

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *D-r H. Fidler*. Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej (c. d.)—str. 923. II. *D-r L. Rzezniewski*. Podstawy psycho-fizjologicznej teorii histeryi (c. d.)—str. 930.

III. **Dział sprawozdawczy:** I. *Choroby wewnętrzne.* 447. *Bendix*. Przypadek pentozuryi—str. 941. 448. *Hallauer*. Wpływ gęstości moczu na wynik prób na białko—str. 941. 449. *Peltz*. Odczyn dwuazotowy, jako środek różniczkowo-rozpoznawczy—str. 942. 450. *Delany*. O znaczeniu rozpoznawczem ciałek krwi w zimnicy—str. 942. 451. *Pletnev*. Przyczynę do kazuistyki cierpień symulujących dur brzuszny—str. 943. 452. *Klieneberger*. Przyczynę do etiologii gastritis phlegmonosa—str. 944. II. *Choroby dzieci.* 453. *Cheinisse*. Zwężenie odźwiernika u osesków—str. 944. 454. *Reyher*. Przyczynę do etiologii i patogenezы krztusca—str. 946. 455. *Morse*. Sprawozdanie z 8-iu przypadków zapalenia płuc u niemowląt, leczonych surowicą antypneumokokową—str. 947. III. *Wiadomości terapeutyczne:* od № 456—464—str. 948. IV. *Bibliografia.* 465. *Runge*. Podręcznik położnictwa—str. 951. V. *Odcinek.* *Gruber*. Czy hygieny dąży do zwyrodnienia rasy?—str. 953. *Kronika bieżąca*—str. 959. *Zmarli*—str. 959. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 23. I. *D-r H. Fidler*. La tuberculose, les causes de son origine et les manières de se répandre en lumière des dernières explorations scientifiques et la statistique de tuberculose spécialement au gouvernement de Radom—p. 923. II. *D-r L. Rzezniewski*. Sur la théorie psycho-physiologique de l'histerie—p. 930.

I. GRUŻLICA,

przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii Radomskiej.

Odczyt, wypowiedziany na pierwszym posiedzeniu Radomskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 13 grudnia 1902 r.

przez

D-ra Henryka Fidlera.

(Ciąg dalszy).

g) *Stosunek różnych chorób do gruźlicy.* Do rzędu chorób najbardziej usposabiających do powstania i rozwoju gruźlicy należą te,

w których dotknięte są drogi oddechowe, jak: odra, koklusz, zapalenie płuc, grypa, mniej już płonica i błonica. W odrze i kokluszu cierpią nie tylko błony śluzowe dróg oddechowych wskutek uszkodzenia ich nabłonka (co ułatwia przenikanie laseczników), lecz i gruczoły chłonne, które obrzękają. Jeżeli gruczoły te już przedtem zawierały w sobie, jak się to często zdarza, ogniska gruźlicze, to podczas obrzęku takowych pęka otoczek, laseczniki wypływają do płuc i osiadają w okolicy „hilus pulmonum“. Lub też przedostają się do krwiobiegu i osiedlają się w innych narządach: oponach mózgowych, kościach i t. p. Trudno orzec, jak długo otorbione laseczniki gruźlicze mogą pozostawać w gruczołach, nie przechodząc do innych narządów, i jak długo zachowują swą jadowitość. Gdy gruczoły oskrzelowe cierpią wskutek innych poprzedzających chorób, to, jakkolwiek nie zawierają ogniska gruźliczego, stają się bardziej podatne do przyjęcia lasecznika gruźliczego. Ten drugi sposób zakażenia zdarza się u dzieci. Zaś u dorosłych częściej się zdarza samozakażenie, powstające z gruczołów oskrzelowych dawniej cierpiących. Wprawdzie i u dorosłych lasecznik gruźliczy, przedostawszy się do pęcherzyków płucnych, może jeszcze długo pozostawać beczynnym, dopóki jakaś choroba narządów oddechowych (zapalenie płuc, grypa) nie wytworzy sprzyjających warunków do bujania tegoż lasecznika. Oprócz powyższych chorób i inne cierpienia dróg oddechowych sprzyjają powstaniu gruźlicy płucnej: katary oskrzeli, krtani, migdałów, nosa i astma oskrzelowa.

Na osobną wzmiankę zasługuje zapalenie opłucny. Występowanie gruźlicy płuc u pleurytyków było dawno rzeczą znaną. Już przed odkryciem lasecznika gruźliczego stwierdzano niejednokrotnie, iż gruźlica płuc rozwija się na gruncie przebytego zapalenia opłucny. Niewątpliwą jest rzeczą, iż zapalenie opłucny i gruźlica płuc często nawiedzają jednego i tego samego. Zapalenie opłucnej może być poprzednikiem gruźlicy lub też pierwszym jej objawem. Stwarzać ono może również sprzyjające warunki dla następczego zakażenia. Jeżeli występują zrosty opłucny, to w danym płucu zmieniają się warunki oddychania i krążenia krwi. Przeto płuco to staje się podatnym do rozwoju laseczników przenikających z zewnątrz, lub też dla tych, które już dawniej osiedliły się w pęcherzykach płucnych i czekały na zdarzoną sposobność, by przejawić swą jadowitość. Pierwotna gruźlica opłucny zdarza się bardzo rzadko. Najczęściej zakażenie występuje z ogniska w płucach, leżącego powierzchownie i z gruczołów oskrzelowych. Tem ostatniem tłumaczy się częstość zapaleń opłucny u osobników zolżowatych. Oprócz tego możliwą jest rzeczą, że toksoproteiny

laseczników gruźliczych, przedostając się do opłucny, wywołują jej podrażnienie i zapalenie wcześniej, aniżeli przenikną tam laseczniki gruźlicze. Te ostatnie znajdowano bardzo rzadko w płynie opłucny (Kelsch, Vaillard, Gombault, Chauffard, Eiselsberg, Ehrlich, Kuscharky, Fränkel, Renwers, Netter, Pausini, ks. Ludwik Ferdynand, Grawitz i inni).

Obok tego badania A. Fränkla, Weichselbaum'a, Nettera, Levyego, Barrs'a, ks. Ludwika Ferdynanda, Jakowskiego, Sacaze, Goldscheider'a, Fernet'a, Ihneg'o i innych wykazały, iż w płynie opłucnej (surowiczym i ropnym) spotkać można często paciorkowce, gronkowce i pneumokoki. Gdy brak jest tych gatunków, należy przypuścić, iż mamy do czynienia z gruźlicą. Że tak jest wistocie, dowodzą te przypadki, w których po szybkim wessaniu się wysięku resp. wygojeniu się sprawy, występowała prosówka, lub też gruźlica kości lub stawów.

Ze statystyki Jacob'a i Pannwit'za wypada, iż z 3295 chorych 371 przechodziło przedtem zapalenie opłucny, co stanowi 9,2% przypadków.

Nie zawsze jednak zapalenie opłucny jest poprzednikiem i zwiastunem gruźlicy, lecz się zdarza w większości przypadków.

Małokrwistość i blednica są po większej części wyrazem już istniejącej gruźlicy. Niekiedy blednica może całemi latami poprzedzać pojawienie się gruźlicy. Statystyka Jacob'a i Pannwit'za wykazuje, że z pośród 970 kobiet gruźliczych 205 razy (25%) stwierdzono w wywiadach blednicę. Zgadniają się z tem spostrzeżenia Papillon'a, Kabanow'a, Hewelkego, Potain'a, Teissiera, Hanota, Girandina.

Osobniki ze skazą moczanową, według zdania wszystkich klinicystów, rzadko zapadają na gruźlicę, która u nich wreszcie przebiega przewlekłe: bez gorączki i bez objawów podmiotowych. Spostrzeżenie to zużytkowano nawet do leczenia. Angielscy i francuscy lekarze podają suchotnikom surowe mięso. Trudno sądzić obecnie o wynikach tego leczenia, gdyż sprawa jest zbyt świeżą.

Wady serca nie stanowią przeszkody dla powstawania gruźlicy. Zdarza się one częściej przy cierpieniu lewego ujścia żylnego, zaś nieco rzadziej przy cierpieniu prawego. Przy jednoczesnem cierpieniu kilku ujść pojawia się gruźlica niezmiernie rzadko. Wyjątek z tego prawidła stanowi zwężenie ujścia tętnicy płucnej, nawet wtedy, gdy jest powikłane z innymi wadami zastawkowemi.

Birch-Hirschfeld z pośród 107 trupów z wadami zastawkowemi stwierdził gruźlicę w 4,6% przypadków. Tymczasem w 2 przyp.

zwężenia ujścia tętnicy płucnej w obydwóch stwierdził gruźlicę. Moczówka cukrowa często usposabia do powstania gruźlicy płuc. Być może, iż w powyższem cierpieniu grunt staje się podatniejszy do rozwoju gruźlicy wskutek większej zawartości cukru w tkankach i we krwi. Wiadomo bowiem, że cukier sprzyja rozwojowi lasecznika gruźliczego. 25% chorych z cukromoczem umiera wskutek gruźlicy płuc. Cierpienia przewodu pokarmowego stanowią czasami pierwszy objaw gruźlicy. B r e h m e r zwrócił uwagę, iż obdarzeni słabym apetytem (schlechte Esser) należą do gatunku osobników usposobionych do gruźlicy. Niewątpliwie, iż brak apetytu stały, trwający miesiącami, jest pierwszym podmiotowym objawem poczynającej się gruźlicy płuc. Cierpienie to również rozwinać się może u osobnika, który dłuższy czas cierpiał na przewlekły nieżyt żołądka, wskutek czego podupało odżywianie ustroju i zmniejszyła się jego odporność.

Niewątpliwą jest rzeczą, iż możebnem jest pierwotne zakażenie w kiszkać ew. w gruczołach kreskowych wskutek spożycia pokarmów zawierających lasecznika gruźliczego. To się zdarza nie tylko u dzieci, lecz i u dorosłych, których odporność się zmniejszyła wskutek długotrwałych cierpień, jeśli ci chorzy spożywali surowe mleko w przeciągu całych tygodni lub miesięcy. Stwierdzono, że gruźlica kiszek rozwija się nierzadko po tyfusie, gdyż lasecznik gruźliczy może się osiedlić w owrzodzeniach tyfusowych. Lecz i nietyfusowe nieżyty kiszek mogą usposabiać do rozwoju gruźlicy.

Rzeżączka sprzyja rozwojowi gruźlicy jąder (S i m m o n d s. K a r e w s k i) i cewki moczowej (A h r e n s), nerek i t. p.

S c h u c h h a r d t spostrzegł mieszane zakażenie cewki moczowej gruźliczo-rzeżączkowe.

Psychozy z charakterem przygnębienia, osłabiając odruchową zdolność dróg oddechowych do usuwania z nich kurzu, usposabiają do gruźlicy płuc, o ile podobni chorzy obcuja w zakładach z suchotnikami.

Troski, zmęczenie, przepracowanie, mają znaczny wpływ na przebieg gruźlicy, lecz, o ile się zdaje, nie wytwarzają usposobienie do niej. Oskarżano służbę wojskową o to, iż wytwarza usposobienia do gruźlicy wskutek zmęczenia i przepracowania żołnierzy. Tymczasem, dane statystyczne zebrane z armii pruskiej, bawarskiej, austriackiej i belgijskiej (C o r n e t) bynajmniej tego nie potwierdzają. Według C o r n e t'a, liczba gruźliczych wśród ludności cywilnej wynosi 84 na 10000 mieszkańców, gdy tymczasem w wojsku liczba gruźliczych przedstawia się, jak następuje:

w Prusach	przypada	31,7	gruźliczych	na	10000	żołnierzy
„ Bawaryi	„	39,5	„	„	„	„
„ Austryi	„	56,5	„	„	„	„
„ Belgii	„	49,6	„	„	„	„

Również rzadko umierają żołnierze na suchoty płucne podczas kampanii. Stwierdził to Tholosan w armii francuskiej podczas krymskiej kampanii. Zaś podczas kampanii francuzko-niemieckiej na milion żołnierza niemieckiego zmarło 1630 wskutek suchot płucnych, co stanowi 16,3 na 10000 żołnierza.

Wszystkie uszkodzenia skóry i błony śluzowej stanowią wrota do przenikania laseczników gruźliczych. Ta okoliczność tłumaczy powstawanie miejscowych spraw gruźliczych. Doświadczenia dotąd nie stwierdziły, by laseczniki gruźlicze mogły przenikać przez nieuszkodzoną skórę i błony śluzowe u dorosłych.

h) *Zajęcia i zawody.* 1. Robotnicy w przemyśle metalurgicznym, szklanym lub mineralnym wykazują większą odsetkę gruźliczych. Tak np. Peterson ogłosił w 1885 r., iż stwierdził gruźlicę płuc u 80% robotników w hutach szklanych, u 70% szlifierzy metali, 62% pilnikarzy, 40% kamieniarzy, 40—50% szlifierzy walców młyńskich. Peacock ogłosił w 1860 r., że 40% robotników w wiedeńskich szlifierniach kamieni zmarło na gruźlicę płuc. Zaś z pośród 41 robotników, z których połowa podczas przyjęcia do fabryki nie miała więcej nad lat 20, umarło bardzo wielu w 24 roku życia wskutek gruźlicy płuc. Hirt podaje, iż w pewnej hucie szklanej na Szlązku, w której rocznie pracuje 500 hutników, zmarło w przeciągu 7 lat 135 na gruźlicę płuc, co wynosi 27% pracujących. Lewin podaje, iż prawie wszyscy berlińscy kamieniarze poczynają kasłać po 30 roku życia i zapadają na gruźlicę płuc. Ze 100 chorych pilnikarzy 62 zapada na gruźlicę płuc. Na 12 sekcyi, w których Merkel znalazł opiłki żelazne w płucach, w 10 stwierdzono gruźlicę płuc. Ścisłe dane statystyczne co do występowania gruźlicy płuc wśród ślifierzy stali zestawił Oldendorff z okręgu Solingen. Tam przeciętny wiek dorosłego człowieka, po wyłączeniu robotników z żelaznych fabryk i ślifierzy, wynosi 54,4 roku, zaś dorosłego ślifierza stali 39,4 r. Z pośród ostatnich 25% cierpi na kaszel i krwioplucie. Sternberg stwierdził, iż ze 100 robotników igieł 80 umiera przed 50 rokiem życia. Reeves, badając 136 robotników igieł, tylko w jednym przypadku stwierdził zdrowe płuca. Stratmann zakomunikował na berlińskim kongresie dla zwalczania gruźlicy, że w okręgu Solingen, gdzie ludność masowo trudni się szlifierstwem stali, śmiertelność z gruźlicy wynosi 47,7% wszystkich zgonów wo-

góle. Croner stwierdził, iż pomiędzy rzeźbiarzami i kamieniarzami śmiertelność wynosi 100%. Do powstawania gruźlicy płuc u wyżej wymienionych kategorii robotników przyczynia się usposobienie, wytworzone wskutek nieustannego drażnienia lub też zranienia dróg oddechowych cząsteczkami żelaza lub kamieni.

2. Nieodpowiednie lub nachylone położenie ciała przy zajęciu, zarówno jak wdychanie kurzu lub gazów przy fabrykacji, usposabia również do gruźlicy płuc. Dużą odsetkę śmiertelności z gruźlicy wykazują z jednej strony: drukarze, stolarze, młynarze, piekarze, rzeźbiarze, górnicy, tokarze, tkacze, farbiarze, fabrykanci cygar, szczotek, pędzli i introligatorzy. Z drugiej zaś krawcey, szewcy, fabrykanci płótna, buchalterzy, krawcowe, szwaczki i t. p. W dalszym ciągu pracujący w fabrykach chemicznych, którzy są narażeni na oddychanie drażniącymi gazami.

3. Największe niebezpieczeństwo zarażenia się winno by grozić lekarzom. Jednak w rzeczywistości tak nie jest, gdyż lekarza chroni od zarażenia się krótki pobyt u chorego i odwiedzanie takowego w tym czasie, gdy porządki w domu już ukończone. To ostatnie dotyczy i ordynatorów szpitalnych. Wchodzą oni bowiem na salę dopiero w kilka godzin po oczyszczeniu takowej. Wreszcie, w dobrze urządzonych szpitalach chorzy nie są zbyt skupieni. Każdy z nich ma swój kufel do płwociny, podłogę przed oczyszczeniem zlewają sublimatem, co przeszkadza unoszeniu się kurzu w powietrzu i zabija, wreszcie, laseczniki. Przeciwnie, posługacze i pielęgniarki są bardziej wystawieni na zarażenie się. Cornet zebrał materiały cyfrowe za lat 25, dotyczące sióstr miłosierdzia katolickich zakonów w Prusach, zajmujących się pielęgniarstwem chorych w szpitalach i lecznicach. Okazało się, iż z liczby 74306 osób tej kategorii $\frac{2}{3}$ zmarło na suchoty płucne. To samo zjawisko spotkać można i wśród sióstr miłosierdzia ewangelickich. Chorzy w szpitalach mniej są wystawieni na zarażenie się gruźlicą płuc, gdyż każdy posiada oddzielny kufel, jeśli naturalnie służba przestrzega przepisów co do porządkowania sal (o czem wyżej). Oprócz tego chorzy leżą dość daleko od siebie, co uniemożliwia zakażenie przez kropelkowanie przy kaszlu. Bardziej narażeni mogą być tylko chorzy z cierpieniem dróg oddechowych, a szczególnie z zapaleniem płuc i grypą, jeśli leżą blisko suchotnika. To też należy tego starannie unikać przy rozmieszczaniu chorych na salach.

i) *Położenie społeczne.* Jako czynniki, usposabiające do gruźlicy, sływały już z dawien dawna złe warunki bytowe, wadliwe mieszkanie, siedzący tryb życia. Nędza idzie w parze z ciasnotą mie-

szkania i skupianiem się większej ilości mieszkańców w mieszkaniach, a to potęguje możność zarażenia się, tembardziej, że mieszkania podobne są pozbawione powietrza i słońca. Jeśli dodamy do tego wilgoć w mieszkaniach, złe urządzenia do opalania, wadliwe klozety, a z drugiej strony niedostateczne odżywianie, niezdrową pracę, troski i zmęczenie, to otrzymamy sumę czynników, które mogą w wysokim stopniu podkopać odporność ustroju. Meyer z New-Yorku, robiąc poszukiwania w biedniejszych dzielnicach tegoż miasta, stwierdził, iż w przeciągu ostatnich kilku lat nie wydarzył się nigdy sporadyczny przypadek gruźlicy, w tych cyrkułach. Jeśli bowiem w pewnym mieszkaniu zjawił się jeden przypadek gruźlicy, to niewątpliwie już w przeciągu pierwszego roku pojawiło się kilka innych. Złe warunki zdrowotne w warsztatach i fabrykach wpływają na szerzenie się gruźlicy wśród pracujących, o ile między nimi znajdzie się choć jeden suchotnik.

j) *Szkola*. Szkoła również może być ogniskiem zarazy dla braku spluwaczek, złego ich rozmieszczenia i nieostrożnego kaszlu. Sami nauczyciele mogą nabyć gzuźlicę wskutek złych warunków zdrowotnych szkoły, tembardziej, gdy mają do tego usposobienie.

k) *Więzienia*. Częstym również gościem jest gruźlica w więzieniach, jeśli w celach siedzi po kilkunastu więźniów wespół z suchotnikiem. Stwierdził to Baly jeszcze w zeszłym wieku, a Villemain pisze, iż śmiertelność wskutek suchot płucnych we francuskich więzieniach trzykrotnie przewyższa takąż wśród wolnej ludności. Buidingen stwierdził, że śmiertelność gruźlicy wśród więźniów jest dwa razy większą, aniżeli wśród wolnej ludności. Suchoty w więzieniu trwają od 1 do 2-eh lat, zaś wśród wolnej ludności 6 do 7 lat. W Prusach w ostatnich latach polepszyły się warunki w więzieniach. Gdy bowiem pomiędzy 1875—1878 rokiem umierało z gruźlicy 118 na 1000 więźniów, pomiędzy 1892 a 1894 tylko 81.

l) *Wiek*. Ciekawą jest rzeczą, jaki wpływ wywiera wiek chorych na liczbę zachorowań i zgonów z gruźlicy. Według Cornet'a, Volland'a, Jacob'a i Pannwitz'a, zachorowalność w pewnym wieku nie tyle zależy od usposobienia danego wieku, ile od mniejszej lub większej możności zarażenia się. Za to skutki wywołane przez toż zakażenie są różne, względnie do wieku danego osobnika. U dzieci cierpią przeważnie i przedewszystkiem gruczolę chłonna, u dorosłych zaś błony śluzowe i narządy niemi pokryte. Wskutek wdychania laseczników gruźliczych znajdujemy u dzieci gruczolę gruczolów oskrzelowych. Płuca dość często są wolne od gruźlicy i cierpią dopiero następczo wskutek przedostania się laseczników z gruczolów

przez pośrednictwo naczyń chłonnych, na co wskazuje umiejscowienie się cierpienia w „hilus pulmonum“, a nie w szczytach płuc. U dorosłych przeciwnie. Punktem wyjścia są pęcherzyki płucne i najdrobniejsze oskrzela, gruczoły zaś cierpią wtórnie. U dzieci cierpią pierwotnie gruczoły krezkowe, zaś kiszki mogą być wolne. U dorosłych zaś tworzą się rozległe owrzodzenia na błonie śluzowej kiszek, zaś gruczoły krezkowe cierpią wtórnie. U dzieci łaseczniki gruźlicze łatwiej uwalniają się z gruczołów i przy pośrednictwie naczyń chłonnych rozprzestrzeniają się dalej. Wskutek również większej przepuszczalności ścian naczyń krwionośnych, łatwo przechodzą do krwioobiegu i wywołują prosówkę, która zarówno u dzieci, jak i u młodych zwierząt zdarza się daleko częściej, aniżeli u dorosłych ludzi i starszych zwierząt. Przebieg gruźlicy u młodszych osobników jest szybszy i gwałtowniejszy, aniżeli u starszych. Statystyka dowodzi, że największa liczba zgonów z gruźlicy przypada na okres pomiędzy 15 a 60 rokiem życia, t. j. na okres największej zdolności do pracy (z danych dotyczących Prus). Poszczególne zaś wypadki, że liczba zgonów z gruźlicy na 10000 żyjących mieszkańców wynosi w wieku

1—15 roku	—8	osób
15—60	28	„
wyżej 60	6	„

(D. c. n.)

II. PODSTAWY PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORJI HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtriere.

Napisał

L. Rzezniewski.

(Ciąg dalszy).

6. Określenie na podstawie psychologicznej histeryi jako choroby. Formuła psychologiczna histeryi.

Ponieważ zaprotestowaliśmy przeciw poczytywaniu histeryi za „złudzenie imaginacji“ przeto ciąży na nas obowiązek dokładniejszego określenia istoty histeryi.

Na podstawie zebranych dotychczas danych doświadczalnych mamy prawo dziś już kusić się o rozwiązanie tego zagadnienia.

Powiedzieliśmy na wstępie, że histerya łącznie się w sferze automatyzmu psychologicznego. Powinniśmy obecnie bliżej to objaśnić i aby objaśnienie nasze uczynić dostępniejszem postaramy oprzeć się na porównaniu histeryi ze stanem mniej więcej normalnego zdrowia psychologicznego.

Wiadomo, że nawet u ludzi psychicznie zdrowych istnieje t. zw. automatyzm psychologiczny i poczytujemy sobie za obowiązek zwrócić uwagę, że właśnie doświadczenia psychokliniczne rzuciły dopiero nowe światło na doniosłe znaczenie tej przez dawniejszą psychologię nieco zaniedbanej dziedziny zjawisk psychologicznych.

Chcąc jednak mówić o automatyzmie psychologicznym, musimy pierwszej scharakteryzować choć w kilku słowach znaczenie t. zw. świadomości.

Świadomość, ten, jak ją nazywają, epifenomen zjawisk życiowych ustroju ma zadanie podwójne:

Służy człowiekowi w zetknięciu ze światem zewnętrznym do coraz rozumniejszych przystosowań do warunków zewnętrznych i staje się przez to źródłem nabytków, które zrazu obracane są na budowę „jaźni cielesnej, następnie zaś jaźni duchowej człowieka; prócz tego zaś świadomość daje człowiekowi możność „poznawania siebie“ każdej danej chwili“.

Z powodu ciągle zmiennych warunków i wpływów zewnętrznych nie mówiąc już o zmianach wewnętrznych ustroju, świadomość nie może być stanem jednolitym niezmiennym lecz musi przedstawiać seryę stanów następujących po sobie lub wyrażając się popularnie musi tworzyć łańcuch o wielu ogniwach, z których ostatnie odpowiada stanowi świadomości bieżącemu, poprzednie zaś stanom świadomości minionym w życiu danego osobnika.

Spoidłem między idącymi po sobie stanami świadomości jest pamięć, ona też stanowi podstawę jedności jaźni. Pamięć, która z naszego tu stanowiska zasługuje na uwagę jest pamięcią elementarnych wrażeń zmysłowych. Rozpoznanie bowiem siebie każdej danej chwili opierać się musi przede wszystkim na możliwości porównania „swego czucia“ oraz „swych wysiłków“ bieżących z czuciem oraz wysiłkami odczuwanymi przez danego osobnika przedtem. I ta to właśnie pamięć stanowi podstawę t. zw. *osobowości*.

Osobowość i w stanie normalnym ulega z *czasem* zmianom tak pod wpływem przystosowań zewnętrznych, jak pod wpływem zmian, które stopniowo zachodzą w ustroju. Że mimo to utrzymuje się jej

jedność przynajmniej pozorna, to dzięki jedynie 2-u przyczynom: jedna z nich jest ta okoliczność, że zmiany z czasem dotyczą przeważnie naszej jaźni intelektualnej, zatem zjawisk skomplikowanych, wtórnych, stanowiących dalszą elaborację zjawisk psychologicznych elementarnych t. j. uczucia zmysłowego i pamięci jego wrażeń, drugą zaś, że przeważający w każdym z nas typ zmysłowy stanowiący ośrodek, do koła którego grupują się nie tylko mowa, ale myśl i akcja normalnie zwolna tylko ulega modyfikacyom¹⁾.

Otóż pod tym względem napotykaną pierwszą zasadniczą różnicę między osobowością mniej więcej normalną a osobowością hysteryczną, że ta ostatnia należy do typu nagle zmiennego (alternatif) pod względem uczucia zmysłowego, pamięci wrażeń zmysłowych, oraz przeważającego typu zmysłowego jak tego dowiodły spostrzeżenia i doświadczenia nad hypnozą historyków, otrzymaną nie za pomocą sugestyi lecz za pomocą działania monotonnych bodźców na zmysły tych chorych²⁾.

Brak zatem stałej równowagi psychofizyologicznej historyków jest jednym z pierwszych odmiennych warunków psychologicznych, naruszającym jedność jaźni osobistej u tych chorych. Lecz idźmy dalej.

I w stanie mniej więcej normalnym świadomość osobista, jasna nie jest bynajmniej streszczeniem całkowitego życia psychicz-

1) Ballet. Langage intérieur 1886.

2) P. Janet. L'automatisme psychologique 1894.

Przypominamy tu zacytowane wyżej w rozdziale o amnezyi prawo psychofizyologiczne zależności w głębokiej hypnozie historyków modyfikacji pamięci elementarnej od modyfikacji uczucia zmysłowego, na obwodzie. Według tego prawa ukazywanie się i znikanie oraz wszelkie pośrednie modyfikacje uczucia zmysłowego w histeryi odbywają się równolegle z ukazywaniem się lub znikaniem ze świadomości jasnej resp. osobistej wspomnień nabytków dokonanych za pomocą tegoż gatunku uczucia zmysłowego. Prawo to jako sprawdzone w pojedynczych przypadkach za pomocą dokonanych w ściśle określonych warunkach doświadczeń, których wyniki nie mogą zatem ulegać wątpliwości, może być tylko kwestyonowane co do stopnia uogólnienia, jakie mu przyznać należy. Jego bowiem doświadczalne sprawdzenie we wszystkich przypadkach napotyka na wielkie trudności z powodu, że komplikacja zjawisk pamięci jest nadzwyczajna i co chwila mogą się spotykać okoliczności anormalne, które maskują prawo ogólne. Mimo to, prawo to jest w stanie wytłumaczyć zadawalniająco tyle zjawisk hypnozy, histeryi, a nawet normalnego życia psychologicznego, że my przynajmniej pozorne sprzeczności skłonniejsi jesteśmy przypisać niedostateczności naszych środków mierzenia różnej skali modyfikacji jakim ulegać może uczucie świadome niż odrzucić rzucone prawo zasadnicze.

nego, jakie się w każdym z nas odbywa. Ze względu na nader liczne wrażenia działające na nasze zmysły świadomość jasna musiała być zwolnioną od nadmiaru mogącej ją łatwo przeciążyć pracy asymilacyjnej ogółu wrażeń zmysłowych, odbieranych każdej chwili po pierwsze dla tego, że na pewnym stopniu rozwoju byłaby ta praca całkiem nieużyteczną, a powtóre, że znużona świadomość przestałaby rychło być zdolną do wyższego urabiania pierwiastków psychologicznych t. j. uczucia i pamięci elementarnej. To też normalnie jedynie w dzieciństwie, dopóki wyższa jaźń duchowa jeszcze się nie wytworzyła, życie psychiczne dziecka ogranicza się jedynie do chwytania wrażeń zewnętrznych i robienia z wrażeń na zmysły działających na bytków, których przeznaczeniem jest służyć za podstawę do wytworzenia jaźni cielesnej, na której ma się następnie wspierać jaźń intelektualna.

Lecz właśnie też z tego powodu, że w świadomości jasnej, osobistej nie mogą być w każdej chwili zasymilowane wszystkie wrażenia działające na nasze zmysły, masa tych wrażeń a ewentualnie i płynących z nich dalszych operacji intelektualnych odbywa się w każdym z nas w każdej danej chwili poza obrębem świadomości jasnej, osobistej, zatem mniej więcej bezwiednie, w sferze świadomości mniej jasnej, którą nazwano automatyzmem psychologicznym lub sferą podświadomą. Uznajemy za użyteczne zrobić tu nawet przegląd szczegółowy tych pierwiastków psychologicznych, z których składa się automatyzm psychologiczny każdego bez wyjątku człowieka.

I tak, z wielkiej liczby wrażeń, działających współcześnie na nasze zmysły, jak wypływa z powyższego, część tylko staje się spostrzeżeniem osobistym, reszta zaś pozostaje na stopie t. zw. sensacyi t. j. nie dochodzi w danej chwili do świadomości jasnej (uczucie podświadome). Nie przeszkadza to bynajmniej do zapisywania się owych sensacyi w pamięci, pod postacią wspomnień mniej jasnych (wspomnień podświadomych). Tworzenie się wyobrażeń złożonych czyli intelektualnych odbywa się również w znacznej mierze po za sferą świadomości jasnej i każdy z nas mógłby słusznie się dziwić, skąd niekiedy nagle wypływa na powierzchnię jego świadomości jakieś zmodyfikowane, rozszerzone lub uszczupłone *mimo jego wiedzy* wyobrażenie, gdyby normalnie nie miał wewnętrznego poczucia, że wyobrażenie to jest jego własne, mimo że jasna świadomość nie przyjmowała bynajmniej czynnego udziału w wymienionych modyfikacjach tego wyobrażenia. I nie tylko pojedyncze wyobrażenia, ale łańcuchy wyobrażeń, pewne idee, pewne pobudki pewnych czynów mogą zjawiać się w naszej świadomości prawie gotowe, gdyż kojarzenie się wyobrażeń

jest procesem automatycznym. Cóż dopiero mówić o wzruszeniach lub o pewnych stanach uczuciowych, które przeważnie ani wiadomo skąd powstają ani kiedy lub dlaczego giną.

I nie powinno chyba ująć uwagi, że w powyższym wyliczeniu elementów, składających się na treść automatyzmu psychologicznego ludzi zdrowych, napotykaemy sensacje, wspomnienia, wyobrażenia, nawet skojarzenia wyobrażeń i akty nawykowe, wzruszenia, słowem *wszystkie też same elementy psychologiczne, które wymieniliśmy w przeglądzie znamion psychologicznych hysterii*. Dodajmy więc jeszcze, że każdy z nas ma w życiu swem normalnym podwójną egzystencję psychologiczną: jedną reprezentowaną przez stan jawy, drugą zaś przez marzenia senne, częstokroć z następczą amnezją (amnesia localisata), gdyż jeśli nie zaraz po obudzeniu, to w ciągu dnia rzadko kto pamięta dokładnie treść swoich marzeń sennych.

Czegóż to wszystko jednak ma dowodzić? Czy z powodu tych analogii histerya przestaje być chorobą lub hypnoza histeryków z następczą zupełną amnezją i ze wszystkimi swemi, przez długi czas, nieomal, że za nadprzyrodzone uważanemi zjawiskami równa się drzemce zdrowego człowieka?

Porównania mają swoje granice, a granic tych nie należy przekraczać, zwłaszcza gdy się ma do czynienia ze zjawiskami *subtelnymi*, do rzędu których należą zjawiska psychologiczne. Nie należy też nigdy zapominać, że w psychologii, różnica proporcji rozstrzyga o różnicach natury zjawisk.

Automatyzm psychologiczny ludzi psychicznie zdrowych ma tę cechę charakterystyczną, że jego elementy nie zasymilowane w świadomości jasnej równocześnie, mogą być zasymilowane kolejno przez zwrócenie na nie uwagi *według dowolnego wyboru*, co zaś najważniejsza, że kosztem jeśli nie zawsze nieznacznego to w każdym razie *możliwego wysiłku dowolnego* mogą być one wciągnięte w zakres świadomości jasnej pod kontrolę osobowości i *to właśnie w warunkach psychicznych normalnych zapobiega ich nadmiernemu rozwojowi*.

Bez wątpienia, histerya ma swój początek, histerya może przechodzić w wyzdrowienie, zatem i w hysterii spotykamy punkty styczne ze stanem psychologicznym mniej więcej normalnym, spotykamy fazy lub postaci hysterii, zbliżające się do stanu normalnego. Lecz nam nie o to tu chodzi. Naszem zadaniem jest zwrócić uwagę na te podstawowe warunki psychiczne, na mocy których histerya jest chorobą.

Otóż w hysterii w skutku aprosexii, czyli patologicznego lenistwa uwagi dowolnej i w skutku jej śladem, jako dalsza konse-

kwencya tak zwanej dystrakcyi historycznej idącej amnezyi elementy niezasymilowane podlegają *izolacyi* to jest odcięciu od świadomości osobistej *w daleko wyższym stopniu* niż to może mieć miejsce normalnie i z powodu tej izolacyi znajdują wszelkie przyjazne warunki do swego patologicznego, pasorzytniczego rozwoju, poza możliwą każdą chwilą normalnie kontrolą osobowości, oraz wrażeń zmysłowych bieżących.

W skutku pasorzytniczego rozwoju elementów niezasymilowanych bądź rozdrobionych bez śladów koordynacyi, bądź tembardziej skoordynowanych w drugo lub trzeciorzędne łańcuchy rywalizujące ze świadomością jasną ta ostatnia utracą swą własność normalną czynienia z wrażeń zewnętrznych nabytków bieżących, mających służyć do celów bieżących, co znaczy, że *rozwoj osobowości* normalnie każdej chwili odbywać się mający, *zostaje w historyi powstrzymany*. W tej fazie zbierać też możemy co chwila dowody, że świadomość jasna, osobista jest zubożała, zredukowana, wątła. Możemy też przytoczyć tu dla przykładu doświadczenia Binet'a i Férégo¹⁾, że skoro przetniemy historykowi dostęp wrażeń zewnętrznych przez te zmysły, które podtrzymują jeszcze jego stosunek normalny ze światem zewnętrznym, to wspomnienia wrażeń tych zmysłów nie wystarczają zwykle na dłużej do podtrzymania jego egzystencyi psychologicznej zwykłej, chory ulega częstokroć prawie natychmiastowemu zamroczeniu inteligencyi i świadomości zwykłej i wtedy rozpoczyna drugą egzystencyę psychologiczną automatyczną czyli podświadomą, to jest popada w somnambulizm. Na tem też opiera się sekret łatwej hypnotyzacyi niektórych historyków, lecz prócz tego doświadczenie to służy również za dowód, że w miarę osłabienia świadomości jasnej i w odwrotnie proporcjonalnym do tego osłabienia stosunku zaczyna być czynnym w historyi automatyzm psychologiczny, czem znowu redukcya świadomości jasnej historyków różni się od osłabienia świadomości idyotów i dementów, oraz od świadomości ludzi, pozbawionych jednego lub wielu zmysłów od urodzenia, u których obfitość wyobrażeń dostarczonych przez zmysły zachowane i czynne kompensuje brak w świadomości wyobrażeń zmysłów nieistniejących.

Z klinicznego jednak punktu widzenia musimy przyznać, że tak znaczną redukcję świadomości osobistej i taką przewagę zjawisk automatycznych spotykamy zazwyczaj w późniejszych okresach silnie już rozwiniętej historyi. Cofnijmy się zatem jeszcze do początkowych

1) Archives de physiologie 1887 r. t. II, str. 373.

okresów choroby, w których zjawiska podświadome są rudymenarne i jedynym objawem są znamiona. Otóż na mocy genezy psychologicznej anestezyi jako znamienia, na mocy wyjaśnienia stosunku, jaki łączy anestezyę histeryczną, objaw pozornie fizyczny, ze specjalnem roztargnieniem histerycznem, następnie zaś z amnezją, zmuszeni jesteśmy odtąd zapatrywać się na anestezyę o granicach stałych, jako na prawdziwą *lukę w świadomości jasnej chorego*, a znaczy to najprzód, że redukcya świadomości jasnej występuje w histeryi już w pierwszych okresach choroby i odnosi się pierwotnie do wrażeń elementarnych zmysłowych, powtóre dowodzi też niezbiecie, że w histeryi nie tylko normalny rozwój osobowości zostaje powstrzymany, lecz że wytworzona już przedtem osobowość z chwilą zrealizowania tła psychologicznego histeryi ulega dezagregacyi.

Wobec powyższego mamy obowiązek zwrócić uwagę raz jeszcze, jak wielki popełniałby odtąd błąd kliniczny ten, ktoby osobnika, który w stanie poczytywanym powszechnie za normalny, w stanie jawy przedstawia utrwalone lub choćby nawet przez pewien czas zmienne zaburzenia czucia zmysłowego z charakterem ujemnym uznawał za zdrowego, któremu „zdaje się“, że jest chory. Przekonanie zaś takie opierał wyłącznie na tak wątłem kryterjum, że według jego spostrzeżeń „byle co“ jest niekiedy w stanie zmodyfikować tę lub ową przypadłość rzeczonoego osobnika¹⁾.

Streszczając wszystko przytoczone powyżej dochodzimy do wniosku, że *histerya jest chorobą osobowości, w której nie tylko nieustannie normalnie odbywać się mający rozwój osobowości zostaje powstrzymany, lecz w której utworzona już przedtem osobowość podlega fatalistycznie dezagregacyi, skutki zaś tej dezagregacyi nie pozostają zamknięte w sferze psychicznej, lecz odbijają się na obwodzie, czyli sprowadzają konsekwencye psychofizyologiczne.*

Jeśli jednak określenie powyższe histeryi jest wystarczające pod względem teoretycznym, to za to, ze względów praktycznych, ze stanowiska klinicznego, okazuje się potrzeba takiej formuły histeryi, któraby zgodnie z powyższem określeniem streszczała całą histeryę bez względu na okres choroby, któraby wyróżniała i charakteryzowała ten rodzaj niemocy psychologicznej, jaki stanowi cechę charakterystyczną histeryi, a przeto służyć mogła za podstawę do różniczkowania.

¹⁾ Byłoby w każdym razie pożądanem poddawać ściślejszej analizie psychologicznej w pojedynczym przypadku mechanizm działania owego modyfikatora.

wego rozpoznania histeryi w klinice. Formuła odpowiadająca wszystkim powyższym wymaganiom da się wyrazić jako *zwężenie pola świadomości jasnej czyli osobistej*.

Dzięki pracom W u n d t'a o zmiennej szybkości, z jaką stany świadomości następują jeden po drugim, dzięki doświadczeniom hypnotycznym, które wykazały, że absolutny monoideizm t. j. stan świadomości wypełniony przez jedno tylko wyobrażenie elementarne równa się katalepsyi, dzięki wreszcie samoobserwacyi psychologicznej, która wykazuje nam, że monoideizm świadomości w stanie normalnym jest tylko pozorny, w rzeczywistości zaś posiadamy naraz w świadomości większą ilość wyobrażeń oraz wspomnień, które walczą z sobą, usiłując wydobyć się na wierzch (poliideizm), S p e n c e r określił w końcu świadomość jako pole. Pole, czyli rozciągłość maksymalna świadomości, mierzy się ilością prostych lub względnie prostych pierwiastków psychologicznych, które w niej *naraz* pomieścić się mogą. W u n d t doświadczałnie ilość maksymalną tych pierwiastków w polu świadomości określił cyfrą 12. Prawdopodobnie jednak cyfra ta jest większą, jeśli porównamy ilość wrażeń wzrokowych mogących się pomieścić naraz w polu widzenia dokładnego, które stanowi przecież tylko cząstkę świadomości. Pole świadomości może i w warunkach normalnych podlegać wahaniom zależnie od okoliczności, snu lub czuwania, nateżonej lub zmęczonej uwagi. Pole świadomości normalnie, pomimo poliideizmu zawdzięcza swą jedność przynajmniej pozorną *syntezie* tych wszystkich elementów t. j. *przyswajaniu ich sobie każdej chwili przez osobowość*. Osłabienie psychiczne w histeryi polega właśnie na *niemocy tej asymilacyi osobowościowej*.

Niemoc ta odbija się zarówno na znamionach, które mają charakter ujemny, przedstawiają się jako osłabienia resp. powstrzymania świadomego uczucia, woli, pamięci, jak i na przypadłościach boć przecież ani dyzestezyi (resp. hyperestezyi) ani kontraktur i spazmów histerycznych nikt chyba nie będzie poczytywał za perfekcyę uczucia lub spostęgowanie czynności mięśniowej.

Dodajmy, że to osłabienie, wyczerpanie nie jest mimo pozorów miejscowem ani ograniczonem od pewnego jakiegoś narządu zmysłowego, lecz ogólnem, gdyż względna ruchomość i zmienność, pozorne sprzeczności i ekwiwalencye objawów w histeryi rozwiniętej przemawiają za tem,

Zwracało to oddawna uwagę autorów. F é r é stan ustawicznego zmęczenia podaje za cechę histeryi. O p p e n h e i m i inni niemcy wspominają o „reizbare Schwäche“, J o l l y ekzageracyę afektów w histeryi tłumaczy niemocą psychiczną.

Dopiero jednak P. Janet określa bliżej rodzaj osłabienia psychicznego w histeryi, jako specjalną niemoc uwagi dowolnej czyli t. zw. *aproxie histeryczną*, która sprowadza niekiedy przyćmienie jasnego spostrzegania wrażeń bieżących wogóle, przedewszystkiem jednak przeszkadza syntetyzowaniu *większej ilości naraz* tak wrażeń zmysłowych, jak wspomnień, wyobrażeń, aktów.

Pośrednie wewnętrzne lub zewnętrzne przyczyny powodując ową podstawową niemoc psychologiczną—osłabiając syntezę osobowościową, sprowadzają objawy histeryi, które streścić się dadzą w formule zwężenia świadomości jasnej czyli osobistej.

Tak powstają anestezye—znamiona histeryi, będące wyrazem specjalnej abulii tych chorych, jakieśmy wykazali.

Lecz i suggestyjność patologiczna histeryków mieści się w owej formule psychologicznej histeryi. Albowiem nadmierny rozwój wyobrażeń lub wzruszeń w histeryi zależeć może jedynie od ich izolacyi, izolacya zaś ta jest następstwem zwężenia pola świadomości.

Istnieje w histeryi wielka różnaitość stopni oraz postaci dysocjacyi wyższej psychologicznej syntezy oraz w różnych jej fazach, godne bliższej uwagi, wzajemne oddziaływanie na siebie 2-ch sfer, sfery świadomości jasnej na automatyzm, oraz sfery automatycznej na świadomość. Istnieje też wielka różnaitość objawów, które powodować są w stanie odcięte od sfery świadomości jasnej, zautomatyzowane i mniej lub więcej rozwinięte pierwiastki psychologiczne. Pierwiastki te mogą trwać rozproszone, podlegać większej lub mniejszej koordynacyi, marnieć lub wracać napowrót w sferę świadomości osobistej. Należy wszakże pamiętać, że egzaltacya zjawisk automatycznych w histeryi jest tylko następstwem osłabienia świadomości osobistej, że jest zatem proporcjonalna do stopnia osłabienia tej wielkiej psychologicznej funkcji, jaką jest synteza osobowościowa, która w normalnych warunkach psychologicznych musi być czynna nieustannie¹⁾.

(Dok. nast.)

¹⁾ *Uwaga.* Pisząc w 1888 r. o hypnotyzmie w medycynie podaliśmy zwężenie pola świadomości jako cechę umysłu histeryka. Nie dziwnego, że formuła ta, której zresztą autorstwa nie przypisujemy sobie, jest dziś uznana za formułę psychologiczną histeryi, na histeryę bowiem można się zapatrywać jako na *pewną postać hypnozy, występującą samodzielnie.*

Wszak podaliśmy wyżej, że somnambulizm doświadczalny resp. hemisomnambulizm może być traktowany jako histerya w warunkach umożliwiających kontrolę doświadczalną resp. modyfikację sztuczną jej objawów.

Aby jednak niedopuszczać do nieściśłych wniosków, że szkoła Salpêtrière utożsamia ogólnie stan świadomości w hypnozie z histeryą mamy

obowiązek przypomnieć tu, że właśnie pierwszy Charcot zwrócił uwagę na różnorodność stanów hypnotycznych.

Dziś znana jest wielka ilość stanów hypnotycznych czyli sztucznych modyfikacji świadomości jakie otrzymane być mogą między stanem świadomości właściwym mniej więcej normalnej jawie, a najgłębszym ze znanych stanów hypnotycznych zwanym letargiem.

Otóż szkoła Salpêtrière zna i badała takie postaci hypnozy, w których w stosunku do stanu świadomości właściwego histeryi *zweżenie pola świadomości jest znacznie większe* t. j. bardziej in minus niż w histeryi. Do takich należy np. świadomość mogąca pomieścić naraz jedno tylko wyobrażenie elementarne jaka charakteryzuje *stan katalepsyi doświadczalnej prawdziwej* pozbawionej cienia dowolności, oznaczającej się nieruchomością, ślepem naśladownictwem ruchów, echolalią, głównie tem, że osobnik w tym stanie *nie rozumie absolutnie mowy eksperymentatora*. I z tego powodu stan taki nie może być otrzymany „przez sugestycję” jak mniemają niektórzy. Nadto do stanów hypnotycznych z jeszcze bardziej zwięzłą świadomością zalicza się *letarg sztuczny*, w którym pozornie zdaje się, że ginie wszelka świadomość. Prawdopodobnie za życia świadomość nie ginie nigdy w zupełności, *istnieje tylko absolutna niemożność wejścia jakąkolwiek drogą w porozumienie z osobnikiem znajdującym się w stanie letargu*, jak o tem mieli sposobność przekonać się członkowie kongresu psychologicznego w Monachium 1896 r. badając t. zw. Yogga (gatunek fakira).

Wiadomo, że t. zw. katalepsya, katatonja, letarg występują niekiedy samodzielnie jako specjalne stany psycho-patologiczne, a fragmenty ich odnajdują się także i w histeryi. Lecz histeryę ogólnie cechuje stan świadomości, który określiliśmy jako automatyzm poliideiczny całkowity lub częściowy, jako sugestyjność wyobrażeń złożonych i aktów, a takiemu stanowi odpowiada zawsze mniejsze lub większe zwięzienie pola świadomości, t. j. wyraźne zmniejszenie liczby zjawisk współcześnie każdej chwili wyplniających umysł.

Prócz powyższego szkoła Salpêtrière zbadała nadto doświadczalnie czy hypnoza histeryków, niezależnie od sugestyi pojmowanej w ścisłym znaczeniu psychologicznym może dawać niekiedy wynik pozornie paradoksalny t. j. okazać się *modyfikatorem in plus zwykłego stanu świadomości tych chorych?* W kwestyi tej da się najogólniej powiedzieć, że badając różne fazy, przez które przechodzi świadomość histeryka w stanach głębokiej hypnozy szkoła Salpêtrière stwierdziła doświadczalnie, że możliwym okazuje się u histeryków sztuczne wytworzenie stanów, w których wszystkie funkcyje czucia i pamięci zostają przywrócone, a równocześnie sugestyjność ginie. Jest to szczegółowy przypadek ogólniejszego zjawiska psychologicznego jakim jest wahanie stopnia napięcia psychologicznego pod działaniem różnych wpływów.

Nie wchodzi w zakres pracy niniejszej bliższy rozbiór tej skomplikowanej zresztą kwestyi, która na podstawie doświadczalnej może dziś stanowić temat oddzielnego studyum. Możemy więc tu tylko wspomnieć najogólniej, że psychologicznego objaśnienia rzeczonego faktu szukać należy w odmiennych w hypnozie niż na jawie warunkach uwagi z jednej, a czucia i pamięci z drugiej strony. W głębszych stopniach hypnozy histeryków możliwym jest odzyskanie wspomnień zaniedbanego w zwykłym stanie ich

jawy czucia zmysłowego, przez co może być osiągnięte rozszerzenie świadomości w tym kierunku. Jeśli to rozszerzenie uda się utrwalić i po za hipnozą t. j. utrzymać w stanie jawy, co stwierdzono doświadczalnie w niektórych przypadkach, to okaże się zrozumiałem, że przez sztuczne modyfikacje świadomości mogą być niekiedy usunięte anestezje jako znamiona, a wtedy też stwierdza się równoległe ubytek suggestywności. Z tego ostatniego powodu ten rodzaj psychoterapii zasługiwałby na szczególną uwagę. Zasługuje on też, lecz niestety dotychczas tylko ze stanowiska teoretycznego, gdyby bowiem ktoś zapragnął stosować głębsze stopnie hipnozy do leczenia histeryi natknąć się łatwo może na nader liczne trudności i niedogodności, których ogół pochodzi z psychopatologicznego stanu tych chorych, a w walce z którymi eksperymentator nie może się posługiwać suggestyą z powodu słabnącej suggestywności w tych stanach, lecz tylko akceptacją dobrowolną ze strony chorego.

Wspomnieliśmy więc tu o tych modyfikacjach świadomości z innych powodów: najprzód, aby przypomnieć, że są różne stany hipnotyczne, i takie, które sprzyjają suggestyi i takie które ją wykluczają, należy zatem umieć je odróżniać i liczyć się z niemi nawet gdy jest mowa o t. zw. „terapii suggestywniej“; powtóre, żeby wykazać, że wspominając o t. zw. „hipnotyzmie leczniczym“ nie potrzebujemy dziś już w tej kwestyi poprzestawać na grubym empiryzmie, gdyż posiadamy kryteria naukowe na hipnotyzmie doświadczalnym oparte. Wreszcie z powodu, że na tej właśnie podstawie dodatnie niekiedy działanie bardzo powierzchownych stanów hipnotycznych, bez amnezyi pohypnotycznej, które zupełnie słusznie powinny być dziś jeszcze prawie wyłącznie stosowane do celów leczniczych u histeryków mało suggestywnych na jawie, a które nazywaliśmy pseudohipnozą leczniczą, nie powinny być traktowane jako skutki „wrażenia wywieranego na imaginację“ lecz bardziej naukowo, jako psychologicznie ważne momenty skupienia i kierowania uwagi chorego na jego jaźń cielesną i ćwiczenia w kierunku normalnego postrzegania wrażeń płynących z obwodu.

Lecz z powyższych rozumowań wypływa też chyba logicznie, że od chwili, gdy otrzymujemy rozszerzenie świadomości w kierunku wprowadzenia do niej napowrót zaniedbanego czucia, lub otrzymujemy pozytywne wyniki przez ćwiczenie uwagi w kierunku normalnych percepcyi, od tej chwili, rozumie się naturalnie w stosunku do anormalnego, zwężonego na jawie, choć zwykłego stanu świadomości chorego histeryka, t. zw. hipnoza przestaje być właściwie hipnotyzowaniem czyli według popularnego wyrażenia usypianiem, lecz staje się raczej budzeniem osobnika „śpiącego na jawie“.

Nie możemy więc powstrzymać się tu od zwrócenia uwagi, że niefortunna zdaniem naszym terminologia, oznaczająca jedną nazwą chorobę i leczenie, nazywającą suggestyą terapeutyczną wpływ perswazyi słownej, której zadaniem powinno być właśnie neutralizować suggestyę patologiczną, nazywającą dalej hipnotyzmem leczniczym modyfikacje sztuczne rozszerzające anormalną, zwężoną świadomość zmierzającą zatem do rozbudzenia zahypnotyzowanego przez chorobę chorego, że niefortunna terminologia ta, powtarzamy, przyczynia się niepomalu do istniejących po dzień dzisiejszy nieporozumień i podtrzymuje błędne psychologiczne pojęcia o celach i środkach „tej nowej gałęzi psychoterapii“ wśród jej przeciwników a częstokroć i adeptów.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

447. D-r Ernst Bendix. **Przypadek pentozuryi.** (Münch. Med. Woch. № 36. 1903).

Aczkolwiek już przeszło lat dziesięć upłynęło od czasu, jak Salkowski uznał pentozurę za swoistą anomalię przemiany materii, niewątpliwych przypadków tego cierpienia dotychczas ogłoszono bardzo niewiele. Kupiec, lat 52, dziedzicznie nie obarczony, który morfiny ani kokainy nigdy nie używał, 1½ roku temu zapadł na influencję, z której ozdrowienie szło nader wolno, i jednocześnie chory zauważył, że chudnie. Rozbiór moczu wykazywał: odczyn kwaśny (stałe), ciężar gatunkowy wahał się w granicach 1016—1028, białko w ilości ½—1½‰. Osad zawierał niewiele leukocytów i nabłonków z dróg moczowych; czasami kryształki kwasu moczowego i szczawiany wapnia. Nie zawierał natomiast wcale wałków, również ujemnie wypadły próby na aceton, kwas acetoctowy, indykan i ciała dyazowe. Próby Trommer'a i Fehling'a wypadły dodatnio i to w sposób właściwy, według Salkowskiego, dla moczu zawierającego pentozę: nie natychmiast podczas gotowania, lecz po ostygnięciu raptownie, skokami po przez cały słup płynu. Próba przez fermentację dała wynik ujemny; nie skręcał również mocz, nawet po silnem skoncentrowaniu, płaszczyzny polaryzacyjnej. Próby z floroglucyną i oreyną występowały bardzo wyraźnie. Złocisto-żółta ozazona, utworzona podług Salkowskiego, z pozbawionego białka moczu, wykazała właściwości pentozazonu: topi się przy 155°, rozpuszcza się w gorącej wodzie, zawiera około 17% N. Ilość zawartej w moczu pentozy, określona podług Allina, wahała się pomiędzy 0,4 do 0,6%.

Tym sposobem w danym przypadku rozpoznano z całą pewnością pentozurę. Etiologicznego momentu nie udało się wskazać, szczególnie zaś zasługuje na uwagę fakt, że przytaczane dotychczas otrucia morfina, kokaina (Salkowski, Reale, Luzzato), jako przyczyny, wywołujące to cierpienie, w danym przypadku zupełnie są wykluczone, występujący zaś białkomocz należy w danym razie przypisać przewlekłemu zapaleniu nerek—przypadkowemu, prawdopodobnie, powikłaniu pentozuryi samoistnej, dla której przyczyn tu nie znaleziono.

P. Rogoziński.

448. D-r Benno Hallauer. **Wpływ gęstości moczu na wynik prób na białko.** (Münch. Med. Woch. № 36. 1903).

Badania autora pod kierunkiem Gürber'a (Würzburg) doprowadziły do ciekawych wyników, którym trudno odmówić praktycznego znaczenia. Wzięto mocz normalny zwykłej gęstości, wyparowano go

do połowy objętości i dodano nieco surowicy, której dolano i do niewyparowanego moczu i przerobiono następnie próby na białko. Okazało się, że próba przez gotowanie wypadła w obu porcjach dodatnio, a w stężonym moczu nawet wybitniej. Natomiast próba obrączkowa Heller'a i próba z kwasem octowym i żelazocyankiem potasu w stężonym moczu wypadły zupełnie ujemnie, gdy w moczu o normalnej gęstości białko występowało bardzo wyraźnie. Jeżeli zaś zgęszczony mocz rozcieńczyć wodą, obie próby ostatnie wywołują natychmiastowe zmętnienie od wypadającego białka. I próba przez gotowanie nie wypadnie w zgęszczonym moczu, jeżeli go przed gotowaniem zakwasie kwasem saletrzanym; rozcieńczenie zaś wodą znowu białko straci.

Jeżeli mocz wyparować do $\frac{1}{4}$ pierwotnej objętości, to już i zwyczajna próba przez gotowanie daje wynik ujemny. Wszystkie próby powyższe dotyczą tylko moczu o niewielkiej zawartości białka (0,2—0,3%) i ostrzegają, jak bałamutnymi mogą być wskazania prób na białko w moczu skoncentrowanym, który wymaga przeto poprzedniego rozcieńczenia wodą.

Co zaś do przyczyn powyższego zjawiska, to w próbie obrączkowej Hellera upatrywać ją należy w moczniku, w próbie przez gotowanie—w moczniku i solach obojętnych, a w próbie z kwasem octowym i żelazocyankiem potasu—w pewnych solach, szczególnie fosforanach.

P. Rogoziński.

449. Otto Pelzl. **Odczyn dwuazotowy, jako środek różniczkowo rozpoznawczy.** (Wr. klin. Woch. № 31. 1903).

Badania swe autor przeprowadził na 500 z górą przypadkach duru brzuszego, odry, szkarlatyny, czerwonki, ostrej i przewlekłej gruźlicy, zapalenia włóknikowego płuc, opłucny, ropnicy, posocznicy, gośćca stawowego, niezżytu oskrzeli, zimnicy, zapalenia gardła i t. d. Dodatni wynik odczynu otrzymał w następujących chorobach: we wszystkich przypadkach duru brzuszego od połowy pierwszego do końca trzeciego tygodnia, w odrze przed wysypką i w początkach okresu wysypkowego szkarlatyny, w posuniętych postaciach gruźlicy płuc i błon surowiczych i w posocznicy. Za wyjątkiem duru brzuszego i odry, zdaniem autora, odczyn dwuazotowy występuje w tych przypadkach, w których do obiegu wkraczają paciorkowce, co sprowadza zwykle za sobą wysoki podskok ciepłoty. W takich razach dyazo-reakcyja może być dobrym wskaźnikiem do wczesnego zastosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej lub wewnątrzżylnego wprowadzenia kollargolu.

Leon Zamenhof.

450. Delany (Calcutta). **O znaczeniu rozpoznawczem ciałek krwi w zimnicy.**

Na podstawie badania krwi u 197 chorych na zimnicę, autor stwierdził, że krew tych chorych posiada wybitne własności charakterystyczne, na podstawie których można rozpoznać zimnicę, nie posługu-

jąc się wcale wykryciem drobnoustrojów właściwych tej chorobie, tem bardziej, że ustalenie tych ostatnich możliwym jest nie częściej, niż w 17%. Do najważniejszych i najczęstszych zmian krwi podczas zimnicy zalicza autor powiększenie liczby dużych jednojądrowych leukocytów; jeżeli odsetka ich równa się 12% lub więcej, prawie napewno można rozpoznać zimnicę; a wysokość tej odsetki stanowi prawie zjawisko stałe, gdyż stwierdził ją autor w 90% swych przypadków. Inne zmiany dotyczą powiększenia liczby limfocytów do 60% i więcej zamiast zwykłych 20—30% obok zmniejszenia ogólnej liczby białych ciałek, jak również i czerwonych, a także zjawienia się we krwi myelocytów. W stosunku do rokowania za niepomyślny objaw należy uważać zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi do 1500 i niżej w 1 mm.³ W takich razach wewnętrzne stosowanie chininy pozostaje bez żadnych skutków dodatnich i tylko nieraz poprawę mogą sprowadzić zastrzyknięcia podskórne tego środka.

Wyżej wymienione własności krwi stanowią, zdaniem autora—prawie stały objaw zimnicy i brak ich tylko w nielicznych przypadkach, jako to: 1) ostrych świeżych postaciach, 2) jeżeli krew do badania bierze się podczas paroksyzmu i ciepłota jest wyższą, niż 40- i wreszcie 3) w rzadkich przypadkach niepowikłanych postaci, przebiegających z objawami leukocytozy. W ostatnich przypadkach za zwyczaj ilość drobnoustrojów we krwi jest tak znaczną, że łatwo się dają one wykryć przy pierwszym badaniu. Przypadki z leukocytozą zalicza autor do ostrych i ciężkich, gdyż przewlekłe cechuje zazwyczaj zmniejszenie się liczby leukocytów.

Leon Zamenhof.

451. Pletnew. **Przyczynę do kazuistyki cierpień symulujących dur brzuszny.** (Rusk. Wracz. № 42. 1903).

Różnorodność postaci duru brzuszego coraz mniej wytrzymuje ścisłą krytykę naukową. W ostatnim czasie wyosobniono cały szereg cierpień, zbliżonych do omawianej choroby pod względem klinicznym, a jednak różniących się pod względem bakteriologicznym. Cierpienia te zostały opisane przez Schottmüller'a, Kolliba'y'a, Kurth'a, Chariego, Krause'go, Brion'a, Lion'a, Negel'a i cały szereg innych autorów pod nazwą „paratyphus“. Usiłowano nawet wyosobnić swoisty czynnik tej choroby w postaci lasecznika paratyfusowego. Wszyscy niemal autorowie znajdowali w tym laseczniku pewne cechy prątki okrężnicy obok jednak pewnych znamion wyraźnie odmiennych. Jako przyczynę do tej interesującej kwestyi autor przytacza 2 przypadki, które pod względem klinicznym stanowiłyby należałoby zaliczyć do duru brzuszego, a które jednak nie mogły usprawiedliwić tego rozpoznania pod względem bakteriologicznym: krótki okres zwiastunowy, ciągły wzrost ciepłoty i lityczny jej spadek, zaburzenia w kanale pokarmowym w postaci obstrukcji, chwilami ustępującej miejsca bieguncy, powiększenie w obu przypadkach śledziony—wystarczająco składały się na kliniczny obraz duru brzuszego, a jednak badanie

bakteryologiczne ustaliło tylko obecność lasecznika kiszkowego, którego bliższych własności autor nie starał się określić.

Przypadki N. bardzo zbliżone są pod względem klinicznym do choroby, opisanej przez Gilbert'a w ostatnim podręczniku wydanym przez Brouardela, Girada i Gilbert'a pod nazwą „colibacillosis“. Choroba ta, sądząc z opisu, ma dużo wspólnych cech z paratyfusem. Dalsze doświadczenia wykażą, czy to ostatnie cierpienie jest tylko jedną z postaci colibacillosis, czy też chorobą zupełnie z niem jednoznaczna.

Leon Zamenhof.

452. **Klieneberger. Przyczynek do etyologii gastritis phlegmonosa.** (Münch. Med. Woch. № 31. 1903).

W literaturze do chwili obecnej ogłoszono wszystkiego 67 przypadków gastritis phlegmonosa. Choroba ta przeważnie zjawia się u mężczyzn, niezależnie od wieku. Powstanie swoje poza wyjątkowymi wypadkami, jak to: uraz, otrucie, złe odżywianie i inne, może ona zawdzięczyć również i wkroczeniu samoistnemu drobnoustrojów ropnych do błony podśluzowej żołądka lub też następstw chorób zakaźnych. Na objawy składają się: silne bóle w nadbrzuszu, wysoka ciepłota i prostracya. Przebieg bywa zazwyczaj ostry, rozpoznanie nie łatwe, a rokowanie fatalne. Leczenie objawowo-przyczynowe.

Przypadek autora dotyczy zdrowego, mocnego mężczyzny, który stale cieszył się wyborem zdrowiem. W ciągu trzech dni zażył on 35 g. czystego jodku potasu i jako następstwo tego wystąpiły objawy ciężkiego otrucia jodem przy silnych bólach żołądkowych i nieznacznie podniesionej ciepłocie; śmierć nastąpiła w objawach zapalenia otrzewny. Autor jest zdania, że przyczyną gastritis phlegmonosa w danym przypadku był jod, który, uszkodziwszy nabłonek, przedostał się do podśluzowej warstwy żołądka. Przypadek autora zasługuje na szczególną uwagę ze względu na tak małą ilość jodu, która mogła spowodować tak poważne następstwa. Może on poniekąd służyć przestroga pouczającą, jak należy strzedz stanu żołądka przy objawach otrucia jodem i zawczasu usunąć możliwe następstwa za pomocą środków zaradczych.

Leon Zamenhof.

II. Chrooby dzieci.

453. **D-r Cheinisse. Zwężenie odźwiernika u osesków.** (Sem. médicale. № 32. 1903).

Autor twierdzi na podstawie zebranych danych, że zwężenie odźwiernika u osesków bywa częściej, niżby się to na pierwszy rzut oka zdawać mogło. Najważniejszymi objawami zwężenia są: wymioty natychmiast po przyjęciu najmniejszej choćby ilości pokarmu, widoczne ruchy robaczkowe żołądka, dający się wyczuwać guz w okolicy odźwiernika, nareszcie wtórne rozszerzenie żołądka. Wymioty następują zaraz

po urodzeniu się lub też w kilka tygodni po przyjściu na świat. Zauważyć też można absolutny brak żółci w wymiotach, jednocześnie diureza osłabia się, następuje też obstrukcja.

Do ostatnich czasów rokowanie stawiano fatalne—wpływała na to różnica, zdań jaka zachodziła między autorami, rozpatrującymi kwestję zwężenia—co do przyczyny wywołującej zwężenie—dziś jednak większość zgadza się na zabieg operacyjny.

Tak np. *Thomson* twierdził, że zwężenie wywołane jest przez hipertrofię tkanki mięśniowej odźwiernika, chodzi tu nie o przeszkodę anatomiczną, lecz skurcz funkcjonalny wskutek silnej działalności odźwiernika przy połknięciu smółki, a więc podczas życia śródmacicznego. Tegoż mniej więcej zdania jest i *Pfaundler*. Dzieli on żołądki obserwowane podczas autopsji na a) żołądek t. zw. diastoliczny, t. j. normalny i b) systoliczny o tkankach zgrubiałych odpornych (są też i formy przejściowe). Żołądki diastoliczne okazały się też normalnymi przy badaniu drobnowidzowem, zaś w systolicznych żołądkach włókna mięśniowe były przerosłe. Wystarcza jednak wstrzyknięcie wody do takiego żołądka, by z systolicznego stał się diastolicznym, t. j. normalnym. *Pfaundler* zaznacza, że jeśli śmierć nastąpiła wkrótce po jedzeniu, mamy na autopsji do czynienia z żołądkiem systolicznym, w przeciwnym razie z diastolicznym, twierdzi on nawet, że ci autorowie, którzy na autopsji znajdowali zgrubienie odźwiernika, co uważali za potwierdzenie rozpoznania postawionego za życia o zwężeniu tegoż, mieli do czynienia z żołądkami systolicznymi! Uważając więc na zasadzie powyższych danych chorobę tę za czysto funkcjonalną—za skurcz mięśni odźwiernika bez podkładu anatomopatologicznego, *Pfaundler* przeciwny jest wszelkemu zabiegowi chirurgicznemu, twierdząc, iż jest on nie tylko zbyteczny, lecz szkodliwy.

Inni (*Meltzer*, *Brissaud*) spotykali na autopsji nie tylko przerost mięśni, lecz i tkanki włóknikowej—zbliżali więc hipertrofię odźwiernika osesków do „linité plastique“ dorosłych, tak zwanej według autorów francuskich. Leczenie zależy od punktu widzenia. Ci, którzy biorą zwężenie odźwiernika za cierpienie funkcjonalne, radzą systematyczne przepłukiwanie żołądka, narkotyki, okłady, czyste mleko krowie. *Batten* radzi wprowadzać po 60 gr. mleka z dodaniem 30 gr. wody wapiennej za pomocą miękkiej sondy wstawionej do nosa, głównie dla tego, że sonda wyklucza ssanie. Dziecko powinno być w ten sposób karmione tak długo—dopóki lekarz nie przekona się, iż po ssaniu nie wymiotuje. Niektórzy tu radzą podskórne wstrzykiwania roztworu fizjologicznego soli. Ile razy jednak powyższe leczenie nie daje żadnego polepszenia i wszelkie środki są już wyczerpane, należy zwrócić się o pomoc chirurgiczną, przyczem, im wcześniej, tem lepiej, zważywszy, że i stan chorego, nie wycieńczonego długim cierpieniem, daje rękomię uratowania życia. Najlepszym sposobem jest gastroenterostomia, jako zabezpieczająca od nawrotów. Robią też operację t. zw. *Loreta* (laparotomia, incyzja żołądka i rozerwanie palcami odźwiernika. Za operacją przemawiają wszyscy ci, którzy, nie zgadzając się z teorią *Pfaundlera* i t. p., twierdzą, że zwężenie spowodowane jest przerostem mięśni żołądka. *Matylda Kobryner*.

454. P. Re y h e r. **Przyczynk do etyologii i patogenezy krztuśca.**
(Jahrb. f. Kinderh. 1903. 14 paźdz.)

Pomimo gorliwych poszukiwań z dziedziny etyologii i patogenezy koklusz, dotychczas co do przyczyny swoistego zakażenia w tej chorobie zdania autorów są podzielone. Najwyraźniej uwydatnia się ta niezgodność poglądów w 2-eh poważnych pracach, które pojawiły się ostatnimi czasy; mianowicie w pracy Cz a p l e w s k i e g o i H e n s e l ' a w r. 1897 i w pracy J o c h m a n n ' a i K r a u s e ' g o w r. 1901. Pierwsi znaleźli we wszystkich przypadkach krztuśca drobną, nieruchomą, krótką pałeczkę z owalnie zaokrąglonymi końcami, zbliżoną do lasecznika influenzy morfologicznie i ze względu na zachowanie się przy barwieniu. J o c h m a n n zaś i K r a u s e napotykali w płwocinie krztuśca 3 morfologicznie identyczne, ale pod względem stosunku do podłoża i barwienia się metodą Gram'a niejednakowe gatunki małego też, nieruchliwego, owalnego lasecznika, wielkości i kształtu l. influenzy.

Wobec takiego stanu kwestyi autor rozpoczął własne badania bakteryologiczne na oddziale kokluszowym kliniki Charité w Berlinie, pozostającej pod zawiadywaniem H e u b n e r ' a. Ilość przypadków, zbadanych przez niego (wraz z kilkoma przypadkami z przytułku Rummelsberg), wynosiła 34. Autor podaje przy każdym bardzo krótką wzmiankę o stanie, w jakim pacjent przybył do szpitala, i wyniki badania bakteryologicznego.

Co do tych ostatnich we wszystkich 34-eh przypadkach udało się otrzymać na najrozmaitszych podłożach hodowle Cz a p l e w s k i e g o (polbacterium) z płwociny, kilka razy z wydzieliny nosa, raz z ropy ucha, w 9-ciu przypadkach ze śluzu krtani tchawicy (przy autopsyi) raz nawet na preparatach z przekrojów krtani i tchawicy w śluzie i komórkach nabłonkowych. Nieznaczną tylko różnicę w porównaniu z wynikami Cz a p l e w s k i e g o zauważył R., mianowicie odbarwienie się młodych bakteryi przy użyciu metody Gram'a, czego Cz. nie spostrzegął. Co się tyczy pytania, czy lasecznik znaleziony we wszystkich 34 przypadkach jest swoisty, to R e y h e r mniema, że bakteryologicznie fakt ten nie został jeszcze udowodniony. O wpływie surowicy dzieci kokluszowych na te bakterye nie może być mowy, gdyż wszystko przemawia za tem, że przy krztuścu mamy do czynienia z cierpieniem miejscowem i dlatego leczenie surowicą przeciwkrztuścową, zdaniem autora, nie ma żadnych widoków i jest co najmniej przedwczesne.

W końcu autor podaje wykaz piśmiennictwa, obejmującego 71 prac i 8 wizerunków, przedstawiających obraz drobnowidzowy.

B. Polikter.

455. J. L. Morse. **Sprawozdanie z 8-iu przypadków zapalenia płuc u niemowląt, leczonych surowicą antypneumokokową.** Rzecz czytana w amerykańskim Towarzystwie Pedyatrycznym w Waszyngtonie d. 12, 13, 14 maja 1903. (Arch. of. Ped. № 7. 1903).

W ciągu ostatnich lat 12-u zjawiły się liczne usiłowania w celu wytworzenia surowicy, skutecznej w zapaleniu płuc u ludzi. Pierwsze prace doświadczalne o sztucznej uodpornianiu w tej chorobie ogłosił Klemperer, który, posilkując się hodowlami przesączanemi, otrzymał surowicę (antipneumotoxin), zabezpieczającą zwierzęta od zarażenia się pneumokokami; wszelako wartość tej ostatniej okazała się bardzo mała. Za przykładem Klemperer'a poszli inni, niektórzy posługiwali się surowicą, otrzymaną z chorych na zapalenie płuc lub z rekonwalescentów po tej chorobie; atoli i w tym razie otrzymane wyniki były niezadowalające.

Ostatnimi czasy Washborne, De Renzi, Pane i in., posługując się żywymi hodowlami, wytworzyli surowice, zabezpieczające od złośliwych pneumokoków i posiadające pewną wartość leczniczą. Surowice te działają zabójczo na bakterye, ale prawdopodobnie mało albo wcale nie wpływają na antytoksyny pneumokoków. Wyniki leczenia tą surowicą wogóle nie są zachęcające, jakkolwiek kilku autorów podaje wyniki bardzo pomyślne. Z ustawienia przez Goldsboro ugh'a (w r. z.) przypadków, leczonych wszystkimi temi surowicami, okazuje się, że przyczyna niezadowalających wyników jest ta sama, co przy stosowaniu innych surowic, i polega na tem, iż obfitują one w ciała uodporniające, ale wymagają jeszcze pewnego uzupełnienia.

Po tym pobieżnym rzucie oka na dzieje omawianej surowicy, który powtórzyliśmy tu za autorem, ten ostatni przechodzi do pobieżnego opisu 8-iu przypadków zapalenia płuc, leczonych przez niego surowicą, otrzymaną od H. K. Mulford Co. (nazwa fabryki? sprawozdawca), podając przy każdym tablicę z ciepłotą (za przeciąg 3—5 dni). Doświadczenia robione były na niemowlętach, dotkniętych pneumonią w Infant's Hospital w Bostonie. Surowicę wstrzykiwano co 4 godziny po 5—10 sz. ctm.; ciepłotę mierzono co 2 godziny in recto. Żadnego leczenia przeciwgorączkowego nie stosowano z wyjątkiem jednego przypadku, w którym parę razy zalecono kąpiel. Wiek dzieci zleonych: od 8-u miesięcy do 2-eh lat.

Nie będziemy tu podawali za autorem całego opisu, zaznaczając tylko główne wyniki.

W żadnym przypadku nie zauważono wpływu na ciepłotę, tętno i oddech. Temperatura to opadała, to podnosiła się po zastrzyknięciu, bez żadnej prawidłowości. Nie zauważono też wpływu na przebieg choroby. Przesilenie w jednym przypadku 8-go dnia choroby, w 3-eh 9-go dnia, więc może nieco później, niż to bywa u dzieci. W 2-eh przypadkach rozwinęło się ropne zapalenie średniego ucha, w 2-eh empyema. Śmiercią zakończyły się 2 przypadki, z tych jeden z powodu zapalenia nerek, drugi z powodu upadku czynności serca. W żadnym z tych przypadków nie było powodu przypisania przy-

czyny śmierci użyciu surowicy. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym po zastrzyknięciu w ciągu 3-ch dni 180 sz. ctm., musiano zaprzestać z powodu niedostatecznego wchłaniania (obrzemie i stwardnienie naokoło miejsca wstrzyknięcia), wchłanianie odbywało się prawidłowo. Wysypek ani cierpienia stawów nie spostrzegano.

B. Polikier.

III. Wiadomości terapeutyczne.

456. Zarcyn. O leczeniu nerwobólu kulszowego za pomocą strychniny. (Rusk. Wracz. № 41. 1903).

W praktyce lekarskiej leczenie nerwobólu kulszowego należy może do najkłopotliwszych zabiegów terapeutycznych. Obecnie stosuje się przeciw niemu 1) masaż i gimnastykę, 2) wodolecznictwo, 3) elektryczność, 4) lekarstwa wewnątrz i 5) zewnętrzne. Z pośród tych wszystkich zabiegów najlepsze zwykle wyniki dają mięsienie i gimnastyka, rzadziej skuteczną okazuje się elektryczność; z wewnętrznych środków w postaciach ostrych dodatni wpływ okazują preparaty salicylowe i mniej dodatni w przewlekłych jod. Środki zewnętrzne zazwyczaj pozostają bez skutku. Idąc za przykładem Czawowa, który na zjeździe bułgarskich lekarzy przeczytał referat o leczeniu ischias za pomocą strychniny, autor przeprowadził szereg doświadczeń nad odnośnym działaniem tego środka. W pracy swej przytacza on 9 szczegółowo obserwowanych przypadków, w których stosował zastrzykiwnia soli azotnej strychniny.

Pierwszy przypadek dotyczył 35-letniej panny, chorej 10 lat. Bóle były tak dotkliwe, że chora po nocach wcale nie sypiała i zupełnie nie mogła chodzić, klinicznie stwierdzono wszystkie objawy lewego nerwobólu kulszowego. Autor zastrzyknął w lewy pośladek 0,001 strychniny. W ciągu 5 godzin po zastrzyknięciu bóle były znacznie słabsze, lecz później wróciły ponownie. Po 2-ym zastrzyknięciu znikły już prawie zupełnie, tak że chora po 6 bezsennych nocach spała spokojnie. O godz. 8 zrana ból jednak wrócił. Po 3-im zastrzyknięciu (0,002) znowu bóle znikły i chora zaczęła chodzić. Do 11-ego zastrzyknięcia bóle zjawiały się tylko od 5-ej zrana i trwały 2—3 godziny, słabnąc coraz widoczniej. Wreszcie ból umiejscowił się tylko na zewnętrznej stronie stopy i tu trzymał się stale do czasu, aż autor nie rozpoczął zastrzykiwania strychniny w dolną część goleni. Po 16 dniach kuracji bóle znikły zupełnie i całkowicie wróciła możność chodzenia. W ciągu 2-ch następnych miesięcy chora czuła się znakomicie, później znikła autorowi z oczu. Drugi przypadek dotyczył obustronnego ischias. Po 7 zastrzyknięciach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Taki sam rezultat absolutnej poprawy otrzymał autor jeszcze w 3 przypadkach. W pozostałych nastąpiła tylko znaczna poprawa: dotyczyły one bardzo zastarzałych postaci, które nie poddawały się żadnym środ-

kom leczniczym. W jednym z nich po pierwszych kilku zastrzyknięciach nastąpiła zupełna poprawa i chora wróciła do domu, lecz po 4 dniach bóle zjawily się ponownie; po 5-em zastrzyknięciu udało się znowu bóle usunąć, lecz tylko na 2 dni. Na ten raz pomimo kilkakrotnych zastrzykiwań bóle nie ustępowały i chora wróciła do domu tylko ze znaczną poprawą. Opierając się na powyższych wynikach, autor twierdzi, że strychnina wśród dotychczasowych środków terapeutycznych w stosunku do nerwobólu kulszowego powinna być uważana za najskuteczniejszy, gdyż daje wyniki szybkie i trwałe.

Leon Zamenhof.

457. (hk) **Apiol.**

Apiol krystaliczny stosowano dotąd w medycynie przeważnie wewnątrznie zamiast chininy w zimnicy i w dysmenorrhoea. J. Roussel zaleca ten środek w amenorrhoea pod postacią wstrzykiwań podskórnych. Zapisuje się: Apioli crystall. puri 4,0

Ol. olivar. stiryl. q. s. ad 20,0 cub. ctm.

MDS. 1 strzykawkę Pravaza = 1 c. ctm. dziennie (=0,2 apioli crystall.).

458. (hk) **Etyl jodowy.**

Wychodząc z zasady, że kłusz ma wiele cech wspólnych z astmą, stosowali Bardet i Ch. A m a t (Nouveaux remèdes 1902) etyl jodowy (aether jodatus) w tussis convulsiva, gdyż wiadomo, że środek ten już niejednokrotnie był stosowany jako dobre antiasthmaticum. Skoro występuje napad kaszlu, daje się wachać dziecku fidkon z szeroką szyjką zawierający kilku gramów etylu jodowego. Stosowanie tego środka ma zmniejszać liczbę i siłę napadów; jednocześnie pobudza wykrztuszanie.

459. (hk) **Orchityna.**

Bouffé stosował przez lat 7 wewnątrzmięśniowe wstrzykiwania wyciągu z jąder (succus e testibus paratus-orchitin) młodym dziewczynom od lat 15—27 prze-

ciwko łuszczycy, przyczem spostrzegł pewien wpływ tej terapii na miesiączkowanie. Po wstrzykiwaniach tych występuje na nowo miesiączka, która wskutek blednicy, niedokrewności wstrzymała się; u dziewczyn, które nieprawidłowo miesiączkowały, orchityna porządkuje regularność.

460. (hk) **Orexinum tannicum.**

C. v. Wild zaleca przeciwko chorobie morskiej orexinum tannicum. Radzi on użyć na 3 godziny przed jazdą 0,5 tego preparatu w $\frac{1}{4}$ litra płynu (herbaty, mleka, rosolu), a w 2 godziny potem wkrótce przed rozpoczęciem jazdy radzi spożyć obfity posiłek. Przy dłuższych podróżach stosuje autor powyższą dawkę orexini 3 razy na dzień na 2 godziny przed jedzeniem. Przy jeździe koleją ma ten preparat również usuwać związane z jazdą dolegliwości. (Archiv. f. Schiffs- und Tropenhygiene).

461. (hk) **Placenta.**

Placenta stosowaną już była niejednokrotnie przez wielu autorów przy involutio uteri incompleta post partum, przy przewlekłej metritis, niedokrewności i t. d. Obecnie Bouchacourt (l'Obstetrique 1902) radzi stosować ją jako znakomite galactagum. Najskuteczniej w tym kierunku działa łożysko owiec. Świeży narząd

oczyszcza się, rozdrabnia i wyciska; otrzymany w ten sposób sok strąca się ammon fluoridem, miesza z syropem i podaje w dawkach od 1,0—2,0 dziennie.

462. (hk) **Retinitis.**

Deutschman i L. Wecker zalecają przy odklejeniu się siatkówki podłącznicowe wstrzykiwania z ciała szklatego wołu. Preparat ten zawiera od 10—20% chlorku sodu i jest w odpowiedni sposób wyjałowiony.

463. (hk) **Theocinum.**

Jest to syntetycznie otrzymane theophyllum. Po raz pierwszy wykazał je w r. 1888 Kossel (Zeitsch. f. physiol. Chemie) w małej ilości razem z kofeiną w liściach herbaty. Jest to biały krystaliczny proszek, pozbawiony zapachu, przy zwykłej ciepłocie rozpuszcza się on w 180 częściach wody, przy 37° C. w 85 częściach. Topi się przy 268° C. Teocyna, podobnie jak kofeina i teobromina, do których pod względem chemicznym bardziej jest zbliżoną, jest silnym środkiem moczopędnym. Minkowski (Therapie der Gegenwart 1902) zaleca ją bardzo w cierpieniach serca w połączeniu z objawami zastoinowymi, w zapaleniach nerek, w ogólnych obrzękach i t. d. Już po dawkach 0,2—0,4 ilość moczu dochodziła do 3000—5000 ctm. sz. na dobę. Nad teobrominą ma teocyna tę wyższość, że działa silniej i prędzej, przy jednoczesnym stosowaniu małych dawek. Kofeina natomiast nie zaw-

sze może być zastąpioną przez teocynę, bo, chociaż ta ostatnia ma działać silniej moczopędnie lecz, brak jej pobudzającego działania na serce. Jako działanie pobocznie teocyny wskazują na zaburzenia żołądkowe; działania drażniącego na nerki preparat ten nie posiada. Stosuje się w proszkach po 0,2—0,4 3—4 razy dziennie, rozpuszczony w ciepłej herbacie po jedzeniu.

464. (hk) **Thigenol.**

Jest to nowy środek, zastępujący ichtyol, zawiera on 10% siarki organicznie związanej. Preparat ten przedstawia się pod postacią brunatnego, gęstego płynu, pozbawionego zapachu, rozpuszcza się zupełnie w wodzie, rozcieńczonym wyskoku i glicerynie.

Lecznicze działanie tigenolu stwierdzonem zostało przez A. Jaquet'a (Therapeutische Monatsh. 1902) w cierpieniach skórnych, szczególnie w pryszczycy, świerzbie, prurigo i t. d. oraz przez F. Merckel'a (Münch. Med. Woch. 1902) w zapaleniach szyjki macicznej, endo-peri i parametritis, w zapalnych cierpieniach adneksów, fissura ani, varices haemorrhoidales, pruritus ani et vulvae. W chorobach skórnych stosuje się tigenol pod postacią 20% maści wazelinowej lub jako ciasto cynko-krochmalowe, w cierpieniach zaś niewieściach zalecają się tampony nasiąknięte 10—15% tigenolem glicerynowym.

IV. BIBLIOGRAFIA.

465. Max Runge. **Podręcznik położnictwa.** Z VI wydania spolszczył z upoważnienia autora d-r Maksymilian Warszawski. Nakład Biblioteki Lekarskiej. T. III. 1903.

Redakcyja Biblioteki Lekarskiej słusznie postąpiła, rozpoczynając już w Iym roku wydawnictwa druk położnictwa. Lekarz praktyk z innymi działami medycyny, gdzie poprzestać można na obserwacyi i przepisywaniu recept, da sobie prędzej radę, w położnictwie, gdzie często trzeba „robić“, lekarz praktyk w zaraniu swej działalności bodaj nasamprzód i najpilniej zmuszony bywa zaglądać do podręcznika akuszeryi, szczególnież właśnie do jej części operacyjnej. Redakcyja Biblioteki Lekarskiej zmieniła, zapewne, dla tych powodów porządek układu w oryginale i już w I-iej części, obok: fizyologii i dyetetyki ciąży, porodu i położu, dała także i operacye akuszeryjne.

Podręcznik położnictwa był u nas wprost nagłą potrzebą. Wprawdzie posiadamy oryginalne książki, jak położnictwo Jordana, operacye położnicze S. Braun'a, lecz przedstawiają one rzecz ułamkowo, a w dodatku, jak ostatnia np. książka, jest wyczerpana i w obiegu księgarskim jej niema. Z pośród dużej liczby podręczników, w jakie obfituje literatura niemiecka Redakcyja Biblioteki Lekarskiej wybrała podręcznik prof. M. Runge'go.

M. Runge, profesor położnictwa i ginekologii w uniwersytecie w Getyndze, posiada opinię w Niemczech nietylko uczonego, lecz i dobrego pedagoga. Max Runge należy do rzadkich osobistości w plejadzie akuszerów, gdyż obok uprawiania wiedzy fachowej, zabiera głos i w sprawach ogólniejszej natury, miewa np. odczyty publiczne, które się cieszą dużym powodzeniem. Jego rozprawa, przed laty wypowiedziana, jako odczyt publiczny, p. n. „Das weibliche Geschlecht in seiner Individualität“, sprawiła w Niemczech niemałe wrażenie i wywołała ożywioną wymianę zdań.

Prof. Max Runge (wypada go odróżniać od d-ra Ernsta Runge, również akuszera, pracującego w klinice getyngeskiej) znakomity praktyk, zawdzięcza swoje powodzenie, a nawet pewną popularność w Niemczech, między innymi temu, że posiada obok daru wystawiania się łatwość przedstawiania rzeczy, nawet zawitych, w sposób jasny, zrozumiały, a ścisły. Powiem więcej, może za ścisły. Wykład jego nie jest jednak tak sucho szkolarski, jak np. Gusserow'a, lub nie dość systematyczny, jak np. Olshausen'a, najwięcej zbliżony on jest w sposobie wykładania do Winter'a.

Rzeczy najważniejsze, najkapitałniejsze wysuwa—na plan pierwszy, szczegóły i szczególiki—pomija, wątpliwości, gdy one się następują, nie pozostawia do rozstrzygnięcia czytelnikowi, lecz sam, kategorycznie się wypowiedziając za tym, lub owym poglądem, je rozstrzyga.

Jeszcze jedna cecha książki M. Runge'go, którą nawet poniekąd w „podręczniku“ za dodatnią, uznać można. Autor nie rozta-

cza przed czytelnikiem erudycyi akuszerzynej, tak bogato nagromadzonej u C. Schröder'a, a w tak umiejętny układ ujętej „w Operacjach Akuszerzyjnych“ Krassowskiego.

Oba podręczniki M. Runge'go—ginekologii i akuszerzy, dzięki swej dokładności i zwięzłości, cieszą się w Niemczech zasłużonem powodzeniem. Położnictwo M. Runge'go doczekało się, w krótkim stosunkowo czasie aż 6-ciu wydań.

Wartość podręcznika podnoszą znakomicie rysunki.

W akuszerzy, a przedewszystkiem, w części jej operacyjnej, rysunki, z natury rzeczy, są środkiem dydaktycznym nieocenionym.

Tutaj, ilość i jakość rysunków wprost decyduje nieraz o wartości podręcznika. W Niemczech, gdzie umiejętność w praktycznem nauczaniu tak wysoko stała, zrozumiano ważność dydaktyczną rysunku i temu przypisać trzeba, że tam, obok rozpowszechnionych atlasów, w rodzaju d-ra O. Schäffer'a, gdzie jest wielka liczba kolorowanych rysunków, a tekst bardzo mało miejsca zabiera, widujemy takie np. wydawnictwa jak, prof. A. Döderlein'a—Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs, w którym na 160 i kilka stronic małej 8-ki, garmentem na interliniach drukowanej, znajduje się 130 rysunków!

M. Runge szczególniejszą uwagę zwrócił w podręczniku na rysunki; jest ich tam mniej, niż np., u Bumm'a, lecz jest ich dosyć—dla zrozumienia, wogóle, tekstu i opisu operacyi. Sam wybór rysunków—trafny i staranny. Część ich wzięta „z tablicy poglądowej ciąży i porodu“ prof. Schultze'go z Jeny, pewną część rysunków wykonał specjalnie dla podręcznika Runge'go profesor anatomii w Getyndze Merkel.

Z rysunków, których brak w innych podręcznikach, znajdujemy na str. 321, między innymi, przedstawiający wywiązywanie główki sposobem Wigand-Martin'a.

Nawiasowo nadmieniam, że tłumacz nie dodał, co uczynił jednak autor, iż rysunek ten zapożyczony został od Winckel'a.

Tyle, co do samego podręcznika.

Przekładu na język polski dokonał kol. M. Warszawski. Przekład położnictwa M. Runge'go, lubo miejscami nie zupełnie zgodny z oryginałem, wogóle jest poprawny. Oprócz błędów, zresztą nielicznych, w korekcie, można by zarzucić, iż tłumacz miejscami używa mylnej interpunkcacyi, a i składnia i styl wyrazów nie zawsze idą w parze z duchem języka naszego.

Całość jednak nie na tem nie traci.

Strona zewnętrzna wydawnictwa przedstawia się korzystnie i odpowiada zupełnie staranności, jaką się wyróżniają książki, nakładem Biblioteki Lekarskiej, z pod tłoczni dotychczas wyszłe.

W końcu, uwaga: tłumacz pisze w nagłówku, że „spolszczył“ podręcznik, otóż, na takie określenie, w tym razie, zgodzić się nie mogę. Pod wyrazem „polszczenie podręczników obcych“ rozumiem nie dosłowny przekład oryginału, lecz bogato w dopiski z literatury polskiej zaopatrzony. W takich dopiskach powinien tłumacz nie tylko podać tytuły ważniejszych polskich rozpraw odnośnych, lecz nawet

streścić ważniejsze prace, lub przynajmniej podać wyniki tych prac w krytycznym oświetleniu.

Pojmuję, że tak prowadzone „polszczenie podręczników“ wymaga nie tylko znajomości języka cudzoziemskiego, lecz bardzo dobrej znajomości danej specjalności i odnośnego piśmiennictwa, lecz wydawanie w takiej postaci podręcznika zyskuje wiele na wartości dla czytelników polskich, a zarazem nie pozostanie bez znaczenia i dla polskiego piśmiennictwa lekarskiego.

Powiem więcej, nieraz mieć może i wartość bezwzględna. Objąsnię to na przykładzie. W rozdziale o embryotomii M. Runge powtarza mutatis mutandis to, co w większości podręczników niemieckich spotkać można, a nie uwzględnia poglądów autorów angielskich i francuskich, no i, rzecz naturalna, i polskich (Mađurowicz, K r a s s o w s k i). Tymczasem, u nas, gdzie wskutek braku odpowiednio i umiejętnie zorganizowanej pomocy położniczej, lekarz względnie często zmuszony jest do operacji tej przystępować, omówienie w dopisku i podanie w streszczeniu rozpraw naszych lekarzy, którzy, wskutek wyjątkowych warunków praktyki, w tym razie są kompetentniejsi od kolegów zagranicznych, było by rzeczą ze wszech miar pożądaną i wprost dla czytelników wartościową.

Brak ten uzupełnić się da w części II-ej Położnictwa, której niecierpliwie oczekujemy.

Józef Jaworski.

V. O D C I N E K.

466. Prof. M. Gruber. **Czy higiena dąży do zwyrodnienia rasy?** („Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse?“ Münch. Med. Wochenschrift. №№ 40 i 41. 1903.

Statystyka narodzin i śmierci wykazuje w latach obecnych w porównaniu z dawniejszą przeszłością nader korzystne stosunki. Widzimy we wszystkich krajach cywilizowanych ciągle i stały wzrost ludności, który zależy od zmniejszania się śmiertelności—głównie w pierwszych latach życia, ale także i we wszystkich epokach życia ludzkiego. W niektórych krajach, jak np. w Szwecyi, w Kantonie Genewskim śmiertelność zmniejszyła się w ostatnim wieku o 60 do 70 na sto.

Nie można się łudzić, aby te zmiany zależały jedynie od świadomego stosowania praw higieny. Przestrzega przed takim optymizmem K r u s e, zaznaczając, że pomimo zmniejszenia się śmiertelności w miastach i po wsiach—utrzymuje się jednak zawsze przewaga śmiertelności w miastach, jako dowód, że nie umiemy dotąd zniszczyć specyficznych szkodliwości życia miejskiego.

Niewątpliwie wielką rolę w omawianem zjawisku gra zwiększenie się bogactwa narodowego i wynikająca zeń instynktowna dążność do poprawy warunków mieszkania, żywienia się i t. d.

Nie brak jednak dowodów bezpośrednich i pośrednich na to, że i świadome stosowanie przepisów higieny niewątpliwie przyczynia się do zmniejszenia się śmiertelności. Uwolnienie Monachium od stałej epidemii tyfusu przez zaprowadzenie kanalizacji, przerwanie cholery w Altonie przez wprowadzenie filtrów, usunięcie ospy w państwie Niemieckiem przez przymusowe szczepienie—mówi o tem wyraźnie. Że samo bogactwo nie wystarcza, dowodzi fakt, że śmiertelność w domach książęcych Europy zmniejszyła się w 19 wieku o połowę w porównaniu z wiekiem 18, chociaż niewątpliwie robiono i wtedy wszystko, na co tylko bogactwo pozwalało.

Nasuwa się jednak pytanie, czy pomimo niewątpliwych korzyści, jakie higiena przynosi osobnikowi, nie szkodzi ona narodowi, rasie? Obawę taką rodzi teoria Darwina, jego nauka o wyborze przez walce o byt. W walce tej następuje wybrakowanie osobników słabszych, silniejsze pozostają i, przekazując swą dzielność i oporność potomkom, tworzą coraz lepszą rasę.

Utrzymując, dzięki higienie, przy życiu osobniki słabsze i pozwalając, im dochodzić do wieku rozmnażania się, wprowadzamy w soki rasy pierwiastki niższej wartości i ułatwiamy jej zwyrodnienie.

Pomimo, że teoria o walce o byt i doborze utrzymuje się niewzruszenie w przyrodoznawstwie, autor nie sądzi, aby dedukcyje, robione ztąd na stosunki ludzkie, miały realne oparcie; przeciwnie, hipotezie tej sprzeciwiają się nawet dane zebrane z życia.

Jeżeli by dzięki higienie utrzymywały się przy życiu właśnie osobniki słabsze, przeznaczone na zgubę w walce o byt w 1-ym roku życia, to musiało by się to okazać w zwiększeniu się śmiertelności w dalszych epokach ich istnienia. Raths sądzi nawet, że znalazł potwierdzenie tego przypuszczenia w tem, że w tych okolicach państwa Niemieckiego, które odznaczają się wysoką śmiertelnością dzieci, liczba zejść w późniejszych okresach życia jest wyraźnie niższą i na odwrót, że za tem istnieje rzeczywiście selekcyja. Autor ten ulega jednak tylko wpływowi ideae praeconceptae. Jeżeli śmierć zabiera osobniki mniej warte, to tam, gdzie jest wysoka śmiertelność ssawców, musiała by być niska śmiertelność dzieci rocznych, tymczasem zjawiska tego niema—przeciwnie, daje się widzieć równoległość w cyfrach zejść ssawców i dzieci od 1 roku do 15.

Następnie, w krajach o największej śmiertelności dzieci mamy również i największą śmiertelność dorosłych i największy odsetek gruźlicy. I przeciwnie, w krajach o niskiej śmiertelności dzieci i następne cyfry przedstawiają się korzystniej. (Autor podaje odnośne dane z Bawaryi, Hohenzollern, Saksonii, Szląsku, Wirtembergii, Prus wschodnich i zachodnich).

Im cięższe są warunki walki o byt, tem doskonalej powinien odbywać się wybór przez szereg wieków lepszych fizycznie. Można by przeto przypuszczać, że Eskimosi albo mieszkańcy Ziemi Ognistej przedstawiają skończony, najbardziej oporny typ ludzki, ponieważ wszyscy słabi i wrażliwi zostali w tysiące lat trwającej walce wybrakowani. W duńskiej Grenlandyi umiera z potomstwa żyjących tam eskimosów w 1 roku życia czwarta część dziewczynek i trzecia część

chłopców, a pomimo to śmiertelność w dalszem życiu jest 3—4 razy większa niż odpowiedniego wieku ludności Danii. „Czyby Eskimosi mieli zawiele higieny?” pyta autor.

Przykład ten jest może krańcowy—w każdym razie dowodzi, że nie działa już selekcyjnie, ponieważ może zniweczyć i najsilniejszych. Ale i cyfry z krajów o lepszych warunkach środkowej Europy (tablice danych z Norwegii, Francji, Anglii, Prus, Saksonii, Austrii, Włoch, Bawaryi, Krocacyi, Finlandyi, Rosyi, Japonii) wykazują ten sam stosunek, np. w Norwegii śmiertelność jest najmniejsza, w Krocacyi największa—a jednak śmiertelność w późniejszym wieku jest 2—3 razy większa w Krocacyi, niż w Norwegii.

Te same stosunki powtarzają się w miastach i po wsiach. Wogóle śmiertelność ssawców i dzieci w miastach jest wyraźnie większa, niż na wsi. Pomimo jednak takiego wyboru—śmiertelność w wieku późniejszym, zwłaszcza mężczyzn jest większa w miastach (tablice z Prus).

Pomimo, że w niektórych krajach zmniejszanie się śmiertelności dzieci trwa już dawno, tak że przypuszczalny—w myśl teorii wyboru, ujemny wpływ tego zjawiska mógłby się wyraźnie uwidocznić na zdrowotanie całej ludności—to jednak, przeciwnie, widzimy fakty wręcz przeciwne. Tak np. w Kantonie Genewskim w ciągu ostatnich trzech wieków śmiertelność dzieci zmniejszyła się o więcej niż o połowę, a jednak długość przeciętna życia wzrosła bardzo znacznie. W drugiej połowie 16 wieku z 1000 nowonarodzonych tylko 41 dosięgało 70 roku życia, podczas gdy w połowie 19 stulecia—238! Podobne dane mamy w Anglii, Szwecyi, Norwegii.

We wszystkich krajach daje się przeto zauważyć, że śmiertelność dzieci w rodzinach zamożnych jest o $\frac{1}{4}$ a niekiedy o $\frac{1}{2}$ mniejsza, niż u niezamożnych. Podobnież i w dalszem życiu bogatsi przedstawiają w tym względzie korzystniejsze cyfry. Te fakty zaprzeczają również hipotezie wyboru (dane Casper'a i z Kopenhagi). Widzimy więc z tych zestawień, wziętych z najrozmaitszych warunków, że wbrew hipotezie wyboru—za najmniejszą śmiertelnością ssawców—idzie i mniejsza śmiertelność w wieku późniejszym. Należy wobec tego chyba przypuścić, że albo przy największej śmiertelności ssawców i dzieci „usuwanie” ostatnich nie jest dostateczne, albo też, że działają tu szkodliwości tak potężne, że ulegają im wcześniej i najodporniejsze, „wyborne” osobniki.

Można by zrzucić, że cyfry śmiertelności nie są wystarczającym dowodem dla twierdzenia autora. Zwłaszcza zmniejszenie się śmiertelności wśród zamożnych może zależeć od wpływów innych, od możności uchronienia się od rozmaitych szkodliwości, tak że niepodobna określić, w ilu przypadkach życie ocalało z powodu fizycznej dzielności danej grupy ludności, a ile z powodu nienarażania się na szkodliwe wpływy zewnętrzne. O inne dowody trudno z powodu zaniedbania antropologii wogóle, z powodu niemożności wyzyskania już istniejących danych, np. zbieranych przy poborach rekrutów.

Jednakże można i dziś przytoczyć dane, które przemawiają przeciw hipotezie wyboru i jej konsekwencyom. Gdyby ciężkość wa-

runków „wyboru“ przez choroby, śmierci, szkodliwości zewnętrzne mogła być miarą dobroci rasy, wtedy narody pierwotne, stojące na najniższych szczeblach kultury i żyjące w najmniej korzystnych warunkach—powinny przedstawiać okazy najdoskonalsze pod względem cielesnym. Pra-mieszkańcy Europy powinni być o wiele dzielniejszymi, mieszkańcy krajów o dawnej kulturze dzielniejszymi od krajów kultury świeżej, ludność miejska, bogata gorsza niż wiejska, biedna i t. d.

W rzeczywistości jednak tak nie jest.

Pomiary wysokości i ciężaru ciała, objętość płuc młodzieży szkolnej (Bowditch w Bostonie, Hasse w Lipsku, Pagliani w Turynie i t. d.) wykazują, że dzieci zamożnych są lepiej rozwinięte, niż dzieci biednych (tablice); różnice we wzroście dochodzą do 1—3 cm., a w wadze od 3 do 9 kilogramów.

Nie mówi to jeszcze, że rozwój cielesny zamożniejszych jest idealny i tu zdarzają się oznaki zwyrodnienia—krótkowzroczność, próchnica zębów, utrata zdolności karmienia piersią, ale i odnośnie tych stron ujemnych nie można powiedzieć nic pewnego, o ile są odziedziczone, a o ile zależą od błędów higienicznych, nieodpowiedniego życia i t. d.

Niema danych, dowodzących niezbitie wyrażania się ludów kulturalnych. Przeciwnie, zdaje się, że ma miejsce poprawa ciała. Nie ulega przynajmniej wątpliwości, że długość ciała wzrasta. Pettenkoffer przytacza następujący fakt: kiedy z powodu koronacji królowej Wiktorji przedstawiciele arystokracji angielskiej chcieli wystąpić w zbrojach swych przodków—zamiar ten okazał się niewykonalnym—z powodu, iż rynsztunki te okazały się zamałymi i zaszczupłymi dla obecnego pokolenia!

Pobory rekruckie w Holandyi, Francyi, Włoszech, Szwecyi wykazują stopniowe wydłużanie się wzrostu popisowych. Okazuje się przytem również, że liczba niezdatnych wśród mieszkańców miast—pomimo większego wyboru w dzieciństwie—bywa niekiedy dwa razy większa, niż wśród wieśniaków.

Uderzającym jest zjawisko, że różnica zdatności do wojska wśród dzieci prawych i nieprawych jest prawie żadna, pomimo o wiele większej śmiertelności tych ostatnich (w Berlinie na 1000 prawych umiera przed 5 rokiem 388, wśród nieprawych 595). Wybrakowanie, jakie tu czyni śmierć, nie wykazuje się większym odsetkiem zdatności przy poborze: w Berlinie 30% zdatnych zupełnie i 20,5% do rezerwy (50,5%) z pomiędzy nielegalnych, a 31,8 i 17,3 z pomiędzy legalnych (49,1%).

Podane przez autora cyfry z Galicji, Bukowiny, Tyrolu, Vorarlbergu, Szwabii Frankonii, Bawaryi—wykazują wszędzie powtarzające się stosunki: że pomimo większej śmiertelności dzieci w pewnych (Galicya, Bukowina) takie brakowanie mniej odpornych—nie okazuje się w następstwie korzystnym dla odsetków—zdatności do wojska. Przeciwnie, gdzie najmniej umiera dzieci (Palatynat), tam i najmniej niezdatnych przy poborach. Niema nigdzie śladu, aby surowszy wybór przez choroby i szkodliwości miał przyczyniać się do wytworzenia lepszej rasy.

Jak sobie wytłumaczyć taką niezgodność teorii i rzeczywistości, choć przecież niewątpliwie pewien procent słabszych i mniej życiowo zdolnych odpada w pierwszym roku życia?

Autor sądzi, że szereg dowodów, które mają jakoby służyć na potwierdzenie teorii „wyboru“ okazuje się błędnym i nie wytrzymującym krytyki. A mianowicie:

1) Błędem jest, jakoby w każdym przypadku zachorowania i śmierci musiało mieć miejsce albo szczególnie wielkie usposobienie, albo szczególnie słaba odporność. Podobnie jak i najlepsza budowa nie zabezpiecza od kuli, tak też zdarzają się szkodliwości na tyle silne (trucizny, zarazki), że żaden ludzki organizm nie jest w stanie im się oprzeć, tak że w kwestyach zachorowania, śmierci i pozostawania zdrowym—rozstrzyga czysty przypadek. Gorączka połogowa, choroby weneryczne mężatek, biegunka noworodków są chorobami przygodnymi, niezależnymi od danych ustroju—ale od przyczyn przypadkowych, jak nieodpowiednie przygotowanie akuserek, nieuczciwość i głupota mężów, złe pożywienie. Psucie się mleka łatwiej następuje latem, to też i biegunka występuje latem, a najbardziej ulegają jej dzieci urodzone na wiosnę i latem, podczas gdy starsze, urodzone zimą lub na jesieni—mniej są narażone—niezależnie od ich wrodzonej dzielności.

2) Nawet tam, gdzie do zachorowania i śmierci potrzebne jest pewne usposobienie osobnicze, za dużo się mówi o większej wartości życiowej i odporności. Są to pojęcia—ale bez realnych podstaw. Wiadomo powszechnie, że na tyfus, ospę umierają często osobniki, którym można dać z wyglądu najwyższą ocenę sprawności życiowej. Przyczyną bywa nieraz okoliczność, która nie wpływa na ogólną wartość ustroju, a tylko w danym przypadku staje się zgubną dla danego osobnika.

3) Dowolnym jest przypuszczenie, że każdy, rzeczywiście mniej warty i ginący z tego powodu, był takim od urodzenia. Przeciwnie, w ogromnej masie przypadków mniejsza wartość nie zależy od pierwotnej niższości zarodki, ale od przyczyn zewnętrznych. Np. bieda, złe żywienie się matek i t. p. psuje masę dzieci, które w innych warunkach mogły by być normalnymi ludźmi. Widać z wyników kolonii letnich—jak złe warunki sprowadzają pozornie mniejszą wartość życiową i jak po paru miesiącach dobrej żywności i powietrza poprawia się pozornie zła konstytucja.

4) Podział ludzi na niższej wartości i pełnej wartości nie ma w sobie nic naukowego. Niema ludzi normalnych, idealnych i powyższy podział jest sztucznym, bez określonych granic.

5) Nie widzimy też w rzeczywistości żadnej wyraźnej selekcji osobników gorszych, niedopuszczającej ich do rozmnażania się; przeciwnie, wiadomo np. jak płodni są niektórzy chorzy—zwłaszcza suchotnicy.

6) Można napewno powiedzieć, że masa osobników z urodzenia najlepiej uposażonych staje się mniej wartą z powodu wpływów zewnętrznych i płodzi lichy potomstwo. Np. z powodu przypadkowych chorób kiszek w dzieciństwie, z powodu nabytego nawykowego nad-

użycia wyskoku, który przez krańcowych wyznawców hipotezy selekcyi, uważany bywa za wyborny środek oczyszczający rasę z osobników niższej wartości.

Wogóle można powiedzieć, że wszystkie te szkodliwości, które bezkrytycznie uznane są za środki selekcyi, wpływają szkodliwie zarówno na osobników mniej wartych, jak i na pełnej wartości i bardzo jest wątpliwem, czy wogóle przyczyniają się do poprawy rasy. Przeciwnie—stają się one przeszkodą do poprawy jej wskutek niepotrzebnego wydatku sił w walce z niemi. Nie można przypuszczać, aby tkwiąca w ustrojach celowość rozwinęła się w nich dopiero przez wybór i walkę o byt; jest ona raczej własnością swoistą zarodzi, protoplazmy już w najpierwotniejszej postaci, przejawiającej dążenie i zdolność do odradzania się.

Błędne pojęcie o pożytku dzikiej walki o byt grozi wprost naszą moralności. W niej znajduje podstawę brutalny optymizm powodzenia, nieczne ubóstwianie realnego jako jedynie rozumnego, leniwe, zadowolone z siebie filisterstwo, pozostawiając wszystko jak jest, aby nie narażać własnej błogości. Bezwzględny karyerowicz, depezący bez litości słabszego—może przez to jeszcze sądzić, że spełnia przytem ważną misję selekcyi i kultury!

Zmniejszenie zaostrenia walki o byt w miarę postępu kultury miało tylko dobre następstwa. W starożytności wytopiano podbite narody, później robiono z nich niewolników, następnie wciągano je w sferę swych interesów—zmuszając do przyjmowania towarów bezwartościowych. Obecnie rozszerza się uświadomienie, że najkorzystniej dla zwycięzców jest podniesienie kulturalne zwyciężonych aby zwiększyć ich zapotrzebowanie i zdolność płatniczą.

Wogóle złagodnienie walki o byt zaoszczędza masę sił ginących marnie. Niech sobie żyją i mniej warci—gdy i silniejszym będzie przytem lepiej. Jak widzieliśmy, obawy zwyrodnienia rasy nie grożą zład, a zwłaszcza przez nadmiar higieny! Jeżeli wymagania higieny będą zastosowane tam, gdzie ich ona żąda (alkoholizm, choroby weneryczne), wtedy w pełni okaże się bezpodstawność stawianych jej zarzutów. Nie zawiele, ale zawsze jeszcze zamało higieny!

Człowiek obdarzony rozumem nie potrzebuje walki o byt z całą jej okrutną bezwzględnością do tego, aby rozwijać swe ciało i utrzymywać jego sprawność. Może on celu tego osiągnąć z bez porównania większą względnością i nie przyczyniając nikomu bólu—przez hartowanie i ćwiczenie swego ciała. Rzeczywista poprawa rasy nie odbywa się przez wybór dokonywany przez ślepe naturę, ale przez rozsądny dobór płciowy.

A więc higiena jest pożyteczna nie tylko dla osobnika, ale i dla całego rodu ludzkiego.

O. Hewelke.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 grudnia 1903 r.

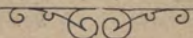
— Otrzymujemy z prośbą o wydrukowanie następującą wiadomość: W Petersburgu w d. 17—24 stycznia 1904 r. (now. st.) odbędzie się zjazd lekarzy rosyjskich im. Pirogowa. Składać się będzie 23 sekcji i 3 podsekcji. Składka wynosi rubli ośm, za którą otrzymają członkowie sprawozdanie oraz dziennik Towarzystwa lek. rosyjskich im. Pirogowa przez cały r. 1904. Lekarze weterynaryi, magistrowie farmacyi i inni specjaliści, mający stopnie naukowe mogą brać udział w niektórych sekcjach bezpłatnie po porozumieniu z sekretarzem. Zgłoszenia z krótkim streszczeniem referatu przyjmują się do 28 listopada st. st. (na imię sekretarza głównego d-ra Dmitrjewa. Gabinetowa 18 w Petersburgu). W sprawach mieszkań i t. p. udawać się należy do d-ra Lichaczewa, Litiejny prospekt 11), jako przewodniczącego komisji recepcyjnej.


—*hk*— W Paryżu ma zacząć wychodzić nowy dziennik lekarski pisany językiem esperanto p. t. „Internacia medicina revuo“. (Russkij Wracz № 37. 1903).

—*hk*— D-r Kuss z Paryża umieścił na szczycie Mont-Blanc w obserwatorium Vallot kilku suchotników, aby zbadać wpływ rozrzedzonego powietrza na tę chorobę; chorzy przebywają na otwartem powietrzu większą część dnia, bez względu na pogodę. D-r Kuss towarzyszy swym chorym na górze. (Russkij Wracz № 37. 1903).

Z M A R L I.

D-r Mieczysław Strasburger, dnia 22 listopada w Warszawie, w wieku lat 58.



 Do dzisiejszego numeru dodaje się dla wszystkich P.P. Prenumeratorów ogłoszenie fabryki chem.-farm. produktów F. Hoffmann-La Roche et C-ie w Basel. Thigenol „Roche“ jako też prospekt Biblioteki Lekarskiej na rok 1904.

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

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

Дозволено Ценаурою. Варшава 20 Ноябрь 1903 г.

Wyszedł z druku

ZESZYT XI

Biblioteki
Lekarskiej,

zawierający ciąg dalszy

Podręcznika chorób wewnętrznych prof. G. Dieulafoy, oraz początek części II-ej Położnictwa prof. Rungego i Dyagnostyki chirurgicznej prof. Landerera.

Wyszedł z druku i jest do nabycia

prof. G. Dieulafoy. Podręcznik chorób wewnętrznych, t. I.

Cena w oprawie rb. 4 kop. 50, bez oprawy rb. 4.

prof. M. Runge. Podręcznik położnictwa, cz. I.

Cena w oprawie rb. 3, bez oprawy rb. 2 kop. 50.

prof. A. Landerer. Dyagnostyka chirurgiczna, cz. I.

Cena w oprawie rb. 1 kop. 70, bez oprawy rb. 1 kop. 20.

Ad. es Redakcyi i Administracyi Orla 5 m. 8

codziennie od godz. 10 r. do 12 w południe.