy nie tylko pod względem objętości i konsystencji, ale i pod względem możliwości zapalenia w tym narządzie. Jeżeli wynik badania, uczynionego według podanej wyżej przez nas metody, jest ujemnym, to mamy prawo odgraniczyć się do odkażenia pęcherza i okolicy gruczołowej za pomocą przemywań przeciwnilnych; lecz—jeżeli stwierdzonem zostało zapalenie gruczołu krokowego, wtedy obowiązkiem naszym będzie postępować tak, jak to czynimy w zapaleniu gruczołu krokowego nieprzerośniętego t. j. uciekać się do masażu, czopków, gorących przemywań etc.

II. O HYPNOTYZMIE LECZNICZYM.

Podał

D-r med. Stanisław Orłowski

Ordynator szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

(Dokończenie).

Zastosowanie hipnotyzmu leczniczego nie ogranicza się do cierpień li tylko czynnościowych—obejmuje ono nawet i *choroby organiczne*, na zmianach anatomicznych oparte. Nie znaczy to bynajmniej, aby za pomocą sugestyi zmiany takie bezpośrednio usunąć się dały i w tym jednakże kierunku zaczyna się ukazywać stopniowo pole do działania.

Jak wielce zależnemi są czynności życia roślinnego od wpływów psychicznych, wiemy wszysej. Dla przykładu wspomnę tylko, że czynnik czysto psychiczny—wzruszenie, wpłynąć może nawet na podniesienie się ciepłoty ciała u człowieka zupełnie zdrowego, dowiódł tego Mosso (56). Jeden np. z jego asystentów zmierzył sobie temperaturę po wygłoszeniu pierwszego publicznego wykładu: podskoczyła ona do 38^o,7 t. j. o 1½% li tylko wskutek emocyi; przed tem T^o była normalną mianowicie 37^o,2).

Przyznać trzeba, że w dziedzinie umysłowej kryje się potęga, którą wiedza dopiero kiedyś, w odległej może przyszłości pojąć i ocenić zdoła.

Lecz i dziś nikt już nie wątpi, że za pomocą sugestyi spowodować można zmiany naczynio-ruchowe lub odżywcze, w dowolnie obranem miejscu wywołać sprawę zapalną z wszystkimi jej cechami charakterystycznymi; przekonał o tem nieskończony szereg doświadczeń, wykonanych przez badaczy najpoważniejszych: Charcota, Bernheim'a (57), Krafft-Ebing'a (58), Preyer'a (59) i wielu, wielu innych. Doświadczenia te dowodzą dotykalnie, że mózg, przy sprzyjających warunkach, to jest w danym razie, według określenia Bernheim'a, w stanie sztucznej koncentracji psychicznej może wpływać nawet na takie czynności organiczne, na takie zmiany somatyczne, które wydają się od umysłu i woli najzupełniej niezależnemi. Czyż więc wpływ ten wyzyskany odpowiednio nie może w pewnych granicach do wyrównania zaburzeń w czynnościach ustroju dopomódz?

Obecnie ten dział psychoterapii jest jeszcze w powijkach, mamy już jednak pewne wskazówki, które wnioskować pozwalają o jego przyszłym rozwoju. Do danych takich należą bez wątpienia rezultaty terapii sugestyjnej w niektórych cierpieniach przemiany materyi; ignorować tych rezultatów niepodobna, pomimo, że wywołują one uśmiech sceptyczny na ustach wielu lekarzy.

Do cierpień tych przedewszystkiem należy *blednica* (chlorosis); pierwszy Wetterstrand wskazał, jak skutecznym środkiem w walce z nią okazuje się sugestia hypnotyczna. Szereg ścisłych spostrzeżeń klinicznych zdanie to potwierdził, a badania krwi, szczególnież z inicjatywy prof. Forela przeprowadzone (Bauer (60), Bertschinger (61)), wykazały, że zawartość hemoglobiny już po paru posiedzeniach hypnotycznych podnosi się bardzo wybitnie. Zapewne, fakt ten nie jest tak dalece zagadkowy; z jednej strony tłumaczy go to, że czynniki psychiczne odgrywają w etyologii blednicy rolę dość poważną, z drugiej znów strony działanie sugestyi jest głównie pośrednie: reguluje się trawienie, wzmacnia łaknienie,

przewycięża nawet tak wybitny często wstręt do jedzenia lub do pojedynczych, lecz najpotrzebniejszych środków spożywczych. Ringier (62) otrzymał szczególnie znakomite wyniki przez połączenie hipnoterapii z użyciem przetworów żelaza. Zdaniem jego, ogromnego wpływu sugestyi na wyrównanie zaburzeń w trawieniu dowodzą te przypadki blednicy, w których preparaty żelaza pozostają bez skutku, zanim drogą sugestyi nie uda się ich działania wzbudzić. Chorzy, których narządy trawienia nie znosiły najłżejszych nawet przetworów żelaza, mogli po jednym lub dwóch posiedzeniach hipnotycznych zażywać bez wszelkich złych następstw nawet pigułki Bla u d'a, przy tem ilość hemoglobiny we krwi zwiększała się odrazu. Ringier wypowiada nawet pogląd, że w przypadkach, w których przetwory żelaza wraz z terapią sugestyjną nie wpływają dodatnio na zawartość hemoglobiny, ma się do czynienia nie z blednicą, lecz z innym jakimś cierpieniem, a niedokrwistość jest wówczas tylko zjawiskiem wtórnem.

Po za takim działaniem do pewnego stopnia radykalnem, *hypnotyzm* leczniczy ma w cierpieniach organicznych wielce doniosłe znaczenie, jako *środek symptomatyczny*, pomoeniczy. Samo usunięcie objawów przykrych, szczególnie zaś bólu (np. w wiąździe, w neurytach i t. p.), jest sprawą dla chorego niezmierniej wagi, a częstokroć i na przebieg choroby nie pozostaje bez wpływu (np. w cierpieniach reumatycznych, artretycznych).

Dodać zresztą trzeba, że w ustroju wyczerpanym przez jakiekolwiek cierpienie przewlekłe, długotrwałe — układ nerwowy już nie funkcjonuje prawidłowo: staje się on nadmiernie wrażliwym, przeczułonym, myśl o nieuleczalności choroby zasnuwa i przytłacza całą dziedzinę psychiczną. Jest to już nerwica, która się do cierpienia podstawowego przyłączyła i stan chorego w wybitnym stopniu pogarsza.

Z drugiej znów strony zdarza się też częstokroć w cierpieniach pochodzenia czysto organicznego (np. w porażeniach mózgowych albo obwodowych), że zmiany materyalne ustąpiły już w znacznej części, tymczasem naruszona czynność danego narządu do normy nie wraca. *Causa sublata non tollitur effectus*. Po długim przymusowem bezrobociu, narząd odwykł od funkcji prawidłowej, przy tem—co jeszcze ważniejsze, w umyśle chorego utrwaliła się autosugestia, że cierpienie jeszcze ciągle w tym samym stoi miejscu. Nieznaczne względnie resztki choroby organicznej oplątały się w grubą, ścisłą powłokę neurozy; cały arsenał środków najrozmaitszych przebieć jej nie jest w stanie; chory zniechęca się coraz bardziej, traci zupełnie otuchę wyzdrowienia i istotnie pozostaje inwalidą.

Pomódz w danym razie może wyłącznie psychoterapia: jedynie tylko drogą sugestyi udaje się usunąć owe fałszywe wyobrażenia i naruszoną funkcją narządu przywrócić w granicach, na jakie pozwalają pozostałe zmiany organiczne (Grossmann) (63).

Wiadomo, że w głębokiej hypnozie bodźce bólowe jako takie do świadomości danej osoby nie dochodzą. Z tego *znieczulenia* od dawna korzystali chirurdzy, szersze jednak zastosowanie znalazło ono dopiero w nowszych czasach, gdy się okazało, że za pomocą sugestyi można u osób podatnych otrzymać znieczulenie nawet w lekkim lub średnim stopniu uśpienia. Używano też metody tej w całym szeregu rozmaitych zabiegów chirurgicznych, szczególnie drobniejszych, np. przecinanie ropni, usunięcie niewielkich nowotworów, wrywanie zębów, rozmaite operacje laryngologiczne, ginekologiczne i t. p. O operacjach, dokonanych w ten sposób w klinice prof. Czerny'ego w Heidelbergu pisze Starek (64).

Ciekawą jest praca Grossmann'a (65) z Berlina o znaczeniu znieczulenia hypnotycznego w leczeniu złamań i zwichnięć; autor w końcu robi uwagę, na własnem opartą doświadczeniu, że osoby, które uległy rozmaitym obrażeniom, z niezmierną łatwością wpadają w głęboką hypnozę, szczególnie bezpośrednio po nieszczęśliwym wypadku; prawdopodobnie podatność ta jest wyrazem pewnego rodzaju shock'u.

Możliwym jest także, że usunięcie bólu nie pozostaje bez wpływu na przebieg rany. W ostatnich latach gromadzą się dane przemawiające za tem, że dla każdej zmiany organicznej w tkankach uczucie bólu stanowi ciągłą przyczynę podrażnienia.

Ważne są pod tym względem doświadczenia prof. Delboeuf'a (66) z Liège. Zahypnotyzował on pewną osobę, na sugestyę wrażliwą, i za pomocą termokauteru zrobił na obu ramionach w symetrycznych miejscach rany, zupełnie jednakowej wielkości, następnie drogą sugestyi jedno ramię znieczulił na pewien przeciąg czasu. Okazało się, że rana na tem ramieniu zagoiła się bez porównania prędzej, niż ta, w której pozostało uczucie bólu; w tej ostatniej wystąpiły nawet wyraźne objawy reakcyi zapalnej w około i nieznaczne ropienie. Podobne doświadczenia powtarzane były z powodzeniem wielokrotnie.

Osobiście próbowałem parę razy, przypalając krzyż pacjentom, na hypnotyzm wrażliwym, znieczulać za pomocą odpowiedniej sugestyi jedną stronę pleców; niejednokrotnie zauważyłem, że po tej właśnie stronie kręgosłupa ranki goiły się bez porównania prędzej.

Wreszcie szereg spostrzeżeń (Liébeault, Wetterstrand, Schrenk-Notzing (67), Tatzel (68), Bonjour (69)) stwierdza

rolę hypnotyzmu w *akuszeryi*; w opisywanych porodach udało się drogą sugestyi zupełnie usunąć bóle, według potrzeby potęgować lub osłabiać skurcze macicy, przy czem położnica, nie obawiając się bólów, współdziałać mogła całą siłą tłoczni brzusznej.

Jeśli raz jeszcze rzucić okiem na całą dziedzinę działania omawianej metody leczniczej, to same przez się wysuwają się wnioski tego rodzaju.

Stosując **psychoterapię** w znaczeniu obszernem (*suggestye na jawie, suggestye maskowane* i—dział szczególnie doniosły—*suggestye hynotyczne*), mamy na widoku zadania następujące:

I. **Walkę z wyobrażeniem szkodliwem.** Jest to wskazanie najważniejsze i w tym kierunku psychoterapia okazuje się najbardziej owocną.

A. *Działanie sugestyi może być radykalnem:*

1. w histeryi,
2. w neurastenii,
3. w innych nerwicach (traumatyczna, z przerażenia),
4. w ideach natrętnych,
5. w chorobliwych popędach i nałogach (alkoholizm, morfizm, zboczenia płciowe).
6. w zaburzeniach czynnościowych życia roślinnego.

B. *Działanie sugestyi bywa pomocniczem w cierpieniach organicznych.* Dążymy wówczas:

- a) do usunięcia objawów przykrych,
- b) do usunięcia nerwicy, przyłączającej się zwykle do chorób przewlekłych,
- c) do usunięcia autosuggestyi szkodliwych w chorobach uleczalnych.

II. **Znieczulenie.** Zastosowanie w chirurgii, akuszeryi.

Na granicy między temi dwoma wskazaniami (I i II) stoi leczenie *nerwobólów*: oprócz walki z wyobrażeniem szkodliwem suggestya ma w danym razie niekiedy na widoku i znieczulenie miejscowe.

III. **Działanie sugestyi bezpośrednie somatyczne.** Że wpływ taki istnieje są już wskazówki niewątpliwe—dotąd jednak cały ten zakres działania sugestyi należy całkowicie do badaczy przyszłości.

Szemat ten, mający znaczenie czysto praktyczne do klasyfikacyi naukowej pretensyi nie rości. Nie obejmuje on też działania hypnozy

per se — jako chwili wytchnienia, gdy czynnikiem leczniczym jest tylko stan hypnotyczny, a nie suggestya.

Pomimo tak szerokiego zakresu działania suggestyi, niestety w zastosowaniu praktycznym dążenia lekarza-psychoterapeuty niejednokrotnie wynikiem pomyślnym uwieńczone nie są.

Ważną przyczynę niepowodzenia stanowi odporność na suggestyę i hypnozę. Wprawdzie odsetka osób absolutnie na zabiegi hypnotyczne nie wrażliwych nie jest zbyt wielką (cyfry, przez rozmaitych badaczy przytaczane, różnią się znacznie — Wetterstrand uważa, że opornych jest 3%, van Renterghem 7%, Liébeault 10%, Forel 15%, Bernheim 20% i t. d.) — nie ulega jednak wątpliwości, że wiele osób wskutek chwilowego stanu umysłu lub z innych powodów może się okazać w danym razie niepodatnemi.

Często też bardzo wynik ujemny uwarunkowany jest przez różne usterki w wykonaniu: nieprawidłowe sformułowanie suggestyi, niedostateczną indywidualizacyę chorego, słowem przez błędy techniczne.

Zresztą na gruncie nieodpowiednim nawet najlepsze ziarno może plonu nie wydać. Trudno się z wszystkimi obliczyć czynnikami, gdy się ma do czynienia z glebą tak nieskończenie różnorodną, w budowie swej tak zawiłą, jaką jest umysł ludzki. Suggestya lecznicza częstokroć wprost się w tej glebie przyjąć nie może, gdyż rozrosły się w niej bujnie i zakorzeniły głęboko rozmaite autosuggestye. Wspominałem już o nich, mówiąc o leczeniu histeryi i neurastenii. Najgorsze warunki przedstawiają chorzy z cierpieniem zadawnionem, chorzy, którzy już przeszli cykl całej kuracyi bezowocnych, odbyli miłą pielgrzymkę od lekarza do lekarza i uważają hypnotyzm jako ultimatam refugium; w głębi duszy piastują oni jednak przekonanie, że i to się na wiele nie przyda. Ta autosuggestya o nieuleczalności cierpienia paraliżuje wszelkie usiłowania lekarza hypnotyzującego.

Zresztą zdarza się nieraz, że to ziarno suggestyi leczniczej, już kielkujące, niszczą wpływy postronne: kontr-suggestye, z zewnątrz płynące. A z temi kontr-suggestyami rachować się trzeba. Dzięki najrozmaitszym baśniom, tu i owdzie zasłyszany, dzięki opowiadaniom o cudach i wyzyskach szarlatanów, wreszcie dzięki przedstawieniom publicznym różnych magnetyzerów — pogląd ogółu, nawet względnie inteligentnego, na hypnotyzm i jego działanie jest zgoła spaczony, fałszywy. To też chory, który się metodą tą leczy, ze wszystkich stron słyszy uwagi, bądź szydercze i zjadliwe, bądź też

zastraszające. Jakież często i lekarze wytaczają w obec takich pacjentów arsenał cały zarzutów przeciw hypnotyzmowi, zarzutów najcięższych, a jednak gołosłownych. Słyszając o rezultatach dodatnich kuracyi, wielu wzrusza ironicznie ramionami, uśmiecha się pobłaźliwie, lub wtrąca, jak wskazuje Botkin (70), uwagę bynajmniej nie niewinna: „Tak teraz jest lepiej, ale jakie to będą następstwa!” Ma słuszność zupełną van Eeden (71), że zdanie takie, przez autorytet lekarza poparte, jest równoznacznem sugestyi potężnej, która przez lata całe wpływ ujemny na układ nerwowy wywiera; tam, gdzie chodzi o przedmiot tak subtelny, jak psychoterapia, podkopanie zaufania na jawie może zniweczyć rezultat wszelki.

To też doświadczenie badaczy, którzy często psychoterapię stosują (Liebeault, van Eeden, van Renterghem (72)), wskazuje wyraźnie, że wyniki najlepsze osiąga się tą metodą z jednej strony u prostaczków i dzieci — ufają oni lekarzowi bezwzględnie, z drugiej zaś strony u ludzi wysokiej inteligencji — są oni w stanie pojąć istotę rzeczy, zrozumieć jaką rolę sami w tej kuracyi odgrywają i jakim jest zakres działania lekarza.

Tymczasem ogół szeroki dotąd jeszcze przed hypnotyzmem odczuwa pewną trwogę, której geneza jest nawet zupełnie logiczną. Hypnotyzm leczniczy — może dzięki tej nazwie nieszczęsnej — ciągle jeszcze utożsamiany jest z hypnotyzmem scenicznie-doświadczalnym, pomimo że pojęcia te różnią się zasadniczo. Trudno zaprzeczyć, że owe wstrząsające nerwami próby, wykonywane na estradach przez magnetyzerów, że owe, na świat cały głośne doświadczenia w audytoryach Salpêtrière lub Nancy — mogły pociągać za sobą następstwa szkodliwe, a nawet groźne dla układu nerwowego. Zapewne, lecz psychoterapia z tem wszystkim nie wspólnego nie ma — na lekarzach właśnie leży obowiązek nieporozumienie to wyjaśnić.

Zresztą w ogromnej większości wypadków dla psychoterapeuty hypnoza jest tylko środkiem, potęgującym podatność do sugestyi. Zbytecznym jest wówczas głęboki somnambulizm z rozmaitemi skomplikowanymi objawami; wystarczy lekki stopień stanu hypnotycznego ze świadomością, zaledwie przyćmioną; o niebezpieczeństwach takiego stanu nawet być nie może.

Co zaś do samych sugestyi, to obowiązkiem jest lekarza dawać tylko takie, które bezpośrednio zdrowie osoby hypnotyzowanej mają na celu. W ogóle za prawidłó uważać należy: na pacjentach nie robić żadnych doświadczeń nawet najciekawszych, pod względem psychologicznym, nawet najprostszych, najniewinniejszych. Szczególniej wystrzegać się należy poddawania jakiegokolwiek złudzeń lub

halucynacji, rozdwojenia osobowości, wywoływania sztucznej katalepsy, porażen i t. p. O ile ten warunek nie jest zachowany, złe następstwa nie mogą być wykluczone z absolutną pewnością, nie należy ich jednak kłaść wówczas na karb hypnoterapii, lecz na karb nieogłędności osoby hypnotyzującej.

W ogóle te szkodliwości racjonalnej hypnoterapii pozostają tylko w dziedzinie teorii; ścisłych spostrzeżeń klinicznych, któreby je stwierdzały niema zupełnie. Owszem, lekarz na tem polu tak bardzo doświadczony, jak Wetterstrand pisze, że hypnotyzował on już przeszło 60,000 razy i nigdy wyników ujemnych tego zabiegu leczniczego nie dostrzegł; to samo stwierdza d-r Paszkiewicz (73) z Rygi na podstawie przeszło 30,000 posiedzeń hypnotycznych.

Zapewne, zdarzyć się może, że jakaś suggestya, sformułowana nie właściwie, okaże się w swych skutkach szkodliwą.

Lloyd Tuckey (cyt. u Löwenfeld'a (10)) przytacza np. fakt następujący:

Jeden z jego znajomych lekarzy, w dziedzinie hypnotyzmu nie zbyt doświadczony, uspił pewną damę, cierpiącą na bronchitis z astmą i otłuszczeniem serca, chcąc jej ułatwić oddechanie. Pacjentka okazała się wielce podatną; gdy była już w głębokiej hypnozie, lekarz zaczął energicznie suggestyonować oddech lżejszy i spokojniejszy. Istotnie, oddech stopniowo stawał się coraz spokojniejszym, ale też i co raz bardziej powierzchownym, w końcu ustał zupełnie; uderzenie serca okazało się również niewyczuwalnem. Lekarzowi, który przez swą suggestyę otrzymał efekt daleko większy, niż sobie życzył, zrobiło się bardzo przyjemnie, gdy po pewnym czasie wrócił poprzedni, utrudniony oddech. Błąd polegał na suggestyi, sformułowanej nieprawidłowo: lekarz zbyt energicznie nastawał na tem, aby oddech był spokojniejszy, nie zwracając jednocześnie uwagi na głębokość oddechu.

I w danym jednak razie trudno winić sam zabieg leczniczy—winnem jest tylko zastosowanie nieumiejętne.

Żadnej nie ulega wątpliwości, że powodzenie hypnoterapii zależy ściśle od szeregu całego warunków, które spełnić może tylko lekarz, obeznany bardzo dokładnie z wszelkimi przejawami hypnozy.

„Podobnie jak każdą operacyę chirurgiczną—mówi Hirsch (38)—przestudyować należy i liczne przy tem zachować środki ostrożności, samo hypnotyzowanie, stanowiące też pod pewnym względem operacyę psychiczną, jest sztuką; nikt tej sztuki stosować nie powinien zanim nie zbada wszelkich przy tem ewentalności. Dla czegoż od zabiegu psychicznego ma się żądać więcej, niż od zabiegu fizycznego? Względnie nawet najprostsze operacye chirurgiczne wymagają pewnej wprawy

technicznej ze strony operatora, aby zapobiedz w razie potrzeby możliwym niebezpieczeństwom. I głównym błędem w stosowaniu hipnozy było to właśnie, że wielu uważało się za powołanych do hipnotyzowania, nie znając ani podstawowych praw psychologii, ani metod hipnotyzowania, których nieszkodliwość doświadczenie wykazało.

Z całą też pewnością twierdzić można, że te powikłania przykre, które się tak często na karb hipnotyzmu leczniczego kładzie, w ogromnej większości przypadków są następstwem bezpośrednim metodyki błędnej lub nieumiejętnej.

Niewłaściwy sposób usypiania, szczególnie nadużycie metody *Braid'a* (długotrwałe wpatrywanie się w jaki przedmiot błyszczący) pociąga za sobą nieraz bóle i zawroty głowy. Z drugiej znow strony przebudzenie zbyt nagłe, nie poparte sugestjami odpowiedniami, może się stać przyczyną pewnego odurzenia, trwającego kilka minut, czasem, nawet dłużej po hipnozie. Jeśli sen jest bardzo głęboki, to objaw ten może być wyrażony wybitniej—jest to prawdopodobnie owe powikłanie, opisane przez kol. *Higiera* (5), jako „swoiste zamroczenie świadomości w okresie pohypnotycznym“. Zdarzyło mi się u paru pacjentów objaw ten spostrzegać, za każdym razem miałem wrażenie, że jest to tylko stan niepełnego rozbudzenia się; odpowiednie sugestye, a szczególnie staranie, aby hipnozy następne nie były tak głębokie, uwalniały pacjentów od tego nieszkodliwego, lecz bądź co bądź nieprzyjemnego powikłania.

Słyszy się niejednokrotnie zarzut, że częste hipnotyzowanie wytwarza pewien rodzaj przyzwyczajenia do tego środka, omal że nie tak, jak do morfiny. Otóż nie ulega wątpliwości, że podatność do hipnozy i sugestyjność pacjenta wzrasta stopniowo, na tej zasadzie opiera się przecież całe działanie lecznicze tego zabiegu; rzeczą więc jest lekarza wyzyskać ten wpływ w kierunku dodatnim, a za pomocą sugestyi odpowiednich zniweczyć jego działanie uboczne, t. j. niepożądane następstwa zbytnej sugestyjności, skłonności do autohipnozy (powikłanie niezmiernie rzadkie) i t. p. Zdarzało mi się hipnotyzować jedną i tę samą osobę przez kilka miesięcy z rzędu i nawet śladów jakichś złych następstw zauważyć nie mogłem. Pamiętać tylko trzeba, aby takiej kuracyi długotrwałej nie przerywać nagle, lecz stopniowo zwiększać przerwy między posiedzeniami, poddając odpowiednie sugestye o nie odczuwaniu braku hipnozy szczególnie w godzinach zwykłych posiedzenia. Zresztą nawet w przypadkach, gdy okoliczności jakieś były powodem nagłej przerwy w kuracyi, pacjenci uskarżali się tylko, że przez jakieś kilka dni, rzadko dłużej, walczyli w zwykłych godzinach hipnozy z pewnem uczuciem senno-

ści, podobnie, jak osoby, przyzwyczajone do drzemki poobiedniej, jeśli o określonej porze położyć się nie mogą.

Zarzut, jakoby wskutek częstego hypnotyzowania następowało osłabienie woli pacyenta, jest może do pewnego stopnia uzasadniony, zarzut jednak taki, jak słusznie wskazuje G r o s s m a n n (11), dotyczyć może tylko jakiegoś hypnotyzera nieoświeconego, jakiegoś dyletanta, z istotą rzeczy nie obeznanego. Lekarz, w dziedzinie psychoterapii doświadczony, korzysta z hypnozy i sugestji hypnotycznej w tym właśnie celu, aby wzmocnić energię i siłę woli pacyenta, zwiększyć jego odporność umysłową na różne wpływy szkodliwe, zapobiedz wszelkiej ataksji psychicznej. To też pierwszą powinna być sugestia, że wogóle hypnozę u danej osoby będzie mógł wywołać tylko lekarz, tylko w celu leczniczym i tylko za wyraźnym tej osoby zezwoleniem (G r o s s m a n n).

Co do napadów historycznych, to zaprzeczyć trudno, że w silnie rozwiniętej histeryi mogą się one wydarzyć i podczas hypnozy, szczególnie na pierwszym posiedzeniu; ale to samo spostrzega się przy każdym zabiegu leczniczym (np. elektro- lub hydroterapeutycznym), połączonym z pewną emocją. W hypnozach następnych nie trudno zapobiedz atakowi, szczególnie gdy występują objawy zwiastunne zbliżającego się napadu.

Zresztą, gdy się bliżej rozpatrzyć w przypadkach, w których hypnotyzm choremu krzywdę wyrządził—okazuje się, że po większej części owymi wykonawcami niefortunnymi byli bądź hypnotyzerzy przygodni (amatorzy) bądź zawodowi bez wykształcenia lekarskiego, rzadziej daleko lekarze i w tym ostatnim razie zwykle tacy, którzy w omawianej dziedzinie doświadczenia dostatecznego nie posiadają.

Psychoterapia, stosowana przez lekarza, obeznanego gruntownie z tą—bądź co bądź trudną gałęzią wiedzy lekarskiej może celużądanego nie osiągnąć—nigdy jednak i pod żadnym absolutnie względem nie grozi ona choremu niebezpieczeństwem.

Na zakończenie niech mi wolno będzie przytoczyć zdanie człowieka, który w nauce zasłużonem się chyba cieszy uznaniem, i o stronność posądzonym być nie może—mianowicie prof. E u l e n b u r g a (74). Mówiąc o roli hypnoterapii w lecznictwie, dodaje on: „Nie potrzebuje bynajmniej udowadniać przykładami, jakie stanowisko szczególne zajmuje neuropatolog względem zjawisk hypnotycznych. W jaki sposób bez dokładnej, na własnem doświadczeniu opartej znajomości tego przedmiotu można mieć odwagę dziś jeszcze za neuropatologa się podawać, absolutnie zrozumieć nie jestem w stanie. Zdaniem mojem, bez wiedzy tej bezwarunkowo możliwem nie jest, ani wyjaśnienie

wszechstronne i ocena należyta ciężkich zaburzeń układu nerwowego, ani właściwe tych zaburzeń leczenie“.

Literatura.

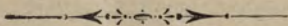
1. Kopeczyński St. Ciekawe objawy hypnozy u histeryka. Pam. Tow. Warsz. Lek. 1901. Zesz. II, str. 335.
2. Wizel A. Kilka słów o hypnozie i leczeniu hypnotycznym na zasadzie własnych spostrzeżeń. Medycyna 1895, str. 417 i 435.
3. Abramowicz M. Leczenie alkoholizmu przewlekłego za pomocą hypnotyzmu. Gazeta Lekarska 1899, № 49 i 50.
4. Dunin T. Zasady leczenia neurastenii i histeryi. Odczyty kliniczne Gaz. Lek. Serya XIII. Zesz. 8.
5. Higier H. O swoistem zamroczeniu świadomości (Dämmerzustand) w okresie pohypnotycznym. Gazeta Lek. 1899. № 41.
6. Świtalski M. O leczeniu poddawaniem (suggestyą) przewrotnego popędu płciowego u mężczyzn. Przegl. Lek. 1899, № 22.
7. Jasiński T. Przypadek astazyi-abazyi i kilka uwag o tem cierpieniu. Księga Jubileuszowa T. Dunina. 1901.
8. Hirsch M. Suggestya i hypnoza. Tłómacz. A. Wizla. Odczyty klin. Ser. VI, № 65, 66, 67.
9. Van Renterghem. Dritte Bericht über die in der psychotherapeutischen Klinik in Amsterdam erhaltenen Resultate. Zeitschrift für Hypnotismus. Bd. VIII, str. 1.
10. Löwenfeld L. Der Hypnotismus. Wiesbaden. 1901.
11. Grossmann I. Die Suggestion, ihr Wesen und ihr Heilwerth. Zeitsch. f. Hypnot. Bd. I, str. 355.
12. Wetterstrand O. Ueber den künstlich verlängerten Schlaf. Zeitsch. f. Hypnotismus Bd. I, str. 17.
13. Wetterstrand O. Ueber den künstlich verlängerten Schlaf, besonders bei der Behandlung der Hysterie. Bericht des III Congress für Psychologie. München 1897.
14. Brodmann Korb. (Praca z kliniki C. Vogta). Zur Methodik der hypnotischen Behandlung. Zeitschr. f. Hypnot. Bd. VI, str. 1, 193. Bd. VII, str. 1, 228, 266.
15. Kräpelin E. Psychologische Arbeiten. Bd. I, Heft 1, 2, 3.
16. Forel Aug. Der Hypnotismus etc. 3 Auflage Stuttgart 1895.
17. Delius H. Erfolge der hypnotischen Suggestiv-Behandlung in der Praxis Zeitschrift f. Hypnot. Bd. VII, str. 36.
18. Krafft-Ebing. Zur Suggestiv-Behandlung der Hysteria gravis. Zeitsch. f. Hypn Bd. IV, str. 26.
19. Breuer und Freud. Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Neurol. Centralbl. 1895.
20. Breuer und Freud. Studien über Hysterie. Wien 1895.
21. Freud. Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. Neur. Centralblat. 1896. Freud. Zur Aetiologie der Hysterie. Wiener klin. Rund. 1896.

22. Janet. Névroses et idées fixes. Paris 1898.
23. Stadelmann. Zur Therapie der durch Vorstellungen entstandenen Krankheiten. III intern. Congress für Psychologie. München 1896.
24. Vogt O. Zur Methodik der ätiologischen Erforschung der Hysterie. Ztschr. f. Hypnot. Bd. VIII, str. 65.
25. Vogt O. Normalpsychologische Einleitung in die Psychopathologie der Hysterie. Zeitschr. f. Hypnot. Bd. VIII, str. 208.
26. Hirschlaff L. Kritische Bemerkungen über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Hypnotismus. Zeit. f. Hyp. VIII, str. 257.
27. Freud S. Die Sexualität in der Aetiologie. Wiener klin. Rundschau. 1898.
28. Schrenk-Notzing. Ein Beitrag zur psychischen und suggestiven Behandlung der Neurasthenie. Zeit. f. Hypn. Bd. II, str. 1.
29. Ringier. Einige Betrachtungen zur Suggestivbehandlung. Zeitschr. f. Hypnot. Bd. III, str. 237.
30. Van Renterghem et Van Eeden. Psychotérapie. Paris 1894.
31. Löwenfeld. Zur Lehre von den neurotischen Angstzuständen. Münch. medic. Wochensh. 1897, № 24, 25.
32. Bernheim. Hypnotisme, Suggestion, Psychotérapie. Paris 1891.
33. Corval. Suggestiv-Therapie. Zeitsch. f. Hypnot. Bd. I, str. 143.
34. Hirt. Ueber die Bedeutung der Verbalsuggestion für die Neurotherapie. Zeitsch. f. Hypnot. Bd. II, str. 287.
35. Wetterstrand O. Der Hypnotismus und seine Anwendung in der practischen Medicin. Wien und Leipzig 1891.
36. Dumontpallier. Heilung eines Falles von Chorea durch Suggestivtherapie. Zeitsch. f. Hypnot. Bd. II, str. 281.
37. Hilger. Zur Kasuistik der hypnotischen Behandlung der Epilepsie. Zeitschr. f. Hypnot. Bd. IX, str. 47.
38. Hirsch. Suggestion und Hypnose. Leipzig 1893.
39. Voisin. Emploi de la suggestion hypnotique dans certaines formes d'aliénation mentale. Paris 1897.
40. Tokarsky A. De l'application de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales. Comptes-rendus du XII Congrès International de Médecine. Volume IV, premiere partie str. 316.
41. Rybakow. Znaczenie hypnotyzmu w terapii zaburzeń umysłowych (po ros. Żurnal]newropatologii i psychiatrii imienia Korsakowa № 1—2. 1902 r.)
42. Inhelder. Ueber die Bedeutung der Hypnose für die Nachtwachen des Wartpersonals. Zeitschr. f. Hypn. Bd. VII, str. 201.
43. Rieg. Alkoholicy i leczenie ich za pomocą hypnotyzmu (po ros. Żurnal i t. d. imienia Korsakowa 1902, № 1—2).
44. Wetterstrand O. Die Heilung des chronischen Morphinismus, Opiumgenusses, Cocainismus und Chloralismus mit Suggestion und Hypnose. Zeitsch. f. Hypnot. Bd. IV. str. 9.
45. Schrenk Notzing. Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtsinnes. Stuttgart 1892.
46. Krafft-Ebing. Psychopatia sexualis. Stuttgart 1898.
47. Forel. Die Heilung der Stuhlverstopfung durch Suggestion Zeitsch. f. Hypnot. Bd. II str. 55.

48. Bérillon. Unstillbares Schwangerschaftserbrechen mit Erfolg durch Suggestion behandelt. *Zeit. f. Hypn.* Bd. II, str. 275.
49. Brügelmann. Psychotherapie und Asthma. *Zeit. f. Hypn.* Bd. II, str. 84.
50. Liébeault. *La thérapeutique suggestive.* Paris 1891.
51. Brunnberg Tyko. Den Hypnotiska Suggestionen och dess Användning vid Menstruations Rubbingar. Upsala, refer. *Zeitsch. f. Hypn.* Bd. I, str. 434.
52. Cullère. L'incontinence d'urine et son traitement par suggestion. *Arch. de Neurol.* 1886 N° 7.
53. Bérillon. Die psychische Behandlung des nächtlichen Bett-nässens. *Zeit. f. Hypnot.* Bd. II, str. 322.
54. Janet. Les troubles psychopatiques de la miction. Paris. 1890.
55. Ringer. Zur Redaction der Suggestion bei Enuresis nocturna. *Zeit. f. Hypnot.* Bd. VI, str. 150.
56. Mosso Angelo. Die Temperatur des Gehirns 1894.
57. Bernheim. De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. Paris 1886.
58. Krafft-Ebing. Ein experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus, nebst Bemerkungen über Suggestion und Suggestionstherapie. Stuttgart 1893.
59. Preyer. Der Hypnotismus. Leipzig und Wien 1890.
60. Bauer. Aus der hypnotischen Poliklinik des Herrn Prof. Forel in Zürich. *Zeit. f. Hypnot.* Bd. V, 31.
61. Bertschingier. Ein Fall von Anämie durch Hypnotismus geheilt. *Zeitsch. f. Hypnot.* Bd. II, 355.
62. Ringer. Zur Behandlung der Bleichsucht. *Zeitsch. f. Hypnot* Bd. II, 317.
63. Grossmann. Die Erfolge der Suggestionstherapie (Hypnose) bei organischen Lähmungen und Paralysen. *Zeit. f. Hypn.* Bd. III, str. 54.
64. Starck. Heilerfolge durch Hypnotismus. *Münch. medic. Wochenschrift.* 1896. N° 32.
65. Grossmann. Die hypnotische Suggestion bei der Reposition und Nachbehandlung von Knochenbrüchen und Verrenkungen. *Zeitsch. f. Hypnot.* Bd. II, str. 198.
66. Delboeuf. Origine des effets curatifs instantanés de l'hypnotisme sur les maladies chroniques. *Revue de l'hypnotisme* 1888, N° 3.
67. Schrenk-Notzing. Eine Geburt in der Hypnose. *Zeitsch. f. Hypn.* Bd. I, str. 49.
68. Tatzel. Eine Geburt in der Hypnose. *Zeitsch. f. Hypnot.* Bd. I, str. 245.
69. Bonjour. Neue Experimente über den Einfluss der Psyche auf den Körper. *Zeitsch. f. Hypnot.* Bd. VI, str. 146.
70. Botkin. Principy Psychoterapii. Moskwa 1897.
71. Van Elden. Die Grundzüge der Psychotérapie. Congress. für experiment. Psychologie in London 1892.
72. Van Renterghem. Liébeault et son école. *Causeries* IV. *Zeitsch. f. Hypnot.* Bd. VI, str. 11.
73. Paçkevitch. L'hypnotisme en face de la loi de certains pays.

Comptes. rendus du XII Congrès intern. de médecine à Moscou. Volume IV par 1, str 688.

74. Eulenb urg. Die Bedeutung der hypnotischen Suggestion als Heilmittel. Zeitsch. f. Hypn. Bd. II, str. 294.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

400. Keen. **Mięsak klatki piersiowej.** (Transactions of the amer. surg. assoc. 1901.)

Przypadek dotyczył 25 letniej murzynki, u której w trzy miesiące po otrzymanym urazie zaczął wyrastać guz w okolicy prawej łopatki. Po upływie jeszcze sześciu miesięcy nowotwór o wymiarach znacznych szerzył się po całym niemal boku prawym, t. j. na przetrzeni od m. erector trunci aż do brzegu sutki, od 5-go do 11-go żebra. W przebiegu operacji wykrojono płat skórno-mięśniowy z podstawą zwróconą do kręgosłupa, poczem rozcięto żebra w częściach zdrowych, nie uszkodziwszy opłucny. Gdy w sposób ten obkrajano guz dokoła, za jednym zamachem wycięto tenże nożycami wraz z przyległym listkiem opłucny, skutkiem czego powstał brak w stosunku 18:12 ctm. Ponieważ zapaść płuca wystąpiła bezzwłocznie, operujący pochwyił to ostatnie i przyszył do brzegów rany, poczem płat odprowadził na miejsce właściwe. W ciągu pierwszych dni po operacji chora gorączkowała na skutek zakażenia przez gronkowce, przyczem dokonane w tym okresie kilkakrotne badanie krwi wykryło wzmożoną w tejże ilości kulek białych (leukocytów). Operowanej zastrzykiwano sześć razy surowicę przeciwpaciorkowcową (po 10,0) i zabiegom tym K. przypisuje głównie następczy zwrot pomysłny. Mięsak zawierał przeważnie komórki wrzecionowate. Po upływie siedmiu miesięcy operowana jeszcze była wolną od nawrotu.

K. Niedzielski.

401. v. Leyden, Kirchner, Wutzdorff, v. Hansemann i Meyer. **Sprawozdanie z prac zbiorowych komisji, powołanej do badań nad rakiem.** (Klinisches Jahrbuch. Jena. 1902.)

W sprawozdaniu tem ogłoszono tylko wynik prac przygotowawczych, przyczem autorzy zastrzegają się zaraz na wstępie, że istoty rzeczy dotąd nie rozstrzygnęli, bynajmniej. Jakoż wiązanka przytoczonych faktów obraca się przeważnie w sferze wykazów statysty-

cznych; w obec jednak niezwykle trudności, jakie nastęrcza odróżnianie prawdziwych źródeł od błędnych, otrzymywane cyfry w części tylko posiadać mogą wartość ogólniejszą.

Już sama tylko odpowiedź na pytanie, czy nowotwory rakowe w wielkich miastach zauważa się częściej, niż po wsiach, nie jest wcale łatwą. O ile widać z wykazów dotychczasowych, kobiety, mieszkające w miastach, zapadają na raka częściej od włóścianek, co zaś do mężczyzn, rzeczy mają się tu odwrotnie. Czy jednak wniosek taki ściśle odpowiada prawdzie, dowiodą dopiero badania dalsze. Również w chwili obecnej przedwczesnem byłoby orzekać, czy odsetka śmiertelności od raka w jednej i tej samej okolicy bywa stałą. Nie przesądzając sprawy, w braku dowodów niezbitych, autorowie oświadczają się za pasorzytniczem pochodzeniem raka. Dziedziczność nie odgrywa roli zbyt wybitnej (9,8%); wśród mężczyzn niemal $\frac{3}{4}$ ogólnej spostrzeżeń ilości dotyczyły zajęcia przez nowotwór kanału pokarmowego łącznie z odbytnicą. Z możliwością zarażenia się należy liczyć się na seryo i moment ten przyczynowy stwierdzono w 14,3% ogółu chorych. Autorzy mniemają jednak, że cyfra ta jeszcze jest zbyt niską, często bowiem, w obec przewlekania się sprawy chorobowej, i pacjent i lekarz tracą z oczu źródło zakażenia.

Z otrzymanego z mozołem niesłychanym materiału statystycznego wynika, że w r. 1900 zanotowano w cesarstwie niemieckiem 12.153 przypadków raka, z tych chorych było 4.439 mężczyzn, gdy reszta — 7714 dotyczyła kobiet. W pracy znajdujemy niezliczone mnóstwo tablic i odtworzeń graficznych, omawiających stosunki miejscowe, rodzaj najwcześniej zajętych narządów, okres trwania choroby, kwestyę przerzutów, dziedziczności, zarażenia się, dane wreszcie, dotyczące osobnika samego: jego zajęcia, stanu i t. p. Na zakończenie dołączono relacyę komitetu, zawiązanego dla tychże badań w Holandyi, nie różniącą się jednak niczem, bardziej istotnem, od referatu badaczy niemieckich.

K. Niedzielski.

402. **Sherman.** **Zeszywanie ran serca.** (Journ of the amer. med. assoc. VI. 1902.)

Autor zestawia wszystkie dokonane dotąd operacye nakładania szwu na serce od r. 1896-go u ludzi. Przypadków takich było już 34; wyzdrowienie otrzymano w 13. Na stole operacyjnym zmarło 5, z upływu krwi, wkrótce po rękoczynie, 10, w pozostałych 6 spostrzeżeniach zejście niepomyślne nastąpiło na skutek zakażenia rany.

Omawiając rozwój chirurgii serca, dr. S. przytacza szereg doświadczeń własnych, które wykonał na psach. Obnażenie serca u zwierzęcia tego, bez uszkodzenia opłucny, jest niezwykle trudnem; to zaś ostatnie wywołuje zawsze wyniki niepomyślne, niezbędnem więc jest wytworzenie, za pomocą przecięcia tchawicy, oddechu sztucznego. Dalej, ponieważ chwywanie mięśnia sercowego w kleszczyki odbija się bardzo niekorzystnie na jego działalność, lepszymi są pętle z podwiązek. Zranień dokonywano tylko na komorze lewej, szew nakładano

powierzchnowy i głęboki, przyczem zabieg ten w okresie rozkurczu najczęściej stawał się niemożliwym do wykonania. Za najodpowiedniejszy uważa autor szew węzłkowy, węzłki bowiem pogłębiają się w tkankach nader prędko pod skrzepem gładkim. Szew głębszy jest lepszy od powierzchniowego; wkłuwanie igły w mięsień serca i przeciąganie przez jego jamę podwiązki, czemu towarzyszy zawsze powstanie małego, szybko gęstniejącego skrzepu, znoszonem jest bezkarnie. Do szycia należy używać igły mocno zakrzywionej, wymiarów średnich. Wszystkie szwy udatne wywoływały natychmiastowe zatrzymanie się krwotoku.

Pomimo najstaranniejszego przygotowywania psów do operacji i używania materiału ściśle bezgnilnego, zdechły wszystkie, poddane próbom, zwierzęta. Tę tak małą odporność w obec infekcyi wytłumaczyć można budową opłucny i osierdzia, nie posiadających żadnych kieszeni ani zatok, do których ropienie mogłoby się ograniczyć lub tamże otorbić, jak to widzimy nieraz na otrzewnie; nadto, skutkiem ciągłego poruszania się, którego opanować niepodobna, wytwarza się warunki, nader dogodne do dalszego rozszerzenia zarodków. Zakładanie drenu do osierdzia i opłucny, z łatwej do zrozumienia przyczyny niewykonalne u zwierząt, u ludzi stosuje się z łatwością i pożytecznym jest bardzo.

K. Niedzielski.

403. **Mauclaire.** Zmiażdżenie klatki piersiowej w wymiarze przedni-tylnym, powikłane stłuczeniem serca. Zbadanie osierdzia drogą przez przeponę. (Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris. Année XXVII. Nr. 3).

Dr. M. zmuszonym był w kilku przypadkach torować sobie drogę do serca bądź celem dokonania masażu tego narządu, raz jeden—na skutek rany klutej opłucny i osierdzia, raz—w przypadku, o którym mowa w tytule. Niebezpieczeństwo powstania odmy powietrznej daje się zażegnać najlepiej, prowadząc cięcie, zgodnie z metodą Larrey'a, od strony brzucha, t. j. na przeponie, u podstawy worka sercowego. Po przytoczeniu dokładnego obrazu anatomicznego co do stosunku worka sercowego względem przepony i mostka autor podaje kierunek cięcia przepony; cięcie to zaczyna się w odległości 3 ctm. po za prawym brzegiem mostka i kieruje—na lewo nieco i ku tyłowi, przyczem ostrze noża trzyma się zwrócone ku ścianie przedniej klatki piersiowej, by ominąć wierzchołek serca. Zabieg ten wypadaloby, zdaniem autora, stosować w przypadkach: 1) pęknięcia serca—dla usunięcia wylewu krwawego, w obec tego rodzaju 2) drążących ran klatki piersiowej, gdzie jest prawdopodobnem zdraśnięcie w mowie będącego narządu; dalej, w 3) przypadkach zranień nadbrzusza, przebiegających w kierunku serca, 4) celem usunięcia ciał obcych, igieł np., ze szczytu serca lub 5) rozwikłania zrostów i złepów błon osierdzia.

K. Niedzielski.

404. R. Park i T. Cullen. **Przyczynek do sprawy pochodzenia raka.** (Transactions of the surg. assoc. 1901).

Badania autorów, dokonane w pracowni w uniwersytecie w Buffalo, nie rozwiązały, wprawdzie, kwestyi etyologii raka, w każdym jednak razie, odnajdujemy w nich rzeczy, nie pozbawione interesu. Wykryto, mianowicie, w nowotworach rakowatych małe, kuliste twory (ciałka), nader podobne do komórek tłuszczowych; domniemalne „pasorzyty“ te istnieją, jakoby, w wielkiej ilości w świeżych nowotworach, gdy na przekroju spostrzegano kulek bardzo mało. Park mniema, że t. z. tłuszczowe zwyrodnienie raka w znacznym zależy stopniu od obecności tych ustrojów, o próbach jednak, zmierzających do otrzymania z nich hodowli, wyraża się bardzo ogólnikowo. W kroplach zawiesiny miano stwierdzić niejaki tworów tych własności biologiczne. Dalej przytoczone jest sprawozdanie 72 dokonanych na zwierzętach doświadczeń: zaszczipiano świniom ciecz otrzewnową chorych na raka i po 50 mniej więcej dniach u zwierząt tych stwierdzano obecność rozrostów rakowatych; w dwa razy krótszym przeciągu czasu otrzymywano wynik tenże po przeniesieniu szczepionki ze świń zakażonych na zdrowe. Metoda szczepienia nie była tu, zresztą, wolna od zarzutu, gdyż nie wykonywano doświadczeń z hodowlami czystymi. Sam też Cullen uważa etyologię raka jako niejasną jeszcze zupełnie.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

405. **Ovariotomia sub graviditate.**

Na mocy licznej kazuistyki, na którą się złożyło 148 przypadków (z tych 12 przypadków wziętych z kliniki L. Landau'a.) Orgler (Archiv für Gynäkologie Bd. LXV, Hft 1) wyciąga wnioski statystyczne w kwestyi owaryotomii podczas ciąży.

Określiwszy odsetkę śmiertelności na 2,7%, a ilość poronień, spowodowanych przez operację, na 22,5%, autor zaznacza, że małą stosunkowo śmiertelność przypisać należy ulepszonej technice i aseptryce, odsetkę zaś poronień się nie zmieniła i zgadza się z cyfrą dawniejszej statystyki. Odnośnie terminu operacji autor zgadza się z poglądem Fehling'a, że im wcześniej przystępuje się do operacji, tem rzadziej następuje poronienie, gdyż im mniejszą jest macica, tem łatwiej można się ustrzedz jej uszkodzenia.

Korzystając ze sposobności, pozwolę sobie przytoczyć 3 podobne przypadki, które obserwowałem o oddziale ginekologicznym D-ra Neugebnera w szpitalu Ewangelickim, w Warszawie. Wszystkie 3 przypadki miały zupełnie odmienne zejście.

I. Julja C., 1-ródka, 27 lat wieku licząca, od 3 lat zamężna, wstąpiła do szpitala w dniu 21 lipca 1896 roku. Chora zaczęła mieszaćkować w 14 roku życia, przed 1½ rokiem sponte urodziła dzie-

eko donoszone; obecnie znajduje się w 3¹/₂ miesiącu ciąży. Od 6 miesięcy objętość brzucha znacznie się powiększyła, a w ostatnich czasach chora doznawała częstych kolek w podbrzuszu.

Rozpoznano „cystoma aut ovarii aut parovarii dextri sub graviditate“. Laparotomia, dokonana dnia następnego, ujawniła, iż była to torbiel przyjajnika prawego, z której trójgranicem wypuszczono kilka litrów płynu surowiczego. Guz usunięto, podwiązawszy jego szypułę, przyczem jajowód prawy i jajnik prawy zostały nietknięte. Chora wypisała się w dniu 5 sierpnia r. b. Cięża doszła do końca i chora urodziła w swoim czasie (przy pomocy kleszczy) płód żywy i donoszony.

II. Natalia W., VI-para, w wieku lat 30, jedenaście lat za mężem, zapisała się do szpitala 8 września 1897 roku. Pierwszy peryod w 16 roku życia. Rodziła 5 dzieci żywych, donoszonych; pierwszy i trzeci poród był kleszczowy. Czwooro dzieci żyje. Przed 9 miesiącami (w styczniu) urodziła przedwcześnie w VII miesiącu ciąży płód nieżywy. Po tym porodzie przedwczesnym peryod zjawiał się 4 razy. Obecnie chora jest od 3 miesięcy w ciąży. Od 8 miesięcy chora zauważyła powiększanie się stopniowe objętości brzucha, a od 4 tygodni doznaje silnych bólów w podbrzuszu.

Rozpoznano „cystoma ovarii dextri sub graviditate“. 10 września dokonano owaryotomii. Była to torbiel prawostronna, wielokomorowa, kolloidalna, o skręconej szypule, wielkości główki noworodka. Sciany worka były już zmartwiałe wskutek skręcenia szypuły. Najajutrz po operacji t. j. w dniu 11 września chora wieczorem poroniła trzymiesięczny płód zgniły. 23 września wypisała się do domu.

III. Tania G., w wieku lat 22, od 4 miesięcy zamężna, zapisała się 7 maja 1902 r. Pierwsza miesiączka w 15 roku życia, powtarzała się regularnie co 4 tygodnie i trwała przez 5 dni, bez bólów. Obecnie chora skarży się na ciągłe bóle w podbrzuszu; od 3 miesięcy niema peryodów.

Rozpoznano „tumor ovarii dextri sub graviditate o długiej szypule“.

W dniu 10 maja dokonano laparotomii i wycięto dwie typowe torbiele skórzakowe i prawostronną dużą, zawierającą oprócz tłuszczu zęby, włosy i kilka fragmentów kostnych, i lewostronną mniejszą, zawierającą tylko tłuszcz i włosy. Szypuła torbieli prawostronnej była skręcona 2¹/₂ razy dokoła osi. Przebieg pooperacyjny był pomyslny. Chora pojechała do domu (do Białegostoku) w dniu 2 czerwca, przyczem cięża nie została przerwana. Potocznie dowiedzieliśmy się, że w 5 tygodni po operacji chora poroniła w domu (Czy poronienie miało związek z operacją?) Dany przypadek zasługuje na uwagę jeszcze i z tego względu, że pomimo istnienia torbieli skórzakowych w obu jajnikach chora zaszła w ciążę.

Zastanawiając się nad kwestyą terapii wyczekującej i nad ewentualnem niebezpieczeństwem, grożącym i matce i płodowi, Orgler powołuje się na zdanie Jetter'a, że w 17% przypadków występuje

poronienie; Litzmann zaś upewnia, że porody w 82% przypadków przyjmują przebieg patologiczny.

Następnie należy wziąć jeszcze pod uwagę niebezpieczeństwo, na jakie narażoną jest matka w ciąży, podczas aktu porodowego, a w szczególności w okresie połogowym. Berkoly (Centr. für Gynäk. 1902, № 27, str. 738) opisuje przypadek śmierci w kilka dni post partum, spowodowanej przez pęknięcie torbieli jajnika sub partu.

Wreszcie Orgler skłania się do poglądu Pfannenstich'a, który radzi bezwarunkowo operować każdy guz jajnika w ciąży, i nie podziela zdania Fehling'a, który szuka wskazania do operacji w istniejących już powikłaniach (skręcenie szypuły guza, uwięźnięcie guza w miednicy małej, prędko rozrost guza).

Ponieważ guzy jajnika, w miarę swojego rozwoju, mogą same przez się spowodować wczesne obumarcie płodu, poród przedwczesny lub poronienie (jak to miało miejsce w II przezemnie opisanym przypadku), mogą spowodować bóle wskutek skręcenia szypuły guza i następujących spraw zapalnych i stanowić w okresie porodowym przeszkodę mechaniczną, której ogrom z góry nie da się przewidzieć, to, mojem zdaniem, lepiej jest usuwać te guzy w okresie wcześniejszym ciąży.

M. Warszawski.

406. Prof. Stroganow. **Kolpeuryza wewnątrzmaciczna** (metreuryza). (Russkij Wraez 1902 № 7 i 8).

Na powyższy temat autor wypowiedział odczyt na kongresie lekarzy rosyjskich w Moskwie i przyszedł do następujących wniosków:

1) Metreuryza należy do rękoczynów więcej skomplikowanych aniżeli wprowadzenie bougies do macicy.

2) Metreuryza sprzyja embolii powietrznej, zmienia położenie płodu, odsuwając część przodującą.

3) Metreuryza znakomicie wywołuje skurcze maciczne, lub też już istniejące bóle wzmacnia.

4) Metreuryza prędko rozszerza szyję i ujście macicy.

5) Rozszerzenie postępuje fizyologicznie bez stosowania pociągania. Przy użyciu pociągania rozszerzenie macicy traci charakter fizyologiczny.

6) Metreuryza znakomicie zastępuje przedwcześnie pęknięcie pęcherz płodowy przy położeniu poprzecznym płodu.

7) Metreuryza działa przez drażnienie powierzchni wewnętrznej macicy.

8) Metreuryza wskazana jest w sztucznie wywoływanych porodach przedwczesnych, jeżeli istnieje wskazanie do prędkiego ukończenia porodu.

9) W porodach normalnych metreuryza może odpowiednio przygotować drogi rodne i stosuje ją się wtedy, kiedy z powodu choroby ro-

dzącej lub stanu niebezpiecznego płodu należy prędko poród zakończyć.

10) W eclampsia i placenta praevia użycie kolpeurynteru musi być bardzo ograniczonym.

11) Metreuryza może zapobiedz uciskowi sznura pępkowego, usuwając głowę z miednicy.

W ożywionej dyskusji zabrali głos:

Jakub stosował metreuryzę przeważnie w celu wywołania sztucznego porodu przedwczesnego, począwszy od 7 miesiąca ciąży i nigdy nie miał żadnych powikłań (embolia powietrzna, podwyższenie ciepłoty ciała). Kolpeurynter najskuteczniej wywołuje bóle porodowe.

Mironow zwraca uwagę na powikłania nieprzyjemne przy wprowadzeniu kolpeurynteru: 1) pozostająca nazewnierz organów płciowych rura kolpeurynteru ułatwia inwazyję pasożytów do jamy macicy, 2) ani drogą mechaniczną ani chemiczną kolpeurynter nie może być absolutnie wyjałowionym. M. widział dużo przypadków zakażenia śmiertelnego po sterylizacji kolpeurynteru (gotuje kolpeurynter przez 15 minut). W celu wywołania porodu autor proponuje elektryzację wewnątrzmaciczną.

Sołowiew przez 3 lata stosował kolpeurynter w klinice akuszeryjnej w Moskwie i zawsze z dobrym wynikiem. Na 2500 porodów, w 150 przypadkach skutek okazał się pomyślnym.

Kalabin powiada, że po użyciu prądu stałego w celu wywołania porodu sztucznego powstaje strup, który odpada na drodze zapalenia demarkacyjnego. Oprócz tego prąd stały działa w sposób chemiczny na sam płód.

Iwanow używa kolpeurynteru Champetier'a de Ribes w celu rozszerzenia szyi macicznej, przepuszczającej 3 palce, jeżeli bóle porodowe ustały. Uchylenie główki, spowodowane przez kolpeurynter, można naprawić za pomocą kleszczy.

Siergiejew sądzi, że metreuryza może mieć zastosowanie i w zaśniedziału.

Fawr jest zdania, że już 200 ctm. (nie 600—700 ctm.) wody, wpuszczonej do kolpeurynteru, wystarczy do osiągnięcia celu pożądanego i zmniejsza szanse powikłania.

Fenomenow daje pierwszeństwo metreuryzie przy wywołaniu porodu przedwczesnego. Oprócz tego metreuryza okazuje się zbawienną w porodach patologicznych: a) przy położeniu poprzecznym płodu, kiedy pęcherz przedwcześnie był pękł, kolpeurynter zatyka otwór macicy, wstrzymując resztę wód płodowych, b) przy placenta praevia. Do stron dodatnich autor zalicza to, że można dozować metreuryzę, wlewając do kolpeurynteru rozmaite ilości wody.

Rein uważa metreuryzę za znakomity środek pomoeniczy w położnictwie. Przed 10—20 laty wszelkie operacje akuszeryjne mogły być stosowane tylko w drugim okresie porodu. Okres pierwszy porodu był przeważnie noli me taugere. W metreuryzie zyskałszy nowy środek skuteczny na skrócenie pierwszego okresu porodowego bądź przez przyspieszenie procesu fizyologicznego, bądź przez

stosowanie operacji akuszerskich. Oprócz tego metreuryza jest środkiem wyborym w celu wywołania porodu przedwczesnego. Z drugiej strony metreuryza może spowodować w niektórych przypadkach powikłania niebezpieczne. Dla tego też Rein zaleca zachowanie należytej ostrożności w stosowaniu metreuryzy.

W końcu zabrał jeszcze głos Stroganow, który powiada, że na mocy literatury nie można już więcej rozszerzyć zakresu stosowania metreuryzy. Przy eklampsji autor nie stosuje metreuryzy, ponieważ nie widywał dobrych skutków. Nie zgadza on się również ze zdaniem Fenomenowa o szerokiem stosowaniu metreuryzy w placenta praevia, albowiem trudno jest przy placenta praevia centralis dostać się do pęcherza płodowego, przerwać go i wprowadzić kolpeurynter. Przy tej manipulacji łożysko może się przedwcześnie odkleić i spowodować silny krwotok. W niektórych przypadkach placentae praeviae można powstrzymać krwotok, przerywając pęcherz płodowy, lub też tamponując pochwę gazą jodoformową lub kolpeurynterem.

M. Warszawski.

407. D-r R. Gradenwitz. **Tetanus po iniekcji żelatyny.** (Centralblatt für Gynäkol. 1902 Nr. 37, p. 966.)

W celu tamowania krwotoków w ostatnich czasach stosowano z dobrym skutkiem żelatynę bądź miejscowo bądź też w postaci wstrzykiwań podskórnych. Nie przewidziano jednak niebezpieczeństwa, mogącego powstać od użycia tego środka trudno odkażającego się. Tymczasem namnożyło się już w literaturze 7 przypadków tęcza, spowodowanego przez wstrzyknięcie żelatyny; do tych siedmiu autor podaje swoje ósme spostrzeżenie:

54-letnia wdowa dotknięta rakiem wrzodziejącym części pochwowej i już silnie wykrwawiona dostała w dniu 23 czerwca tak silnego krwotoku, że tamponacja okazała się bezkuteczną. Postanowiono wstrzyknąć podskórnie roztwór żelatyny i w tym celu w aptece przefiltrowano najlepszą żelatynę i poddano ją godzinnej sterilizacji. Przy zachowaniu ścisłej aseptyki wstrzyknięto 100 ctm. 2% roztworu o temperaturze 37°C w okolicę podbojczykową lewą; bóle były minimalne i natychmiast ustąpiły. W kwadrans po wstrzyknięciu krwotok zupełnie i bezpowrotnie ustał. Temperatura, która przed wstrzyknięciem wynosiła 38,2°, a popołudniu po iniekcji 38,5°, podskoczyła nazajutrz do 39,7°, lecz potem spadła do normy. 26 czerwca skonstatowano nacieczenie dookoła miejsca wstrzyknięcia, bez widocznego stanu zapalnego. W dniu 27 czerwca mocz był mętny, z odczynem alkalicznym, i zawierał białko. Nagła przymieszka ropy w moczu świadczyła o pęknięciu wrzodu rakowatego do pęcherza; chorej podano coffeinę.

28 czerwca zauważono w centrum infiltratu poczynające się rozmięczenie wielkości wiśni. Przykładano kataplazmy w celu przyspieszenia ropienia. Na noc podano chorej 1,0 trionalu. 29 czerwca o god. 6-ej rano po przebudzeniu się chora nie mogła ust otworzyć.

W tej chwili wystąpił szczykościsk (trismus); chora dostała szprycę morfiny (0,01) pod skórą. O godzinie 9-ej autor przeciął zropiałe miejsce i w ropie znalazł bakterye typowe dla tężca. Autor niezwłocznie wstrzyknął w okolicę małego ropnia, 100 jednostek surowicy przeciwtężcowej Behring'a. Pomimo kilku dawek chloralu wystąpił opistotonus, i o godzinie 6-ej popołudniu nastąpiła śmierć, nie poprzedzona przez drgawki, w 12 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów i w 9 godzin po wstrzyknięciu surowicy (antitoksyny).

Autopsia ujawniła: myodegeneratio adiposa. Atrophia fusca. Brouchitis purulenta. Tuberculosis recens et induratio apicis dextri, Pleuritis exudativa sicca dextra, Pleuritis adhacsiva circumscripta duplex. Abscessus parvus regionis subclaviae. Carcinoma uteri exulceratum perforans in vesicam. Carcinoma metastaticum lymph. gland. retroperit. Carcinoma metastaticum renum utriusque.

W danym przypadku sprawdziło się działanie haemostatyczne żelatyny, pod skórę wstrzykniętej, gdyż krwawienie nie powtórzyło się więcej, natomiast autor robi zarzut, że żelatyna nie była dostatecznie odkażoną. Dłużej czekać nie można było, gdyż chorej groziła śmierć od krwotoku.

Jednocześnie była stosowaną żelatyna w ten sposób preparowana i z tej samej apteki sprowadzona, w przypadku morbus maculosus Werlhoffii na oddziale chorób skórnych. Wstrzyknięto 20 ctm. 5% rozczynu żelatyny w pośladki. Bezpośrednio przed myciem jeszcze ran sterylizowano przed godziną rozczyzn przez gotowanie. Chodziło o 20 letniego piekarczyka, dotkniętego powyższem cierpieniem, które trwało uporeczywie; kiedy pomimo energicznej terapii (preparaty salicylu, chininy, arseniku) wystąpiły na skórze nowe wybroczyny krwawe, zdecydowano się wstrzyknąć żelatynę. W 24 godziny po iniekcji temperatura podskoczyła do 38,4°. Miejscowo skonstatowano na 3—6 dzień nieznaczny infiltrat nieco wrażliwy na ucisk, bez jakichkolwiek objawów zapalnych. Temperatura nazajutrz spadła do normy, ale w ciągu pierwszych 12 dni spostrzegano podwyższenie ciepłoty do 38,2°, jakkolwiek chory przedtem wcale nie gorączkował. W celach profilaktycznych wstrzyknięto choremu 20 jednostek (2,5 ctm.) surowicy Behring'a w bliźkości miejsca iniekcji żelatyny. Po 5 dniach powtórzono tę samą dawkę, ponieważ nasilenia temperatury w dalszym ciągu trwały. Po wstrzyknięciu antitoksyny nie zauważono ani miejscowych ani ogólnych objawów. Nie było znacznego podskoku temperatury, a mocz był bez białka. Iniekcya żelatyny była bezskuteczną, gdyż w kilka dni potem wystąpiły nowe erupeye krwawe.

Trudno powiedzieć, czy i w danym przypadku nie wystąpiłby tężec, gdyby nie wstrzyknięto antitoksyny. Należy wszakże przypuścić że wtórna jednogodzinna sterylizacya żelatyny z ledwością zniszczyła zarodki tężca. Zresztą trudno sprawę przesadzać, gdyż osobie odporniejszej wstrzyknięto tylko połowę dawki poprzedniej. W przyszłości należy robić doświadczenia z żelatyną zupełnie odkażoną i wypróbowaną na zwierzętach (Merck'a), aby właściwie ocenić hemostatyczne własności żelatyny. Życzyć by sobie należało,

aby wyrabiano idealną, wolną od zarodków teżca żelatynę, która w pierwszym przypadku należy się ujawniła siłą hemostatyczną.

M. Warszawski.

III. Choroby krtani, gardła i uszu.

408. **K a y s e r.** **O ropniach pozagardzielowych.** (Sammlung zwangloser Abhandlungen etc. etc. Red. Bresgen. T. VI, Nr 10, 1902, str. 305—312.)

Ropnie pozagardzielowe należą do cierpień rzadkich, u dzieci zaś zdarzają się dość często. Siedliskiem ich jest luźna tkanka komórkowa między tylną powierzchnią błony śluzowej gardzieli i szyjową częścią kolumny pacierzowej. W tem miejscu, mniej więcej na wysokości pierwszego kręgu szyjowego, znajdują się jeden lub dwa gruczołki limfatyczne, t. z. gardzielowe, na wysokości zaś drugiego kręgu szyjowego w pobliżu linii środkowej znaleźć można niewielki pęczek gruczołków, t. z. pozagardzielowych.

Wszelkie zapalenia jamy nosogardzielowej lub migdałów spowodować mogą obrzmienie jednych i drugich gruczołków, jeśli zaś sprawa zapalna w nich przechodzi w ropienie, natenczas tworzy się ropień pozagardzielowy.

Na 15 przypadków ropnia, które autor obserwował, na dorosłych przypada tylko trzy, reszta zaś dotyczy dzieci w 2-im roku życia.

Odra, szkarlatyna i inne ostre choroby zakaźne mają niewielki wpływ na tworzenie się ropni tego rodzaju, gruźlica daleko częściej, lues zaś w oddzielnych tylko przypadkach.

Oprócz tego samoistnego ropnia pozagardzielowego zdarzają się również i opadowe, szczególnie w zgorzeli (spondylitis) górnych kręgów szyjowych i w ropieniu z ucha środkowego, kiedy ropa przedziurawia wyrostek sutkowy.

Trzecią i najrzadszą przyczyną ropni jest obrażenie tylnej ściany gardzieli.

Dyagnoza zazwyczaj jest łatwą. Pierwszym objawem jest trudność w oddychaniu, przyczem dzieci mają usta otwarte i mocno chrapią. W pozycji leżącej oddech jest swobodniejszy, w stojącej duszność się wzmacnia (odwrotnie jak w wyrosłach adenoidnych). Głowa jest nieco naprzęta i odchyłona w tył, przyczem chorzy skarżą się na ból w gardle, szczególnie przy łykaniu. Gorączki poczęści brak, niekiedy tylko, w ciężkich przypadkach, przyjmuje ona charakter septyczny.

Badanie okiem gardła u dzieci nie daje rezultatu pozytywnego, dlatego należy uciec się do palpacyi, co w znacznym stopniu ułatwia dyagnozę. U dorosłych, przy głęboko leżących ropniach, badanie prowadzi należy za pomocą laryngoskopu lub t. z. autoskopii Kirstein'a.

Postępowanie lekarskie powinno być natychmiastowe i zasadzać się na przekłuciu ropnia ostrzem noża. Gdyby otwór się zasklepił, należy go rozszerzyć tępem narzędziem lub zrobić dość obszerne cięcie krzyżowe. Zwracać należy uwagę, aby przy dużych ropniach ropa

nie wylała się odrazu, dostać się może bowiem bardzo łatwo do dróg oddechowych, dlatego radzi się z początku zrobić niewielkie nacięcie, aby wydostać część tylko ropy, później zaś zaraz otwór rozszerzyć i wypuścić resztę.

Druga metoda operacyjna, zalecana przez Chiene'a, Burckhardta, Kramer'a i in., zasadza się na cięciu od strony szyi przed lub za m. sternocleidomastoideus włąb w kierunku ropnia. Ma ona swoje zalety, ale dotyczy tylko przypadków ciężkich.

Alfred Heiman.

409. Hölscher. **Ciała obce w przewodzie słuchowym zewnętrznym i postępowanie w tego rodzaju przypadkach.** (Sammlung zwangloser Abhandlungen etc etc. Red. Bresgen. T. VI, Nr 3, r. 1901, str. 74—91.)

Ciała obce w uchu zdarzają się najczęściej u dzieci, które przez zbytki wpychają je sobie do przewodu słuchowego, nie brak ich i u osób dorosłych, które przez forsowne manipulacje różnymi instrumentami, szczególnie dla oczyszczenia ucha od woszczku, odłamują nierazkro części tych przyrządów i tym sposobem wpadają one w głąb ucha. Dzięki swej budowie anatomicznej, ściany przewodu zewnętrznego ucha bardzo rzadko podlegają obrażeniom ze strony ciał obcych, części zaś głębsze ucha prawie nigdy. Objawów ciała obce w uchu po części zgoda nie dają żadnych i mogą tam pozostawać bez żadnej szkody całe lat dziesiątki. W niektórych zaś przypadkach stąd ni zowąd po kilku latach występują odrazu silne bóle ucha i przewodu zewnętrznego. W innych znówu występuje odruchowe podrażnienie ze strony nn. vagi i trigemini, jako kaszel i wymioty, które natychmiast przechodzą po usunięciu ciała obcego. W rzadkich przypadkach (P o l i t z e r, M a e l a g a n, R ü p p e r) spostrzegano epilepsyę, która także ustępowała niezwłocznie po wyjęciu ciała obcego z ucha.

O ile zupełnie bez szkody i bez niebezpieczeństwa jest pozostawanie ciała obcego w uchu, o tyle wysoce jest szkodliwym i niebezpiecznym nicniżejnie postępowanie w tego wodzaju przypadkach lekarzy nie—specjalistów. Według autora, lekarz wręcz powinien się przynąć, iż ciała obcego usunąć nie jest w stanie, zamiast czynić próby w celu wydobycia go różnymi nieodpowiednimi przyrządami (najczęściej pincetką), co w rezultacie prowadzi tylko do zranienia przewodu zewnętrznego i części głębszych, a po zatem wpechnięcia jeszcze więcej w głąb ucha tegoż ciała. Skaleczenie ścian przewodu zewnętrznego prowadzi często do silnego zapalenia i ropienia w uchu, a wpechnięcie ciała obcego do jamy bębenkowej i uszkodzenie jej ścian sprowadza powikłania ze strony mózgowia i zatok mózgowych. O ile były czynione próby w celu wydobycia ciała z ucha przez rękę niewprawną i nastąpiło obrzmienie przewodu słuchowego zewnętrznego, wstrzymać należy wszelkie rękooczny aż do zupełnego ustąpienia stanu zapalnego. Jeżeli występują objawy groźne i ciało obce usunięte być musi natychmiast, postępowanie lekarskie odbywać się musi przy zastosowaniu narkozy, szczególnie u dzieci. Pierwszy środek,

który zazwyczaj celu swego nie chybia, zasadza się na wielokrotnem przeszprycowaniu ucha wodą ciepłą. Jeśli w ten sposób ciało obce z ucha usunąć się nie daje, wtenczas dopiero użyć należy instrumentów specjalnych, jako to: haczyków, pętli i in. (nigdy pincetki), zależnie od tego, czy ciało jest twarde, lub miękkie. Gdy i te rękoczyny pozostają bez skutku, a objawy są groźne, przedsięwziąć należy operację odłuszczenia muszli, a często i oddłutowanie części przewodu zewnętrznego, aby tą drogą dostać się do ciała obcego.

A. Heiman.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

410. (jz) **Pneumonia.**

Talalmon podaje 50 przyp. zapalenia płuc włóknikowego leczonych kilkakrotnymi wstrzykiwaniami 20 ctm. surowicy przeciwbłoniczej. W 14% nastąpiła śmierć, podczas gdy przy stosowaniu innych metod leczniczych było 37% u starców i alkoholików. (Med. mod. str. 105).

411. (jz) **Apomorfina.**

Rabow zaleca apomorfine u chorych psychicznych. Po 5—10 minutach po zastrzyknięciu 3—10 mlgm. następują obfite wymioty, a następnie sen.

(Sądzimy, że ze środkiem tym należy być bardzo ostrożnym szczególnie w przypadkach stwardnienia naczyń, gdyż wywołuje podniesienie ciśnienia krwi i może

stać się przez to niebezpiecznym. *przyj. spr.*)

412. (jz) **Leukoplakia.**

Bockhard zaleca w tem cierpieniu następujące postępowanie: codziennie lub co 2-gi dzień smaruje miejsca przez chorobę zajęte balsamem peruwiańskim oraz zaleca 6—12 razy dziennie płukanie ust $\frac{1}{2}\%$ —3% roztworem soli kuchennej. Po $\frac{1}{2}$ —2 lat cierpienie znika. (M. f. Prakt. Derm. XXXIV).

413. (jz) **Morphinismus.**

Hofmann zaleca kamforę do wewnątrz z dodatkiem waldolu (10—15 kropel) u morfinistów. Stosując środek ten, otrzymał wyborne wyniki w wielu leczonych przez siebie przypadkach. (Ther. Monat. 7).

V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 7 października 1902 r.

I. Z. Endelman przedstawił przyrząd, służący do bezkrwawego rozszerzania wyjścia macicznego, t. z. dylatator Bossi'ego, oddając mu pierwszeństwo przed innymi, dotychczas znanymi. E. użył go raz z bardzo dobrym wynikiem.

II. Teodor Heiman przedstawił dziewczynkę 5-letnią, operowaną przez niego z powodu *zakrzepu zatoki poprzecznej lewej*, wy-

wolanego przez zapalenie ucha środkowego po szkarlatynie(?) z błonią gardła.

III. A. Landau odczytał ostatnią część swej pracy, której przedmiotem było ciśnienie osmotyczne krwi i moczu w poszczególnych stanach chorobowych, jako to: zapalenie nerek, niedomoga serca, miażdżyca tętnic, choroby gorączkowe, krwi i przemiany materii. Z wyników, jakie otrzymał prelegent na zasadzie swych badań, na szczególną uwagę zasługują następujące.

Podniesione ciśnienie osmotyczne krwi nie stanowi nieodłącznej cechy niedomogi nerek, zdarzają się bowiem przypadki, kiedy pomimo osłabionej działalności tych narządów ciśn. osmotyczne pozostaje normalnem lub nawet spada poniżej normy. Zjawisko powyższe zależne jest od zatrzymania przez krew wody, za czem przemawia zmniejszona zawartość we krwi azotu resp. białka i suchej substancyi.

Ciśnienie osmotyczne krwi w miażdżycy tętnic niekiedy podnosi się.

Opierając się na objawie powyższym oraz na wynikach badania kryoskopowego moczu, autor stwierdził w arteriosklerozie istnienie napadów niedostatecznej czynności nerek, napadów, przedstawiających analogię do dusznicy bolesnej i dychawicy sercowej.

Posiedzenie d. 21 października.

I. M. Gantz przedstawił przypadek wrodzonego braku prawego mięśnia zębatego przedniego (m. serratus anticus), prawych mięśni piersiowych wielkiego i mniejszego oraz kilku żeber z prawej strony. Przypadek dotyczy 55 letniego chorego.

Powstanie tego defektu łamaczy Ahlfeld zarośnięciem w tem miejscu owodnej, prowadzącem w następstwie do niedorozwoju żeber i t. z. bocznej szczeliny klatki piersiowej (fissura thoracica lateralis). Wskutek tego powstaje zrazu przepuklina płucna, która z czasem znika w miarę wciągnięcia płuca w głąb i zmniejszenia się otworu. Brak wymienionych mięśni łamaczy się brakiem chrząstki, od których owe mięśnie biorą początek.

II. Biro wygłosił rzeź p. t. „Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego istotne i wrzekome“.

Autor opisuje przypadek wrzekomego porażenia tego mięśnia i zestawia go z innym przypadkiem, również przez niego spostrzeganym, istotnego porażenia. B. nie znalazł w literaturze przypadku wrzekomego porażenia, bowiem przypadek Verhoagena, podawany przez niego, jako taki, B., uważa za przypadek istotnego porażenia; za analogiczny do swojego uważa B. przypadek Seeligmüllera z odstawianiem dolnego kąta łopatki. W przypadku Biry było duże odstawienie od tułowia brzegu łopatki wewnętrznego. Ten, wysoce charakterystyczny dla porażenia mięśnia zębatego przedniego, objaw nie był jednak w danym przypadku stałym, a występował tylko w pewnym położeniu ramienia, i to nie zawsze. Ową niestałość podnosi B., jako cechę znamiennej czynnościowej natury danego porażenia. Odstawianie brzegu wewnętrznego łopatki od tułowia w stopniu dużym jest charakterystyczne dla cierpienia mięśnia zębatego prze-

dniego. Jeżeli odstawianie to jest nieznaczne, potrzeba jednak jeszcze innych danych dla właściwego rozpoznania. Zaburzenia ruchowe mogą być nieznaczne, dzięki kompensacyi przez mięśnie sąsiednie. Pozornie najważniejsze zjawisko ruchowe tego cierpienia—niemożność unoszenia ramienia ponad linię poziomą—przestaje być objawem patognomicznym, gdyż do podźwignięcia ramienia powyżej poziomu mięsień zębaty prawie się nie przyczynia. Jeżeli zostały tylko zachowane pewne części mięśnia omawianego, to możliwym jest nawet uniesienie ręki do pionu. Przy znacznych porażeniach danego mięśnia spostrzegać się daje, jak to miało miejsce w drugim przypadku B., zanik mięśnia i zniesione oddziaływanie elektryczne. B. przeprowadza rozpoznanie różniczkowe pomiędzy porażeniem istotnym a wrzekomem mięśnia zębatego przedniego, a na zakończenie daje krótki przegląd krytyczny poglądów na etiologię, rokowanie i leczenie owych porażeń. Z momentów etiologicznych B. na pierwszym miejscu stawia uraz, dalej cierpienia zakaźne i przeziębienie. W sprawie rokowania należy mieć na uwadze fakt, że w porażeniu prawdziwym zdolność do pracy może być odzyskaną nawet w wypadku niepełnego wyleczenia. W leczeniu porażenia istotnego autor poza innymi metodami kładzie nacisk na znaczenie mechanoterapii dla wyćwiczenia mięśni zastępczych lub resztek mięśnia uszkodzonego.

W dyskusyi zabiera głos H. Landau.

Sądzi on, że przypadek B. nie da się porównać z przypadkiem opisanym przez Verhogen'a, bowiem ze wszystkich cech porażenia m. serrati antici—istniała w przypadku Biry tylko jedna, t. j. odstawianie wewnętrznego kąta łopatki od tułowia, i to tylko przejściowe; zaś brakowało jeszcze 2-ech cech, dotyczących nieprawidłowego ustawienia łopatki: zbliżenia dolnego kąta łopatki do kręgosłupa i uniesienia całej łopatki ku górze. Wobec tego nie można, zdaniem L., mówić tu wogóle o porażeniu, nawet wrzekomem, a raczej o nie-normalnem odstawianiu wewnętrznego brzegu łopatki. Należyte wytłumaczenie tego objawu jest istotnie dość trudne; odstawienie wewnętrznego brzegu łopatki zależy wogóle od przewagi pewnej grupy mięśni, przyczepiających się do wyrostka kruczego (proc. coracoideus): mm: coraco-brachialis, biceps i pectoralis minor; zdarza się ono dość często w warunkach normalnych u osób wychudzonych, o słabym rozwoju układu mięśniowego, zwłaszcza u dzieci; atoli wtedy bywa to zawsze obustronne, zaś w przypadku B. było jednostronne, zaś pozatem chory Biry nie przedstawiał oznak słabego rozwoju mięśni. Znaczna ruchomość łopatki w przypadku B. przemawiałaby również przeciw tłumaczeniu tego objawu, danemu przez B., jakoby zachodził tu skurez pomieniowych mięśni antagonistów.

Biro w odpowiedzi zaznacza, że, podając nową formę omawianego cierpienia, miał na względzie wykazanie, że mogą być popełniane rozmaite błędy rozpoznawcze, zaś pomiędzy innymi właśnie i błąd zaliczania do szeregu spraw porażenia mięśnia zębatego choroby, mocno je przypominającej, a które jednak nie jest porażeniem tego mięśnia. Tę sprawę pozwolił sobie B. nazwać porażeniem *mięśnia zębatego wrzekomem*.

III. Polański odczytał rzecz p. t. „*Fizyczna charakterystyka osób, dotkniętych gruźlicą, specjalnie gruźlicą płuc.*“

Po przytoczeniu przebrzmiałej już dziś teorii bakteriologicznej powstawania gruźlicy i panującej dziś teorii o podwójnem źródle gruźlicy (lasecznik Koch'a i „usposobienie do gruźlicy“), prelegent zastanawia się nad znaczeniem tego ostatniego pojęcia, przechodzi nad teorią dziedziczności Baumgarten'a do porządku dziennego i omawia z kolei pracę Edwarda Zielińskiego, która stanowi ważny krok naprzód w tej kwestyi. Z. zwrócił uwagę na cały szereg zbroczeń cielesnych w budowie zarówno zewnętrznej, jak i narządów wewnętrznych, które spostrzedz się dają u suchotników i które uważa poprostu jako oznaki zwyrodnienia. Teorya ta łączy kwestyę usposobienia z dziedzicznością, a zarzut, który możnaby postawić tej teorii, że zmiany spostrzegane są następstwem tej choroby, upada z tego względu, że są to zmiany wrodzone i dotyczą przypadków gruźlicy ogólnej, a nie wyłącznie gruźlicy płuc. Z badań, przeprowadzonych nad tą kwestyą przez prelegenta wynika, że większa liczba oznak zwyrodnienia (po 7, 6, 5, 4) zdarzały się tylko pośród suchotników i przytem wyłącznie u osobników młodych (najczęściej przed 30—40-ym rokiem życia) w 48% u mężczyzn i w 44% u kobiet. I anomalie w budowie narządów wewnętrznych napotkać można u suchotników, szczególnie młodych, w daleko znaczniejszej ilości, niż u osób zdrowych. Może to mieć dla nas znaczenie poważne, gdyż pozwala niekiedy jeszcze na długi czas przed wybuchem samej „choroby“ traktować pewnych osobników, jako ludzi z wrodzonym usposobieniem do suchot.

W początkach r. 1902 Freund wygłosił odczyt w Berl. Towarzystwie Lek. o pewnych zmianach w budowie klatki piersiowej, które jego zdaniem są przyczyną, jeżeli nie wszystkich, to przynajmniej większej części przypadków gruźlicy płuc, szczególnie też wrodzonych. Freund zwraca uwagę główną na nienormalny stan I-żebra resp. jego chrząstki, która bywa skróconą i na skutek tego traci swoją należytą formę, staje się grubsza i mniej elastyczną i to bywa przyczyną, że górna część klatki piersiowej znajduje nienormalną przeszkodę w czynności oddechowej, następuje zatem przerost mięśni oddechowych; ich zwiększona czynność powoduje perichondritis i periostitis na I-jej chrząstce żebrowej, a dalej unieruchomienie górnego otworu klatki piersiowej, utrudniając tem samem ruchy oddechowe górnego odcinka płuc, wskutek czego wytwarza się locus minoris resistentiae dla rozwoju laseczników gruźliczych. Przy niedorozwoju I-go żebra i następczem skostnieniu jego chrząstki wytwarza się przerost mięśni oddechowych, przyczepionych do I-jej chrząstki żebrowej, wskutek czego może niekiedy nastąpić odlamanie się chrząstki od mostka i wytworzenie się sztucznego stawu pomiędzy I-szem żebrem i mostkiem, przy pomocy tego stawu mechanizm oddechowy wraca do normy i następuje wyleczenie gruźlicy i dla tego też Freund zaleca leczenie suchot przy pomocy wytwarzania owego stawu sztucznego drogą operacyi, polegającej na przecięciu połączenia I-go żebra z mostkiem. Nieprawidłowości I-go żebra F. uważa za

wrodzone i przekazywane dziedzicznie. Roentgenoskopia ma ułatwiać rozpoznawanie tych nieprawidłowości.

Z badań Polańskiego nad teoria Freund'a wynika, że u suchotników nieprawidłowości w chrząstkach obu I-szych żeber stanowią 40%, a u suchotników—15%. Teorii Freund'a można uczynić poważny zarzut, że dotyczy ona tylko gruźlicy płuc i zupełnie nie obejmuje wszystkich innych postaci gruźlicy, wobec czego przewagę nad nią znaczną posiada, zdaniem mówcy, teoria E. Zielińskiego.

Hewelke z uznaniem wyraża się o usiłowaniach, mających na celu nadanie mglistemu pojęciu o „usposobieniu do gruźlicy“ jakiejś konkretniejszej postaci, nie sądzi jednak, ażeby omawiana przez prelegenta droga prowadziła do rozwiązania. Ze słów prelegenta nie można wytworzyć sobie jakiegoś słabego chociażby pojęcia o typie zwyrodnienia charakterystycznego dla osób gruźliczych i wogóle pojęcie zwyrodnienia jest samo b. mgliste i czekać należy jeszcze na dalsze badania w tym kierunku, zanim będzie można zeń korzystać w naukach stosowanych. Co dotyczy samego materiału, na którym dokonywał prelegent swych poszukiwań, ważnem jest pytanie, jak się przekonywano, że dany trup wolny jest zupełnie od zmian gruźliczych: o ile badano np. szczegółowo kości, stawy, i t. d. Zkądinać ciekawym byłby stosunek ogólny częstości ciał ze zmianami gruźliczymi do trupów wolnych od takich zmian, bowiem, zdaniem mówcy, cyfry Nägeli'ego (93%), podane przez prelegenta, wydają się przesadnymi.

Rzętkowski zaznacza, że, jeżeli dla suchot przypuścić jako tło—zwyrodnienie, to dziwnymi przedstawiają się nasze usiłowania leczenia suchot płucnych w sanatoryach. Dopóki bogate dane statystyczne nie stwierdzą, że jakieś rozdwojenie wyrostków ciernistych kręgów lub zwężenie układu krwionośnego istotnie spotyka się u suchotników często i jest oznaką ich zwyrodnienia, dopóty nie wykracza się poza granice przypuszczeń.

E. Zieliński zaznacza, 1) że już Leon Rutkowski z Płońska zauważył większą skłonność długogłowców do chorób pierśiowych, 2) że degeneracja wśród kryminalistów i psychopatów bynajmniej nie wyklucza możliwości istnienia degeneracji wśród suchotników i 3) nie widzi Z. żadnej racji w twierdzeniu, jakoby dotknięty degeneracją miałby być skazany na śmierć nieodwołalnie; mała ilość zmian degeneracyjnych wśród starszych osobników suchotniczych, a większa wśród młodych wskazuje, że do lat późniejszych dochodzą te tylko osobniki, które zmian tych posiadają najmniej.

Prezes zaznacza, że teoria degeneracyjna gruźlicy wymaga jeszcze dalszych badań. Zarzut podniesiony przeciwko tej teorii, a oparty na dobrych wynikach leczenia gruźlicy w sanatoryach, może się okazać mieczem obosiecznym: może te dobre wyniki otrzymujemy u osób z gruźlicą przypadkową, u osób niezwyrodniałych, co wymaga dalszych badań w tym kierunku. Już teraz jednak wiemy, że u jednych osobników gruźlica przebiega specjalnie złośliwie, u innych

łagodnie, a u osób starszych przebieg gruźlicy jest na ogół mniej groźny.

Typu zwyrodnienia ustanowić dotąd nie można. To jedno można twierdzić, że, jeżeli cechy zwyrodnienia występują u człowieka zdrowego, to istnieją one pojedynczo lub w liczbie bardzo nieznacznej, u osobników chorych zdarzają się różnorodne cechy zwyrodnienia w większej liczbie.

Jeżeli istnieje stosunek gruźlicy do zwyrodnienia, a z drugiej strony także stosunek chorób nerwowych czynnościowych, byłoby bardzo ciekawe, zdaniem Prezesa, zbadanie kwestyi, czy pomiędzy chorobami nerwowymi napotyka się dużo suchotników.

M. Bornstein.

VI. List z Paryża.

Paryż 10 listopada.

Po wakacjach. Jak korzystali z czasów lekarze francuscy? Rocznicą Bichata i Francuskie Towarzystwo historii medycyny. Wycieczka lekarzy do miejsc kąpielowych w Wogiezach, inna do szpitali Włoskich. Wolne wykłady wakacyjne.

Pisałem już tak dawno list swój do „Kroniki“, że, chcąc donieść tylko o najważniejszych faktach z życia stanu lekarskiego we Francyi od tego czasu, muszę być bardzo zwięzłym.

Ograniczę się do okresu wakacyjnego.

Niejako uroczystem zamknięciem roku lekarskiego był lipcowy obchód setnej rocznicy zgonu Franciszka-Ksawerego Bichata. Po nim zaczęły się wakacje. O doniosłości i znaczeniu Bichata w dziejach medycyny prześlę wkrótce „Kron. lek.“ wyczerpującą rzecz, na razie zaś podniosę tylko, że obchód ten odbył się bardzo uroczystie. Cały świat naukowy przyrodniczy i lekarski wziął w nim udział. U wrót domu, w którym zmarł Bichat, przybito tablicę pamiątkową, przyczem najznakomitsi przedstawiciele wiedzy tudzież reprezentanci władz zabrali głos. Następnie zaś urządzono uroczyste zebranie w największej sali fakultetu medycznego.

Obchód cały był dziełem „Towarzystwa historii medycyny“ założonego przed rokiem. Prace nad historią medycyny są we Francyi coraz to częstsze, toteż młode towarzystwo posiada już spory kontyngens członków. Zebrania swe odbywa co miesiąc; zawsze program wypełniony jest po brzegi rozprawami członków.

Rozprawy te drukuje przeważnie „La France médicale“,—nie zależna od Towarzystwa. Nadto wydaje towarzystwo swój własny „Bulletin“. Prezesem jest profesor wszechniecy paryskiej Rafael Blanchard, sekretarzem Albert Prieur.

Myślę przy tej sposobności, czy by to i u nas nie godziło się zśrodkować naszych sił lekarskich, pracujących na niwie dziejów medy-

cyny. Mamy ich trochę, a dodamy, że są wcale nie pośledniemi.

Wszak przypomnę, że w roku 1901 paryska akademія medyczna, mając stanowić, która z prac ogłoszonych po francusku z zakresu dziejów medycyny jest najlepszą, uznała za taką Historię lekarek (*Histoire des femmes médecins*), napisaną przez polkę pannę Melanię Lipińską, praktykującą dziś w Warszawie).

Jeżeli zaś trudno byłoby na razie stworzyć polskie Towarzystwo historii medycyny, to w każdym razie godziło by się któremu z naszych towarzystw lekarskich utworzyć osobną sekcję tego rodzaju. Niechajże dzieje naszego lecznictwa nie leżą odłogiem!

Przejdę obecnie do pory wakacyjnej.

I tu wybiorę rzeczy, które właściwie warto by u nas naśladować.

Z wczasów wakacyjnych korzystają francuscy lekarze, przede wszystkim urządzając wycieczki zbiorowe do ojczystych miejsc kąpielowych.

Wycieczki te odbywają się od lat kilku. Co roku wybiera się jakąś część Francyi, obfitującą w źródła lecznicze i grono stu lub stu kilkudziesięciu lekarzy i słuchaczy medycyny pod kierownictwem profesora poświęca zwiedzeniu jej kilkanaście dni.

Tym razem zwiedzono Wogięzy i Lotaryngię, to jest miejsca kąpielowe: Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne les Bains, Laxenil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Le Ballon d'Alsace, Salins i Besançon—Mouillère. Wycieczka trwała od 8 do 16 września, uczestników i uczestniczek (lekarki i żony lekarzy) było z górą 200. Koszta wycieczki wynosiły ze wszystkiem 200 fr. od osoby, kierownikiem naukowym był profesor paryzkiej szkoły medycznej, dr. Landouzy.

Jak duże znaczenie mają podobne wycieczki, zbyteczne dowodzić. Lekarz francuski poznaje swój kraj pod względem kąpielowym i nie będzie wysyłać swych chorych za granicę, gdy w kraju może dla nich znaleźć źródło. Z drugiej strony, zakłady znajdują się w skutek tych wycieczek pod pewnego rodzaju kontrolą publiczną lekarską.

Nakoniec trzeci szczegół:

Na wycieczki tego rodzaju zaprasza się także cudzoziemców. Od jakiegoś czasu zwiększyła się osobliwie liczba duńczyków, biorących w nich udział. Jakież były tego następstwa? lekarze duńscy, przekonawszy się o wartości kąpielowych miejsc Francyi, poczęli wysyłać swoich chorych nie do „badów“ niemieckich, ale do Francyi. Frekwencya chorych duńskich w kąpielowych stacyach Francyi wzrosła się dzięki temu bardzo znacznie.

Jak jeszcze korzystają lekarze francuscy ze wczasów?

Oto urządzają zbiorowe wycieczki do zagranicznych wszechnic. W tym roku z powodu kongresu ginekologicznego w Rzymie wyjechało kilkudziesięciu francuzów do Włoch. Zwiedzono szpitale i wszechnice od Turynu do Neapolu i zaznaczono w ten sposób, iż nauka francuska interesuje się tem, co dzieje się za granicą.

Trzeci sposób korzystania z wakacji:

Grono specjalistów, zgrupowanych około pisma paryskiego „*Presse médicale*“, urządziło szereg specjalnych kursów dla młodych lekarzy. Kursy te obejmowały 10—12 wykładów, wprowadzających słuchaczy w przedmiot. Cena kursu wynosiła 20 franków. Frekwencja była liczna i, według wszelkiego prawdopodobieństwa, na przyszły rok ci sami inicjatorzy powtórzą swoje przedsięwzięcie.

Pozwolę sobie tu powtórzyć, że wszystkie te sposoby korzystania z czasu winnyby znaleźć u nas naśladownictwo. Nasze zdrownictwo zyskałoby znakomicie, gdybyśmy lepiej je znali i studyowali, a wycieczki zbiorowe wielką tu oddawałyby usługę. Grupowe wyjazdy za granicę dałyby poznać światu Polskę naukową, nie ustającą w pracy i posiadającą poważny zastęp pracowników lekarskich. Wolne zaś wykłady nie zależne od uniwersytetów, wyświadczyłyby wiele dobrego młodym. Kraków poczynił w tym kierunku próby, mogła by i Warszawa pójść jego śladem.

Włodzimierz Bugiel.

VII. BIBLIOGRAFIA.

Czasopisma polskie w Listopadzie i Grudniu¹⁾.

Fizyologia. Bychowski. Czy bywa nierównomierność źrenic u ludzi zdrowych. G. L. 49. Halpern. O własnościach hemolitycznych surowicy ludzkiej. G. L. 44. Flaum. Chemia fizykalna w medycynie. G. L. 45. Karwacki. Przycz. do nauki o aglutynujących własn. prawidł. surowicy ludzk. P. L. 45. Landau. Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych P. T. L. III. Sobierański. Krytyczne uwagi nad czynn. nerek. G. L. 49.

Patologia ogólna. Dembowski. O odporności. G. L. 48. Oderfeld i Steinhaus. Przyczynek do kwestyi guzów przetutowych. M. 50.

Choroby wewnętrzne. Cybulski. O zmianie położenia serca w przewł. gruźlicy płuc. N. L. 11. Dziembowski. Wlewania podskórne w terapii P. L. 50. Giedgowd. O odczynie dwuazotowym. K. L. 22, 23. Gliński. Przycz. do poznania zmian anatomo-patologicznych w ostrej białaczce. P. L. 45, 46. Goździcki. O wytrzymałości i wskaźniku wytrzymałości cz. c. krwi u chorych na gruźlicę. G. L. 48. Gryglewicz. Z kazuistyki moczołwki cukrowej. G. L. 44. Karwacki. Aglutynacja w zakażeniu pneumokokowem. G. L. 50. Majewski. Przycz. do lecz. zapal.

¹⁾ *Skrócenia:* P. L.—Przegląd Lekarski. P. A.—Polskie Archiwum. G. L.—Gazeta Lekarska. P. A.—Przegląd Anatomiczny. N. L.—Nowiny Lekarskie. K. L.—Kronika Lekarska. M.—Medycyna. Z.—Zdrowie. C. L.—Czasopismo Lekarskie. P. T. L.—Pamięt. Tow. Lek. Kr. L.—Krytyka Lek. P. H.—Przegląd Hygieniczny. P. O.—Przegląd Okulistyczny.

pacior. otrzewny za pomocą surowie. P. L. 48. Mintz. O uchyłkach w dolnej cz. przelyku. M. 44, 45. Surzycki. O środkach nasercowych. P. T. L. III. Sokołowski. Leczenie ostrego zap. płuc. C. L. 11.

Choroby ukt. nerw. Adelt. Tętniak tętnicy dołu Sylwiusza prawego. G. L. 47. Bikeles i Franke. O lokalizacji w rdzeniu kręgowym. M. 45, 46. Biro. Porażenie mięśnia żębatego przedniego wielkiego. M. 46—49. Bregman. Spostrzeżenia kliniczne z syryngomyelii. M. 47—50. Bornstein. Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego. K. L. 21—23. Ołtuszewski. VIII przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. M. 44, 45. Orłowski Stan. O hypnotyzmie leczniczym. K. L. 22—24. Żenczykowski. Z pomyłek w rozpoznaniu stwardnień wieloogniskowych. G. L. 46, 47.

Choroby dzieci. Brudziński. Najnowsze teorye krzywicy. G. L. 45—48. Herz. Ostra gruźlica gardzieli u 6-letniego chłopca. G. L. 50.

Chirurgia. Czyżewicz. Przyp. skórzaka okolicy krzyżowej. P. L. 44. Gotard. Rola chloroformu w przyp. nagł. śmierci podczas operacji. G. L. 49. Herman. Przycz. do techniki operacyjnej niektórych przypadków przepuklin pachwin P. L. 44. Kijewski. O wycinaniu płuc. P. T. L. III. Lieberman. Przycz. do leczenia krwawnic. P. L. 45. Motz. Zapalenia w przeroście gruźliu krokowego. K. L. 24. Rydygier. O wynikach przy operowaniu wodniaka moszny. N. L. 12.

Akuszerya. Breiter. Nowy wzornik do celów położniczych. P. L. 48. Dobrowolski. Pęknięcie macicy w ciąży. P. L. 49, 50. Frommer. Szybkie rozwiązanie porodu za pomocą mego rozszerzacza. P. L. 46. Lachs. W sprawie szyb. rozszerz. szyjki macicznej. P. L. 46—48. Sawicki. Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w położu. P. L. 47, 48. Neugebauer. Obturator Hohlweg'a. K. L. 21.

Choroby skóry. Kryształowicz. O włókniakach skóry. P. L. 50. Steuermark. Obecny stan nauki o t. zw. tuberkulidach skóry. P. L. 46—48.

Choroby oczu. Krytyczny pogląd na stan obecny nauki o zezie. N. L. 11, 12.

Historia medycyny. Giedroyć. Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w Polsce. P. T. L. III. Tenże. Polacy w służbie lekarskiej Carów Moskiewskich. Kr. L. 11, 12.

Hygiena. Górecki. Nowa rzeźnia we Lwowie. P. H. 11. Legeżyński. Oczyszczanie wód kanałowych. P. H. 11. Nencki i Nussbaum. O znaczeniu fizyologicznem i higienicznem przypraw pokarmowych i t. zw. używek. G. L. 44. Sawicki. Nasze zdrojowiska. P. H. 11. Lenartowicz. Hygiena w rzeźniach. Z. 11. Majewski. Kilka słów w sprawie pomocy lekarskiej w fabrykach. Z. 11. Wojdecki. Szczaownica. Z. 11. Rzętkowski. Sprawozdanie z sanatorium za r. 1901/2. Z. 12. Dunin. Parę uwag w sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego. C. L. 11.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 grudnia 1902 r.

I znów rok jeden upłynął, rok pracy ciężkiej i zmułnej, pełnej częstych zawodów, a tak rzadkich promyków lepszej przyszłości.

Zewsząd słyhać tylko utyskiwania na coraz cięższe warunki bytu, na coraz trudniejszą egzystencję lekarzy.

Zagranicą coraz gęściej rozwijają się kasy chorych, u nas ambulatorya prywatne i lecznice zmniejszają wciąż zarobki lekarskie, coraz mniej liczne jednostki czerpią dochody z praktyki, ratując się synekurami, lub innymi dochodami osobistymi, a sami lekarze, nie rozumiejąc, co się naokół nich dzieje, przykładają rękę do coraz większego obniżenia zarobków.

Wszak wiemy, iż z ust lekarza wyszła propozycja do młodszych lekarzy—asystentów, aby za cenę obiadu (35 kp.) odbywali dyżury w jednym ze szpitali tutejszych, sami lekarze głosowali za tem, aby w szpitalach nie płacono pensyi, lub nie podwyższano ich do normy właściwej. Sami lekarze stwarzają coraz to nowe ambulatorya bezpłatne, tworząc lekarzy cechowych i t. p. *Quousque tandem* da się wykrzyknąć, widząc to zaślepienie, jakie ogarnia lekarzy, czując przepaść ruiny materialnej stanu, jaką widzimy pod naszymi stopami.

Dokąd zamierzają iść ci, którzy są inicjatorami obniżenia dochodowości naszego zawodu?

Sam jestem zwolennikiem tego, aby na usługi społeczeństwa, szczególnie potrzebujących pomocy oddawać część znaczną nawet swej pracy, sam pragnąłbym, aby zawód lekarski jaknajmniej musiał się liczyć z przykrą stroną zajęcia—zarobkiem na życie, ale kres musi mieć wszelka filantropia, szczególnie wtedy, gdy, jak każdy nadmiar, staje się szkodliwą.

Jeżeli praktyka prywatna skutkiem zbyt licznych ambulatoryów upada, jeżeli zarobki z tego źródła upadają, czem wynagrodzić może społeczeństwo pracę lekarską?—jedynie tylko unormowaniem takim pensyi lekarskich w szpitalach, szkołach, urzędach i t. p., aby niedobór mógł być wyrównany. Tymczasem dotąd przy ustalaniu pensyi lekarskich uważa się je za dodatek mało znaczący do praktyki. Zajawszy lekarzowi najlepszą część dnia, opłaca się go paruset rublami rocznie, lub nie opłaca wcale, uważając, że już samo dostarczenie pola do pracy wystarcza w zupełności, sam tytuł powinien zadowolnić! Tak mogło być dawniej, gdy lekarz w istocie po za stanowiskiem urzędowym zarabiał dużo, tyle przynajmniej, że miał czem zaspokoić pierwsze potrzeby—dziś zmieniły się czasy, dziś praktyka niewielu wybranym dostarcza funduszków dostatecznych dla utrzymania, a czas, który innej pracy owocnej poświęcić by mogli, zabiera im szpital lub zajęcia urzędowe innego rodzaju.

Czas, aby nareszcie zrozumieli to lekarze i przez zachowanie odpowiednie żądali unormowania stosunków.

Dzieje się to nietylko u nas, na Zachodzie np. w Galicy i w Wiedniu mieliśmy zmowy lekarzy szpitalnych, którzy w warunkach, stworzonych przez nowe prądy, wytrzymać już nie mogli i w ten „nowomodny“ sposób chcieli zaprotestować przeciw wyzyskowi.

Sposobu tego, jako lekarze pochwalić nie możemy, gdyż na zmowach cierpią nieci, przeciw którym zmowa jest wymierzoną, a choćby, o dobro których dbać przedewszystkiem winniśmy, ale dowodzi to, że i u nas, gdzie stosunki zaczynają być podobne do zagranicznych, wymagać będą one, pewnego zastanowienia się lekarzy nad swą przyszłością i postępowania takiego, które umożliwiło by egzystencję licznej rzeszy lekarzy bez pracy zarobkowej.

Każda praca w społeczeństwie winna być wynagradzana odpowiednio do swej owocności; pracy darmowej w dobrze zorganizowanych środowiskach nie ma i być nie może; wyjątek stanowią lekarze. Dla czego? Czyż są apostołami średniowiecznymi, szerzącymi kult dla jakiejś oderwanej idei, którzy nie dla siebie nie chcą, czy składają się z bogaczy, dla których zawód jest tylko zabawką? Nie, są to pożyteczni pracownicy, niosący nie tylko ulgę, ale pracujący nadto nad nauką, która ma nacelu uzdrowotnienie społeczeństwa, zapewnianie mu najdonioślejszego skarbu—zdrowia, są to pracownicy którzy w nagrodę swej ciężkiej pracy pozostawiają rodziny bez dachu, bez jutra, a sami muszą zadawać się często bezsennymi nocami i niewdzięcznością ludzką za ciężki trud i pracę, są to pracownicy, którzy aż do 25 roku życia nie zaznali wiosny i swobody, gdyż czas ten spędzać musieli nad ciężkimi studjami...

Inżynier zaraz po ukończeniu studiów otrzymuje, po paru zaledwie iniesiącach praktyki posadę płatną nieźle, prawnik po roku najwyżej otrzymuje posadę podsekretarza, nauczyciel zdobywa sobie płatne lekcye, a lekarz po kilkuletniej, a nawet kilkunoletniej praktyce w szpitalach otrzymuje w najlepszych warunkach . tytuł ordynatora, co kiedyś, przy małej liczbie odznaczonych, miało wartość, dziś zaczyna zatracać ją coraz więcej, wobec dużej ilości mających ten tytuł. A za ten tytuł musi dawać codzień 2—3 godzin pracy usilnej, jeśli chce utrzymać się na poziomie nauki. A nim dopnie celu, jest osobą bez tytułu, bez praw służbowych, bez pensyi...

Etaty szpitalne tworzoneo sześćdziesiąt lat temu, do tych czasów stosowano je i naówczas odpowiadały zadaniu—wtedy lekarz nie opatrywał chorego, zostawiał go największej części pod opieką felczera, dawał mało pracy, dziś zmieniły się pojęcia: lekarz w szpitalu oddaje się choremu całkowicie, więcej może, niż w praktyce prywatnej, a etaty i prawa zostały też same.

Wprawdzie od lat 10 slyszymy o reformie, ale nie zanosi się, aby wprowadzono ją w życie, a warunki życia tego wymagają, aby reforma w całej rozciągłości, ze zwiększeniem służby etatowej, z powiększeniem pensyi nastąpiła jaknajprędzej.

Jakakolwiek bądź będzie, będzie jednak więcej odpowiadała warunkom dzisiejszym, niż stan obecny.

Zrozumieć to jednak winni sami lekarze i zacząć nieść wyżej sztandar swej pracy, nie lekceważyć jej, nie bagatelizować, gdyż inaczej sfery miarodajne nie zrozumieją pobudek właściwych i nie ocenią pracy, wkładanej przez lekarzy w zajęcia, należycie. Od nas samych winno wyjść większe poszanowanie pracy.

A więc należy utrzymać ambulatorya bezpłatne, ale tylko w szpitalach i instytucjach, zwinąć zaś wszystkie inne prywatne, jako zbyt cenne, żądać w prywatnej służbie wyższych wynagrodzeń od fabryk (dziś porada wynosi 10 kp. i mniej), przy tworzeniu lekarzy spółek i cechów ustalić najniższą normę za poradę na rb. 1, gdyż biedni otrzymują poradę bezpłatną w szpitalu, a niezamożni w lecznicach, jednym słowem—starać się naprawić błąd dotychczasowy niskiego taksowania swej pracy.

Po za tem lekarze powinni zrzec się coraz więcej na polu ekonomicznem.

W części można to zrobić w kasie, a jeżeli kasa w tym celu nie wystarcza, należy stworzyć inną instytucję, która stała by na straży naszych interesów ekonomicznych, ale w każdym razie myśleć należy o przyszłości, która, jeśli obecnym popłynie torem, będzie dla zawodu lekarskiego bardzo smutną.

Dlatego rzucam te refleksje w końcu roku, że chciałbym, aby rok nowy przyniósł pod tym względem coś lepszego, aby każdy zastanowił się nad obecnym stanem i wysnuć mógł na przyszłość odpowiednie wnioski.

J. Z.

—s— Komitet Ogrodów Raua urządził teren do zabaw zimowych przy ulicy Marszałkowskiej № 58 w hali z ogródkiem, umyślnie w tym celu wynajętej. Zabawy odbywają się codziennie w godzinach następujących: od 12 do 1½ po południu — dzieci od lat 6 do 9, od 4 do 5½ po południu — dzieci od lat 9 do 12, od 6 do 7½ po południu — panienki i chłopcy od lat 12 do 16.

Otwarcie zabaw odbyło się w Niedzielę, dnia 7 Grudnia, o godzinie 2 po południu.

XIV Międzynarodowy Kongres Lekarski w Madrycie.

W lutym, pod przewodnictwem prof. Wicherkiewicza utworzył się Polski Komitet Narodowy dla XIV międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Madrycie.

W skład Komitetu weszli: z Krakowa: prof. Wicherkiewicz, prof. Reiss, prof. Kryński i Dr Buzdygan; ze Lwowa: prof. Mars, prof. Łukasiewicz i Dr Gluziński; z Warszawy: ś. p. Dr Florkiewicz, Dr St. Kurtz i Dr Wł. Wróblewski; z Poznania: Dr Niegolewski, Dr K. Jarnatowski i Dr K. Dziembowski.

Na posiedzeniu, odbytem u prof. Wicherkiewicza, utworzył się Zarząd, do którego wybrano: prof. Wicherkiewicza (prezes), ś. p. Dr Florkiewicza (vice—prezes), Dr Buzdygana (sekretarz), i prof. Reissa (skarbnik).

W dniu 13 Lipca odbyło się powtórne posiedzenie, w którym

uczestniczyli: prof. Wicherkiewicz, prof. Kryński, s. p. D-r Florckiewicz, D-r Buzdygan, D-r Niegolewski i D-r St. Kurtz.

Po obszernej dyskusyi, poruszającej naukową i praktyczną strony Zjazdu, uproszono prof. Wicherkiewicza o przeprowadzenie korespondencyi w różnych kwestiach z głównym Komitetem w Madrycie.

Parę dni temu otrzymałem od profesora Wicherkiewicza następujący komunikat, który dosłownie tutaj pomieszczam:

„Komitet polski dla XIV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie podaje w dalszym ciągu do wiadomości publicznej, co następuje:

Termin kongresu. W następstwie ankiety, przeprowadzonej za pośrednictwem komitetów narodowych, postanowiono trzymać się terminu pierwotnego, t. j. wiosny, a nie, jak proponowano, m. lipca. Kongres odbędzie się więc w czasie od 23 do 30 kwietnia 1903 r.

Uczestnicy. Wobec często przedkładanych nam pytań, zaznaczamy powtórnie, że członkami kongresu mogą być lekarze, dentyści, farmaceuci, weterynarze i wogóle osoby, wykonujące jakąkolwiek z gałęzi nauk lekarskich, a także osoby, nie należące do stanu lekarskiego, ale posiadające jakiś tytuł zawodowy, lub naukowy, wreszcie reprezentanci prasy. Zgłaszający się na uczestnika kongresu winien oznaczyć sekcję, w której — lub w których pragnie uczestniczyć. W tym ostatnim razie wymienić ma główną, bo tylko z tej głównej sekcji otrzymać może bezpłatne sprawozdanie (compte-rendu); z innych zaś tylko o tyle, o ile w nich wygłosił przyjęte do sprawozdania odczyty.

Sekcye. Sekcye będzie 16, a mianowicie:

1) Anatomia. 2) Fizjologia, fizyka i chemia biologiczna. 3) Patologia ogólna, anatomia patologiczna i bakterjologia. 4) Terapia i farmacja. 5) Patologia wewnętrzna. 6) Neurologia, psychiatrya i antropologia kryminalna. 7) Pedyatrya. 8) Dermatologia i syfilografia. 9) Chirurgia ogólna. 10) Okulistyka. 11) Oto-rhinolaryngologia. 12) Odontologia i stomachologia. 13) Położnictwo i ginekologia. 14) Medycyna i higiena wojskowa, oraz marynarki. 15) Higiena, epidemiologia i technika sanitarno-lekarska. 16) Medycyna sądowa i toksykologia.

Językami urzędowymi kongresu madryckiego mają być: język francuski, angielski i niemiecki, jak to z reguły dla międzynarodowych kongresów postanowiono; a nadto język hiszpański i włoski, nadto dowiadujemy się, że i Rosya domaga się dla siebie uznania języka rosyjskiego.

Zgłoszenia uczestnictwa, referatów i odczytów. Komitet polski pośredniczy w przyjmowaniu zgłoszeń, odczytów (o ile możności przed 1 stycznia 1903 r.) i w zbieraniu wpisowego, wynoszącego 30 pezotów, czyli mniej więcej 25 franków = 24 koron = 20 marek = lub 10 rubli. Pieniądze przysyłać należy na ręce skarbnika komitetu polskiego, prof. D-ra Władysława Reissa (Kraków, ul. Basztowa L. 25). Zgłoszenia odczytów i referatów przyjmuje prezes komitetu

(Wolska 11). Formularzy do zgłoszeń uczestnictwa, formularzy do zamawiania albumu (patrz niżej), tymczasowych programów kongresu w języku francuskim udziela na żądanie sekretarz komitetu, p. D-r B u z d y g a n (Kraków, ulica Wiślana 8)“.

Dotychczas zgłosili przez komitet polski następujący panowie odczyty, względnie referaty: D-r P r e g o w s k i z Heidelbergu, prof. W i c h e r k i e w i c z (dwa), D-r R e i c h m a n z Warszawy (dwa), i D-r K u c h a r z e w s k i z Warszawy: 1) De l'influence de la toxine diphtérique et tetanique sur la morphologie, l'hémoglobine et le poids spécifique du sang; 2) Recherches expérimentales sur les modifications du sang après les injections souscutanées des serums antidiphtérique, antitétanique et normal de cheval.

Uprasza się kolegów o podawanie dokładnych adresów, a przy zapisywaniu się na członka trzeba przesłać kartę wizytową dla jeneralnego sekretaryatu, który, odebrawszy od naszego skarbnika uzbiórane kwoty wpisowe, prześle już wprost przyszłym członkom kongresu, wedle ich własnych adresów, karty uczestnictwa.

Panie, towarzyszące członkom kongresu, otrzymają karty udziałowe w cenie 12 pezetów od osoby, uprawniające do korzystania, a także do zniżek, przyznanych członkom na kolejach i statkach.

Album pamiątkowe artystyczne. Wspomnieliśmy już swego czasu, iż komitet, wykonawczy przygotowuje wspaniałe album, mające pomieścić reprodukcje fotografii najwybitniejszych członków kongresu. Komitet ten rozesłał, porozumiewszy się z komitetami narodowymi, prośbę do najwybitniejszych osobistości świata lekarskiego o przysłanie w tym celu fotografii formatu gabinetowego. Chcąc odpowiedzieć przy tej sposobności na często jeszcze powtarzające się zapytania, nadmieniamy, że tylko osoby zaproszone do tego przez komitet wykonawczy będą mogły w albumie figurować i to, jeżeli zapisały się na członków kongresu, a przysyłając fotografię dołączyły zarazem 35 franków na ręce jeneralnego sekretarza (Excmo Sr. D-r Angel F e r n a n d e z — C a r o, Madrid. Facultad de Medicina), jako pierwszą ratę ceny albumu, ceny, która dopiero później będzie unormowaną, ale nie przekroczy 65 franków. Drugą dopełniającą ratę złoży się przy odbiorze albumu w Madrycie. Osoby, któreby nie odebrały albumu w ciągu dwóch miesięcy po zamknięciu kongresu, tracą prawo do wpłaconej raty pierwszej.

Delegaci. Pożądaną byłoby rzeczą, aby korporacje naukowe już dziś wybrały swoich delegatów na kongres, a to w tym celu, aby jeneralny sekretaryat mógł dowiedzieć się o ich nazwiskach i wczas przesłać im zaproszenie do przesłania fotografii do albumu pamiątkowego.

Ułatwienia podróży. Francya, Hiszpania, Włochy przyznały po 50%; kompania transatlantycka 33% zniżki za okazaniem karty uczestnictwa; natomiast Austria, Niemcy, i Rosya odmówiły zniżki wogóle, a Szwajcarya nie udzieliła jeszcze odpowiedzi komitetowi wykonawczemu.

Mieszkania zamawiać już można teraz (w Bureau de logements, faculté de Médecine, Madrid) i to wedle formularzy, których

komitet nasz dostarcza. Ceny oznaczono, jak następuje: w hotelach od 15—50 pezetów, czyli 9—25 franków za pokój i trzykrotny posiłek dziennie od osoby. Ceną objęta jest należność za przewiezienie gościa z bagażem do domu i z powrotem na kolej.

Wycieczki. Planu wycieczek organizowanych komitet centralny dotychczas nie ogłosił, a niezawodnie i nie ogłosi; natomiast polecił zająć się tą sprawą firmie „Bureau Central des Voyages Pratiques á Paris 9, rue de Rome“ (Gare St. Lazare), które, jak to ogłasza w piśmie do nas wystosowanem, dyrektor tegoż biura p. Junot, udziela chętnie bezpłatnie wszelkich wskazówek, tak co do sposobu udawania się do Hiszpanii, jako też co do podróŜowania po Hiszpanii, wskazuje nadto stosowne hotele, organizuje wspólne podróŜe do głównych miast Hiszpanii dla pojedynczych grup, stosownie do życzeń komitetów narodowych. Odnośne grupy narodowe mogą mieć tłumacza i przewodnika. Skoroby koledzy wyrazili komitetowi naszemu życzenia co do wspólnych wycieczek po Hiszpanii, to komitet, o ileby życzenia te dały się ująć w jeden wspólny odpowiedni plan, chętnie później porozumiałby się z „biurem praktycznych podróŜy“.

Skład komitetu polskiego o tyle doznał zmiany, iż ś. p. D-r Florkiewicz złożył z przyczyn podupadłego zdrowia już w czerwcu urząd wiceprezesa; w jego miejsce wybrano wice prezesem profesora K r y ũ s k i e g o w Warszawie.

Prof. D-r Bol. Wicherkiewicz, prezes komitetu polskiego.

* * *

PoŜądanem by było, aby lekarze polscy jak najliczniej nietylko pojechali, ale zawieźli lub to oryginalne prace lub też podjęli się referatów, z tematów ogłoszonych w programie.

Tematy są następujące:

Anatomia: 1) Quelle est la meilleure méthode d'exposition didactique du système nerveux. 2) Structure de la cellule nerveuse.

Patologia ogólna: 1) Parasitisme dans les neoplasies. 2) La genèse du sarcome.

Neuropatologia: 1) Centre de projection et d'association dans le cerveau selon les determinations de l'anatomie pathologique actuelle.

Medycyna sądowa: 1) Signification légale des blessures d'après leur cause situation et caractère.

Aby kolegom z Królestwa ułatwić zapisywanie się na członków zjazdu, jak również dawać wszelkie objaśnienia co do wszelkich stron, jak naukowych, tak i praktycznych zjazdu, koledzy mogą się zgłaszać zamiast do Krakowa, do Stanisława K u r t z a, Sienna № 22.

Wszelkie druki (zaproszenia, karty zgłoszeń odczytów, regulamin kongresu, zamówienia mieszkań, program podróŜy i t. d.) będą na żądanie kolegów u mnie.

Stanisław Kurtz.

(OH) Kol. K a m o c k i mianowany został konsultantem do chorób ocznych w tutejszym Instytucie Maryjskim.

(OH) D-r med. Br. C h r o s t o w s k i mianowany został pomocnikiem lekarza naczelnego szpitala Dz. Jezus z pozostawieniem na stanowisku starszego ordynatora tegoż szpitala.

—z— W Stawiskach gub. Łomżyńskiej potrzebny jest lekarz. Ludność 4000. Pensya 300 rb. od dworów.

Z M A R L I.

D-r Rafał Witkowski, dnia 28 listopada r. b., w Warszawie, w wieku lat 39.

D-r Alfons Erlicki, dnia 20 listopada r. b. w Petersburgu, w wieku lat 57. Urodzony w Marymoncie, studia ukończył w b. Szkole Głównej. Początkowo praktykował w Częstochowie, poczem osiadł w Petersburgu, gdzie wielkiem cieszył się uznaniem, jako psychiatra. Między innymi pracami napisał w r. 1897-ym: „Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych“.

D-r Bronisław Jazdowski, dnia 23 listopada r. b., w Rzymie. Zmarły był synem wychodźcy, osiadłego w Szkocyi i tam też się urodził. Studya lekarskie ukończył w uniwersytecie Edyuburskim, poczem jako lekarz wstąpił do armii angielskiej, większą też część życia spędził w Indyach i Afryce.

D-r Franciszek Salezy Kozakowski, dnia 8 b. m. w Warszawie, w wieku lat 65.

D-r Jan Tymowski dnia 10 b. m. w Paryżu, w wieku lat 51. Zmarły był rodem z gub. Piotrkowskiej, medycynę studyował w uniwersytecie Monachijskim. Początkowo praktykował w Reichenhallu, w r. 1880 objął kierunek zakładu leczniczego w Schinznach (w Szwajcaryi), gdzie stale praktykował w porze letniej, na zimę zaś corocznie zjeżdżał do San Remo, gdzie założył zakład kumysowy i wielkiem cieszył się uznaniem, jako specjalista chorób płuc i krtani.

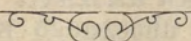
Spostrzeżenia swoje z praktyki ogłaszał drukiem w języku ojczystym, a nadto w niemieckim i francuskim. Między innymi ogłosił drukiem: „Kilka słów o cierpieniach żołądka w przebiegu późnego przymiotu“. „Kilka słów o trądzie“. „Nowy środek przeciw tasiemcowi“. „O działalności przetworów benzoesowych“. „Tlen i ozon jako środki lecznicze“. „San Remo jako stacya zimowa dla chorych na płuca“.

Prof. fizjologii Landois w Gryfii (Greifswaldzie).

D-r Wacław Sobierański, stały członek naszej redakcyi, profesor farmakologii w uniwersytecie Lwowskim, dnia 12 b. m. we Lwowie. Zmarły był rodem z Królestwa, dłuższy czas pracował na polu naukowem za granicą, dopóki go uniwersytet Lwowski nie powołał na katedrę farmakologii. Ogłosił liczne prace w języku polskim i niemieckim, przeważnie odnoszące się do czynności nerek. W jednym z ostatnich numerów (49 ym) „Gazety Lekarskiej“ ogłasza „Krytyczne uwagi nad czynnością nerek“.

Od Administracji.

Upraszamy pp. prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na r. 1903 oraz uregulowanie zaległej prenumeraty. Kronika lekarska wychodzić będzie w r. p. na tych samych warunkach i z tym samym zakresem.



Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Декабря 1902 г.

CAPSULES

Libanol-Boisse

(po 0,3).

Libanol-Boisse jest olejkiem otrzymanym za pomocą destylacji z drzewa *Cedrus atlantica* Manetti z Algieru. Środek ten stosowany przy *rzeżączce (gonorrhoea)* a także przy cierpieniach *kanału moczowego i pęcherza* nie wywiera ubocznego szkodliwego działania.

Sposób użycia: 3—5 razy dziennie po 2 kapsułki
(2—3 gramów).

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska 136, obok Św.-Krzyskiej, w Warszawie.

JEDYNE PRZEDSIĘBIORSTWO

DEZYNFEKCYI

Mieszkań i Rzeczy

z bakteriologicznym badaniem
prowizora farmacyi

Jana Zawadzkiego

33 Mokotowska 33.

2100 Telefon 2100.

Dezynfekcyja mieszkań trwa 5 godzin.

Za każde 80 metrów sześciennych przestrzeni liczy Rb. 5.