

zrobimy otwór przez wgłębienie policzkowe do zatoki szczękowej i jednocześnie przez wgłębienie podniebienne otwór do jamy nosowej, to otrzymamy kanał rozdwojony w postaci litery Y (igrek). Między odnogami tego kanału znajduje się dolny brzeg ściany, oddzielającej zatokę HIGHMORA od dolnego przewodu nosowego. Wprowadzamy tedy jakiegokolwiek kleszcze kostne przez zębodół tak, żeby jedna gałąź weszła do zatoki, druga zaś do jamy nosowej. Przez nozdrze musimy kontrolować, żeby nie uchwycić kleszczami muszli dolnej. Przekonawszy się, że ominęliśmy tę ostatnią, zaczynamy wyłamywać wspomnianą ścianę kostną, posuwając się w górę, naprzód i ku tyłowi, o ile tylko można. Żeby ruchy te mogły być dowolne, otwory w kości muszą być dość szerokie. W tym celu zamówiłem sobie cały szereg wywiertników ręcznych. Najgrubszy z nich ma 12 mm. średnicy; — zadawałam się jednak często wywiertnikiem, mającym tylko 10 mm. średnicy, żeby nie niszczyć zbytnio wyrostka zębodołowego, i dokańczam usuwania ściany zatoki przez nozdrze za pomocą różnych obciążków, krających wstecz. Staram się przytem, żeby nie zostało z przodu żadnej kulisy, któraby mogła przeszkadzać tamponowaniu zatoki lub wyciąganiu tamponów z tej ostatniej przez nos.

Pierwsza i główniejsza część operacji jest skończona. Mamy szeroką komunikację zatoki z jamą nosową. Teraz łyżkami ostremi usuwany z zatoki przerosty, ziarninę, polipy, jednym słowem wszystko, co jest patologicznie zmienione. Nie należy zbyt energicznie wyskrobywać całej zatoki, żeby nie obnażyć zupełnie jej ścian. Zgiętemi łyżkami staramy się dostać do wszystkich nisz, z których to najtrudniej usunąć tkankę chorą, i usuwamy to, co się daje zdjąć bez szczególnego wysiłku. Następnie tamponujemy zatokę przez zębodół i przez nozdrze.

Po dwóch dniach wyjmujemy tampony i dopiero wtedy możemy dokładnie obejrzeć wewnątrz zatoki i skonstatować, czy nie zostało coś z tkanki chorej. Nie trzeba się spieszyć z powtórnem wyskrobaniem zatoki, jeżeli nawet znajdujemy tam znaczne przerosty, bo te często znikają same po dłuższem tamponowaniu. O ile przy operacji nie znajdujemy w zatoce większych mas patologicznych, można się ograniczyć wyżej opisanym pierwszym aktem operacji i dopiero po dwóch dniach, usunawszy tampony, przystąpić do wyskrobania tkanki chorej, gdyż wtedy można łatwiej obejrzeć wewnętrzne zatoki. Szeroki otwór w zębodole doskonale się nadaje do dłuższej obserwacji wnętrza zatoki, bo nie ma skłonności do szybkiego zamknięcia się. Przy pomocy reflektora można dokładnie obejrzeć ujście zatoki między średnią a dolną muszlą i stwierdzić, czy czasami nie dostaje się do niej ropa z komórek sitowych lub zatoki czołowej. Przez ten sam otwór wprowadzamy też środki żrące i tamponujemy zatokę w dalszym ciągu, dopóki stan jej ścian tego wymaga. Tamponowanie jednakże nie powinno trwać zbyt długo, t. j. dłużej, niż 3 do 4 tygodni, bo wtedy otwór nie chce się zamknąć, i trzeba się uciekać do różnych środków, naprz. do galwanokaustyki.

Po zamknięciu otworu w zębodole należy jeszcze przez pewien czas kontrolować stan zatoki szczękowej przez nozdrze i przez otwór w dolnym przewodzie nosowym. Otwór ten nigdy się nie zamyka, jeżeli był dość duży. Dlatego też należy przy operacji wyłamać ścianę zatoki w dolnym przewodzie nosowym całkowicie. W tym celu wprowadzamy przez zębodół obciążki aż do samego przyczepu muszli dolnej i wyłamujemy wszystko, co się daje niemi uchwycić, posuwając się naprzód i ku tyłowi jaknajdalej. Pozostającą z przodu kulisę usuwa się, jak zazna-

czyliśmy wyżej, przez nos. Usunięcie tej kulisy jest niezbędne dla dalszej obserwacji zatoki przez nos. Teraz chodzi głównie o to, czy z jamy nosowej nie dostaje się ropa do zatoki przez jej ujście naturalne w średnim przewodzie nosowym, co łatwo może się zdarzyć przy jednoczesnym istnieniu ropienia w komórkach sitowych lub zatoce czołowej. Ropa taka, dostawszy się do zatoki, wcieka do dolnego przewodu nosowego i nie może się ukryć przed okiem spostrzegacza.

Szeroka komunikacja między jamą nosową a zatoką ma dla tej ostatniej prawdopodobnie pewne znaczenia aeroterapeutyczne. Ponieważ muszle nosowe przy mojej metodzie nie są uszkodzone, nie należy się obawiać wyschnięcia błony śluzowej nosa.

Wyżej opisana operacja może być wykonana w znieczuleniu miejscowym. Jeżeli nie za dużo wstrzyknąć płynu infiltracyjnego ze strony policzkowej, to zwykle nazajutrz niema obrzęku policzka, i operowany pacjent może się zająć pracą codzienną. Samą operację można podzielić, jak już wyżej zaznaczyłem, na dwie części i wykonać na dwóch posiedzeniach. Wobec rozpowszechnionego jeszcze dotychczas stosowania metody COWPERA, połączonej zwykle z długotrwałym noszeniem obturatora, moja metoda ma to praktyczne znaczenie, że w przypadkach, w których ciągle przepłukiwania zatoki do celu nie prowadzą (a takich przypadków jest dużo), możemy korzystać z gotowego już kanału w wyrostku zębodołowym. Za pomocą wyżej wspomnianych wywiertników rozszerzamy ten kanał i ze środka jego wiercimy kość w kierunku dolnego przewodu nosowego, aby otrzymać kanał rozdwojony w postaci litery Y (igrek). Nie konieczne jest przy mojej operacji usunięcie pierwszego zęba trzonowego. Nadaje się też zębodół drugiego trzonowego lub też drugiego dwudzielnego zęba. I jeżeli w początku mego

artykułu mówiłem o pierwszym zębie trzonowym, to tylko dla przykładu.

Z powyższego wynika, że operacja moja odpowiada wymaganiom t. zw. operacji radykalnej: 1) daje ona możność gruntownego oczyszczenia i dowolnego obserwowania wnętrza zatoki; 2) tworzy szerokie i trwałe połączenie między ostatnią a jamą nosową, nie zmieniając normalnych warunków anatomicznych, t. j. bez uszczerbku dla muszel nosowych; 3) metoda moja może być stosowana w przypadkach, w których wszelkie operacje wewnątrznosowe z powodu znacznego wykrzywienia przegrody nosowej są nie do wykonania.

Warszawa, 9/X. 1910.

Z oddziału D-ra Korybuta-Daszkiewicza w Domu Wychowawczym.

O ostrych zapaleniach wsierdzia u dzieci.

Według odczytu wygłoszonego w Sekcyi Pediatrycznej W. T. L.

Podał

L. Bondy.

Szanowni Panowie!

Zanim przejdę do omawiania szczegółowego przedmiotu, w tytule zawartego, pozwalam sobie przedstawić 2-ch chorych, interesujących ze względu na pewne objawy, nad którymi poniżej zastanawiać się będę.

Pierwszy z tych chorych Ludwik Z. przyjęty został do oddziału kol. KORYBUTA-DASZKIEWICZA w d. 5/VI 1909, mając około 3 miesięcy. Ważył wówczas 3060 gr. przy długości ciała 54 ctm., obwodzie głowy 35, kl. piers. 32. Na karcie szpitalnej przy pierwszych oględzinach odnotowano: „odżywianie marne,

w płucach oddech zaostrozony, furkania, wciąganie nadpępcza, t^o normalna". Wkrótce wystąpiły objawy zakatarzenia oskrzeli; były one pierwszym okresem koklusz, który trwał u dziecka aż do początku października. Przez ten czas dziecku przybyło na wadze (w ciągu 5 miesięcy) 1,5 kilo; trawienie było sprawne. W listopadzie zjawiała się pryszczycza na twarzy, która zgoiła się w ciągu paru tygodni. Około tegoż czasu trawienie zaczyna się psuć — stolce acholiczne, cuchnące, twarde, — wątroba powiększona. 11/I 1910 *Laryngitis cat.*, 12-go *Bronchitis*, 17-go wypływ ropny z l. ucha, 18/I 1910 odnotowano: „nieco nieczysty ton skurczowy u wierzchołka”. 20 zanotowano: „u wierzchołka szmeru; skurczowy ostrzejszy. Wymiary serca zdają się być powiększone nalewo”. 23/I „Szmer silniejszy — wysłuchuje się nietylko u wierzchołka, lecz i u podstawy serca. Obfity wypływ z ucha”. P. 120 R. 48 przy t^o 37. 25/I „tętno drobne, ledwie wyczuwalne, wargi sinawe”. 26/I „stolce acholiczne; z ucha b. czuć. Wątroba wyczuwa się na 1½ palca z pod łuku żebrowego. W sercu st. id. R. 92 P. 128, dość pusty, równy, słaby. 27. „Frémissement cataire, pozatem *status idem*. 8/II frém. cat. znikło. 9 — wszystkie tony zagłuszone z powodu b. głośnego szmeru skurczowego u wierzchołka. 21/II dziecko dostaje zapal. oskrzeli”. 8/III odnotowano wyjaśnienie się tonów nad tętnicą główną, *pulmonalis* i zastawką trójdzielną. 4/IV odnotowano szmer skurczowy u wierzchołka, tonu nie słyhać; w innych miejscach tony wysłuchują się, zagłuszone przeniesionym szmerem. 10/IV akcentuacja 2 tonu przy *pulmonalis*. Wymiary poprzeczne serca powiększone naprawo. 14/IV uderzenie wierzchołka w 6 odstępach międzyżebrowym. Granica lewa śłumienia sercowego na 2 ctm. nazewnątrż od *lin. mamil. sin.* Prawa nie zachodzi prawie za brzeg lewy mostka. P. 96 R. 70.

12/V odnotowano: „obok skurczowego szmeru u wierzchołka słyhać ton, wyraźne przewodnictwo szmeru wdłuż kręgosłupa”. Przechożąc do krzywej ciepłoty, muszę zaznaczyć, iż ciepłota się podniosła 13/I do 37^o,4 wiecz., przez następne dni wahała się między 37^o,8 a 38^o,2. 16 go wieczorem wynosiła 38^o,4, zrana 17-go 37^o — skonstatowałem tego ranka właśnie wypływ z lewego ucha. Od tej daty poczynając, ciepłota waha się między 37 a 37^o,8, przeważnie wyższa zrana, niż wieczorem, i tak trwa przez cały styczeń aż do 16 lutego, kiedy opada już do normy.

W ten sposób widzimy, że zapalenie wsierdzia, które powstało prawie jednocześnie z zapaleniem ropnem ucha średniego, przebiegało w początku przy ciepłocie, b. nieznacznie podwyższonej, którą raczej na karb zapalenia ucha położyć trzeba. Dalszy zaś przebieg zapalenia wsierdzia był zupełnie bezgorączkowy. Jako przyczynę schorzenia wsierdzia należy, mojem zdaniem, przyjąć sprawę ropną w uchu. Co się tyczy wagi dziecka, to ani zajęcie oskrzeli, ani koklusz, ani nawet niezbyt dobre trawienie nie były w stanie powstrzymać jej stopniowego, aczkolwiek powolnego wzrostu z tygodniową przerwą, gdy dziecko straciło 300 gr. — mianowicie: d. 13/I dziecko (10-o miesięczne) ważyło 5800 gr. W ciągu 7 dni waga spadła do 5500 gr., ponieważ w tym właśnie tygodniu dziecko zachorowało na ucho i serce. W ciągu następnego tygodnia już odzyskało 200 gr. — i od tego czasu, z nieznacznymi wahaniami, zależnymi od stanu organów trawienia, waga wzrastała tak, że ostatnia z d. 14/V wynosiła 7100 gr. — waga, według MONTIEGO i RUSSEGO, niezbyt mała, jak na dziecko, żywione wyłącznie mlekiem krowim i *amylacea*. Podkreślam w tym przypadku nieznaczną i krótkotrwałą reakcję ze strony odżywiania dziecka (strata na wadze 300 gr. u dz. 9 mies.) z prędkim powrotem do stanu

poprzedniego—w przebiegu tak poważnych chorób, jak zapalenie ropne ucha średniego i zapalenie wsierdzia.

Stan obecny dziecka przedstawia się tak: ma ono 13 miesięcy i, aczkolwiek blade, jest jednak niezłe odżywiane, przytem wesołe i niemal stale śmiejące się; czaszka kształtna, ciemiączko prawie zarośnięte; 2 dolne siekacze; ani paciorków krzywicznych, ani zgrubienia kości długich w nasadach niema. Gruczołów chłonnych na szyi, ani pod pachami i w pachwinach nie wymacuje się. Wątroba wyczuwalna, śledziona nie powiększona. Objawy opukowe ze strony klatki piersiowej prawidłowe, wysłuchuje się chwilowo trochę świstów i furkań w oskrzelach. **S e r c e** Uderzenie wierzchołka znajduje się na 2 ctm. od linii sutkowej w 6-iej przestrzeni międzyżebrowej. Granica prawa bezwzgl. tępości nie zachodzi poza lewy brzeg mostka, górna na 3-iem żebrze. Szmer skurczowy ostry najdokładniej słyszalny u wierzchołka; słychać go jednak i w innych miejscach przy wysłuchiowaniu serca, a nawet z tyłu przy wysłuchiowaniu płuc. Ton pierwszy przy wierzchołku słaby, prawie pokryty przez szmer. Inne tony serca wyraźniej oddzielają się od szmeru 2 ton tętnicy płucnej wzmożony. Tętno przyspieszone, miarowe. Rozpoznanie: zapalenie wsierdzia, przechodzące w wadę stałą, a mianowicie: niedomykalność zastawki dwudzielnej.

Przechodzę do drugiego dziecka, na które mam zamiar zwrócić uwagę specjalną Sz Kolegów.

Maryanna R. została przyjęta do oddziału 8 lipca 1909 r., mając 4 miesiące, w stanie wielce niepomysłnym. Na karcie szpitalnej odnotowano: waga 3050 gr., długość ciała 56. obwód głowy 36, kl. piersiowej — 33 ctm., a więc waga i wymiary, odpowiadające noworodkowi. Na karcie dalej zaznaczono: „dziecko blade, wątroba wyczuwalna, róża-

niec”. W ciągu pierwszych 5 miesięcy pobytu w oddziale dziecku powoli przybywało na wadze, aczkolwiek cierpiało ono na zaparcie stolca, a w końcu tego okresu dostało świerzbę, która grasowała w oddziale, oraz rozwinęła się na dobre krzywica, i zaczęły się pokazywać na skórze głowy i tułowia ropnie w liczbie wciąż wzrastającej. 2 grudnia dziecko ważyło 4800 gr., od tego czasu zaczyna się mniej lub więcej gwałtowny spadek wagi, której minimum przypada na 1 lutego b. r. i wynosi 3600: w ciągu 3-ch miesięcy więc dziecko straciło 1200 gr. Bo też w końcu grudnia i na początku stycznia dziecko przechodziło, oprócz ropni skórnych, zapalenie płuc nieżytowe z wysoką ciepłotą, dochodzącą do 40°, a przez cały styczeń było w stanie podgorączkowym. W końcu grudnia przy największem nateżeniu zapalenia płuc tętno dawało do 140 uderzeń na minutę, a oddech dochodził do 116. Gdy się zaczął stopniowy spadek ciepłoty w styczniu, i gdy w lutym powróciła ona do normy, tętno i oddech stałe aż do dnia dzisiejszego pozostawały bardzo znacznie przyspieszone, a mianowicie 5/II przy t° 37°P 128 R=96, 12/II T°37,2P 130 R 80, 20/II T°37 P 130, R 88. Przez cały czas dziecko b. kaszlało, a w płucach pozostawało jeszcze mnóstwo drobnych i średnich wilg. rzeżeń. Przypuszczając wobec tak przyspieszonych tętna i oddechu zakażenie gruźlicze, dwukrotnie w odstępach 3 tygodniowych robiłem próbę tuberkulinową MANTOUX — z wynikiem w obu razach ujemnym. I rzeczywiście, stan płuc stopniowo się poprawiał, i około połowy marca dziecko nie miało najmniejszych już objawów płucnych. Mimo to oddech i tętno były w ciągu dalszym przyspieszone, a więc: 11/III P 128 R 78, 17/III P 120 R 72, 26/III P 88 R 80, 29/3 P 116 R 64, 6/IV P 152 R 80, 14/IV 128 — 80. Nie chcę Panów nużyć dalszem odczytywaniem tych dat, zaznaczę tylko z naciskiem, że dziecko od 16 lut. nie go-

rażkowoła ani jednego dnia, i że temu przyspieszonemu oddechowi bynajmniej nie towarzyszyły zwykłe objawy utrudnionego oddechu: nie było ani poruszania skrzydeł nosowych, ani zapadania dołka podsercowego, ani pracy dodatkowych mięśni oddechowych. Co się zaś tyczy tętna, odznaczało się ono wielką zmiennością z minuty na minutę, dając maximum różnicy 20 — 40 na minutę, a przytem często bywało niemiarowe, niekiedy zaś z trudnością można je było zbadać — takie było małe i słabe. Prawie jednocześnie z temi zaburzeniami tętna i oddechu zwróciłem uwagę na szereg innych objawów.

Oto, pod datą 14/II na karcie zanotowano: „P 128 R 72. Dziecko blade z sinawym

odcieniem. Żyły rozszerzone na szyi i głowie”. 2/III. „Rozszerzenie żył na głowie, szyi i górnej części klatki piersiowej większe”. Kilka razy zanotowano: „nogi, kończyny dolne zimne”. Dalej: 17/III pierwszy raz spotykam na karcie adnotację, która się powtarza wielokrotnie: „napad sinicy przy badaniu”. Muszę zaznaczyć, że te napady trwały minutę do 1½ i polegały na tem, że dziecko było niespokojne, jednakże bez krzyku, siniało na twarzy, poczem występowała przeczysta bledność, dziecko uspakajało się i robiło wrażenie wyczerpanego.

(C. d. n.).

WYKŁAD KLINICZNY.

Psychologia i psychoterapia histeryi.

Podał

Tadeusz Jaroszyński.

(C. d.).

PSYCHOTERAPIA HISTERYI.

Aby dokładnie podać wskazania lecznicze w histeryi i ściśle określić praktyczną wartość każdej z wielu stosowanych metod psychoterapeutycznych, musimy raz jeszcze spojrzeć wstecz na nasze powyższe rozumowanie i na tle tego syntetycznego poglądu rozklasyfikować różne metody lecznicze. Widzieliśmy, że budowa psychologiczna histeryi jest kilkopiętrowa, że podstawą dla niej w ustroju nerwowym jest wrodzone tło psychopatyczne, które stanowi czynnik uspasabiający do powstawania choroby (I kond.), że właściwa choroba zaczyna się z chwilą urazu, który w specjalny sposób oddziaływa

na psychikę, tworząc w jej poświadomości pasorzytnicze zespoły wyobrażeniowe (II kond.), że dalej istnienie tych pasorzytów psychicznych warunkuje sugestyjność (III kond.), która wywołuje objawy zewnętrzne (IV kond.). Otóż leczenie histeryi może na każdą z tych dziedzin, przyczynowo ze sobą związanych, oddziaływać, — mianowicie oddziaływanie na wrodzone tło neuropatyczne (I kond.), w tym kierunku, aby osłabić w niem działanie czynników, uspasabiających do wystąpienia objawów chorobowych, będzie *leczeniem zapobiegawczem* (*profilaktycznem*). Wpływanie na właściwą przyczynę choroby — istniejące pasorzyty psychiczne (II kond.), drogą osłabienia ich niszczącego wpływu na psychikę chorego, będzie *leczeniem przyczynowem* (*etiologicznem*). Wreszcie usuwanie objawów zewnętrznych histeryi drogą sugestyi lub innych zabiegów leczniczych — będzie *leczeniem objawowem* (*symptomatycznym*).

Można zobrazować to na schemacie:

I — Tło uspasabiające histeryi (dziedziczne usposobienie neuropatyczne).	} Leczenie zapobiegawcze (profilaktyczne).
II — Działanie urazu — powstanie podświadomych zespołów wyobrażeniowych (pasoryzów psychicznych).	
III — Powstanie sugestyjności (ewent. skłonności do przeistoczenia — konwersyi).	
IV — Objawy zewnętrzne histeryi (napady, porażenia, przykurczenia, znieczulenia etc.).	
	} Leczenie przyczynowe (etiologiczne).
	} Leczenie przyczynowe (symptomatyczne).

Jeżeli znowu powołać się na analogię histeryi z gruźlicą, to leczenie zapobiegawcze oddziaływać będzie na tło dziedziczne (warunki higieniczne), leczenie przyczynowe — na bakterję, wywołującą chorobę (seroterapia), symptomatyczne — na objawy ze strony płuc, wzgl. narządów wewnętrznych. W pewnym okresie lecznictwa dominować może kierunek zapobiegawczy (np. obecnie), jednak jasnym jest, że ideałem lecznictwa jest największy postęp w dziedzinie terapii przyczynowej. W podobnym kierunku dążą, jak zobaczymy, wszyscy wybitniejsi psychoterapeuci histeryi.

1. Leczenie histeryi — drogą hipnotyzmu i sugestyi na jawie (leczenie objawowe). Wszelki objaw histeryczny jest, jak to wykazał BABIŃSKI, zarazem pityatyczny, t. j. usuwalny przez perswazję, wzgl. sugestję. Wydawałoby się zatem, że leczenie histeryi za pomocą sugestyi, wzgl. hipnozy, która, według powszechnego mniemania, jest stanem, potęgującym sugestyjność, — jest sposobem najbardziej skutecznym i najbardziej zasługującym na uznanie. Mimo to większość poważnych badaczy wyrzeka się stosowania hipnotyzmu w leczeniu histeryi i innych chorób.

Dawny spór o histeryę i hipnotyzm pomiędzy szkołą Salpêtrière (CHARCOT) a szkołą Nancy (BERNHEIM) trwa w zmienionej postaci dotychczas. I dziś jeszcze są bezwzględni zwolennicy hipnoterapii, którzy wypowia-

dają wielki optymizm pod względem skuteczności hipnozy w histeryi i w wielu innych chorobach. Do nich należą: BERILLON (26) we Francyi, LLOYD TUCKEY w Londynie, WETTERSTRAND w Sztokholmie, FOREL (27) w Szwajcaryi, MOLL (28) i VOGT (29) w Berlinie, LÖWENFELD (30) w Monachium, von RONTERGHEM w Amsterdamie i inni.

Większość tych autorów twierdzi za BERNHEIMEM, że histerya i hipnotyzm to nie są stany identyczne, gdyż wśród ludzi pod względem nerwowym zdrowych większość jest podatna na hipnozę, że hipnoza nie jest sztucznie wywołanym objawem histerycznym, i dlatego stosowanie jej nie może być szkodliwe.

Jednak ci badacze zajmują się zagadnieniem hipnotyzmu w odosobnieniu, jako zagadnieniem psychologicznym, pomijając podstawową kwestję — zależności hipnotyzmu od choroby — histeryi. Ci zaś autorzy, którzy nie zadowolili się poglądem szkoły w Nancy i, prowadząc dalsze badania kliniczne nad histeryą i sugestją, doszli do nowych wyników w tej dziedzinie. — ci odsunęli się całkowicie od hipnotyzmu, jako od środka leczniczego. ZIEHEN (31) w Berlinie uważa stosowanie hipnozy za bezwzględnie szkodliwe. Szkoła FREUDA również zarzuciła jej stosowanie, przenosząc nad nią psychoanalizę. Podobnie DUBOIS z Bernu nader stanowczo występuje przeciwko tej metodzie „oszukiwania i wyzyskiwania ludzkiej nieświadomości”. Najbardziej jednak energicznie hipnotyzm jest zwalczany tam, gdzie powstał, mian. we Francyi. DEJERINE (32) uważa hipnotyzm za szkodliwy, gdyż zwraca się on do niższych ośrodków psychicznych i wzmacnia ich automatyzm, a pomija wyższe ośrodki, osłabiając ich siłę kontrolującą, — i wzamian metody sugestyjnej wprowadza metodę perswazyi, która właśnie uwzględnia i rozwija świadomy krytycyzm i rozsądek (analog. do metody dyalektycznej DUBOIS). BINET (33) również potępia metodę sugestyi, nazywając ją „presją moralną”, gdyż pod wpływem autorytetu wywołuje ona mechaniczne ruchy, a nie świadome czyny. GRASSET (34) nazywa metodę sugestyi — psychoterapią niższego rzędu (psychothéra-

pie inférieure), gdyż zwraca się ona do niższych dziedzin umysłowości i wyzyskuje ich automatyzm, i przeciwstawia jej psychoterapię wyższego rzędu (psychot. supérieure), która działa na umysłowość chorego przez jego rozum, zwraca się wprost do jego „ja” rozwijając wpływ psychiczny z jego świadomością i kontrolą. JANET (35), który w swych poglądach niedaleko odsunął się od swego mistrza CHARCOT, stanowczo utrzymuje, że stan hipnotyczny w pełnej swej formie, t. j. z rozszczepieniem świadomości (następczą amnezją) można wywołać tylko u chorych na histerię i uważa, że często, hipnotyzując, rozwijamy owo rozdwojenie osobowości; dlatego też hipnoza może rozwijać histerię. Wreszcie BABIŃSKI (36), który tak energicznie poddał rewizji klinicznej histerię, to samo twierdzi o hipnotyzmie, nie przyznając mu żadnej racji bytu: hipnoza nie zwiększa suggestyjności, gdyż jest tylko jednym z jej objawów, dlatego też stosowanie hipnozy jest zupelnienie zbyteczne, gdyż suggestyjność danego osobnika podczas snu hipnotycznego oraz na jawie jest zupełnie taka sama *). Natomiast może ona być przeszkodą w leczeniu, gdyż, jeśli lekarzowi przypadkiem nie uda się chorego na histerię zahipnotyzować (nikt bowiem nie może usnąć wbrew swojej woli), — wówczas traci on wobec niego powagę.

Na ostatnim (XX) kongresie psychiatrów i neurologów francuskich (1910 r. (37) kwestya stosunku histerii i hipnotyzmu była przedmiotem szerokiej dyskusji, i większość uczestników (MEIGE, DÉNY, DUPRÉ) wypowiedziała się za tem, że hipnotyzm nie jest żadnym swoistym stanem patologicznym o specjalnych cechach (t. zw. klasycznych), lecz jest wprost wytworem sztucznym, stworzonym przez samych lekarzy (*production médicale*), którzy przeprowadzali badania nad umyślnie wybranymi osobnikami, bardzo podatnymi na suggestyę,

i doszukiwali się w nich nowych objawów (zwłaszcza w oczach CHARCOT). Hipnotyzm jest również wytworem sztucznym, jak t. zw. „piętna” historyczne, których bezpodstawność wykazał tak krytycznie BABIŃSKI. Hipnoza nie jest żadnym stanem specjalnym — różni się on od stanu na jawie tylko o zamknięciem oczu, siła zaś suggestyjności jest u danego osobnika w obu stanach jednakowa.

Stanowisko to zbliża się najbardziej do naszego poglądu na tę sprawę. Przy charakterystyce psychologii histerii widzieliśmy, że suggestyjność bywa dwójakiego rodzaju: jedna jest właściwa wszystkim ludziom (sugg. bierna), druga zaś — czynna — jest objawem patologicznym i jest zarazem nieodłączną (i wyłączną) cechą histerii, gdyż uwarunkowana jest przez rozdwojenie osobowości — skutek istnienia podświadomych zespołów wyobraźniowych. Otóż hipnoza jest oczywiście wyrazem tego rozdwojenia i tam jest tylko możliwa, gdzie istnieją te podświadome grupy. Hipnotyzm wyzyskuje „stan drugi” (*condition seconde*) osobowości i dlatego drogą niego najłatwiej jest do utajonych pasorzytnicznych wyobrażeń dotrzeć. Jednak sposób ten wydobywania ukrytych idei chorobowych, pozornie tak prosty i łatwy, nie jest nieszkodliwy, jak to wykazała praktyka, gdyż nieraz drogą hipnozy wzmagamy słabo zaznaczone rozdwojenie psychiki chorego. Dlatego FREUD oraz JANET przenoszą docieranie do idei pasorzytnicznych drogą długotrwałej rozmowy i wypytywania na jawie, bo przez to właśnie usuwa się owo rozdwojenie.

W myśl tego uważamy, że wszelkie próby, mające na celu wywoływanie hipnozy u ludzi zdrowych, zasługują na potępienie, gdyż tą drogą wzmagamy istniejące u wielu osób, zwłaszcza kobiet, usposobienie do histerii. Do takich prób należy np. usypianie osób w liczniejszym gronie, kiedy wogóle suggestyjność każdego osobnika powiększa się w silnym stopniu. W tłumie bowiem jednostka traci swoje „ja”, ma osłabioną kontrolę osobowości (jest to, jak widzieliśmy wyżej, warunek powstawania suggestyjności normalnej),

*) Hipnotyzm, zdaniem Babińskiego, nie daje osobnikowi usypiającemu większej władzy nad usypianym, niż to ma miejsce na jawie, — wniosek wielkiej wagi pod względem prawnym.

i wówczas każda jednostka, nawet ze słabą zdolnością uprzedmiotowienia wyobrażeń (warunek powstawania sugestyjności patologicznej), zdolna jest do czynów machinalnych, automatycznych; widzimy to np. podczas słuchania przez tłum mowy porywającej, podczas bicia oklasków, podczas paniki.

Wnioski nasze, dotyczące hipnozy:

1. Hipnoza i sugestyjność to synonimy. W formie pełnej (t. j. hipnoza z następczą amnezyą, sugestyjność zaś, uwarunkowana przez rozdwojenie osobowości) spotykamy je tylko w histeryi.

2. Stan hipnotyczny nie zwiększa sugestyjności u danego o-

sobnika, wobec tego nie ma on specjalnej wartości leczniczej.

3. Hipnotyzowanie ludzi zdrowych jest ich „histryzowaniem”. Wobec tego stosować tę metodę można tylko tam, gdzie niema wielkiej obawy pod tym względem, oraz gdzie chodzi nam o usuwanie objawów ciężkich, przytem należących do innej dziedziny (idei natrętnych, nałogów).

4. Stosowanie hipnozy w histeryi również nie zasługuje na uznanie, gdyż tą drogą nie usuwamy rozdwojenia osobowości, ale je rozwijamy.

(D. n.).

STRESZCZENIA

Medycyna teoretyczna.

200. C. Fraenkel. O anafilaksyi.

Doświadczenia dowiodły, że po wprowadzeniu do ustroju białka obcego podskórnie lub dożylnie po pewnym czasie daje się spostrzedz nadczułość swoista. Wyraża się ona w ten sposób, że tak małe ilości tego białka, które u zwierząt nie uodpornionych nie wywołują żadnych zgoła zaburzeń, u zwierząt, poprzednio uodpornionych, sprządzają bardzo ciężkie objawy chorobowe, a nawet zejście śmiertelne bez względu na to, czy białko to zawiera lub nie jakiegokolwiek związku trującego (toksyny) dla zwierzęcia danego gatunku. Zaznaczyć należy, że po dodaniu do jakiegokolwiek bądź surowicy siarczanu amonu w ilości jednej trzeciej jej wagi osadza się t. zw. euglobulina, posiadająca własności uczulające w tym samym stopniu, co surowica.

Okres czasu, niezbędny do rozwinięcia się tego nowego stanu, wynosi około dni 14-tu. Jeżeli jednak zwierzę przeżyje taki napad anafilaktyczny, to staje się niewrażliwym na dalsze zastrzykiwanie surowicy. Taki stan niewrażliwości, antianafilaksyi, rozwija się niezmiernie szybko, bo w przeciągu 1—2

godzin po przebyciu napadu, i trwać może przez czas dłuższy, lecz stopniowo znów przechodzi w stan nadczułości. Rolę główną w tej sprawie gra t. z. odczyn precypitynowy. Mianowicie — precypityny zwierzęcia nadczulego w zetknięciu się z precypitynogenem, użytym do uodpornienia, tworzą związki trujące, które wywołują objawy chorobowe. Do wytworzenia się stanu nadczułości niezbędne są nie tylko precypityny i precypitynogen, lecz i dopełniacz. Jako środek uczulający służy wyciąg z ciałek czerwonych krwi lub soczewek oka, pochodzący z tego samego lub innego zwierzęcia, aczkolwiek białko obce uczula znacznie szybciej. Okoliczność ta posiada doniosłe znaczenie pod względem sądowno-lekarskim w tych przypadkach, gdzie chodzi o stwierdzenie, czy dane płamy krwawe zawierają krew ludzką, czy zwierzęcą. Wystarczy wstrzyknąć wyciąg z płam świnkom morskim, uczulonym surowicą ludzką, aby wystąpiły objawy anafilaksyi, jeżeli płamy będą pochodziły z krwi ludzkiej. W podobny sposób łatwo jest sprawdzić pochodzenie danego rodzaju mięsa, wstrzykując do żyły odpowiednio uczulonej morskiej świnki wyciąg mięsny w fizyologicznym roztworze

solii kuchennej. Wstrzykiwać należy ilości bardzo małe, np. 0,01, ponieważ większe raczej hamują, niż przyspieszają występowanie objawów. Napad taki przejawia się w sposób następujący. W kilka minut po wstrzyknięciu zwierzę jest oszołomione, następnie zaczyna drzeć, biega po klatce i zdradza wzrastającą wciąż duszność, dalej występują skurcze mięśni, zwłaszcza klatki piersiowej i przepony, a zwierzę pada zupełnie wyczerpane; jednocześnie ciepłota ciała obniża się bardzo szybko, a napad może skończyć się śmiercią. Niepoślednie znaczenie dla dokładnego zrozumienia objawów nadczułości posiada wykryte przez FRIEDBERGERA i HARTOCHA znikanie dopełniacza, które występuje przy najpierwszych objawach napadu, któremu udaje się zapobiedz przez wstrzyknięcie hipertonicznego roztworu soli kuchennej z dodatkiem 1% chlorku wapnia. Z innych objawów, towarzyszących napadowi, zanotowano zmniejszoną zdolność krzepnięcia krwi wybitnie zmniejszanie się liczby neutrofilów a zwiększoną limfocytozę. W ostatnich czasach BIEDL i KRAUS zwrócili uwagę, że napad anafilaktyczny jest bardzo podobny do obrazu, jaki daje otrucie peptonem. Przekonano się nadto, że stan zarówno nadwrażliwości, jak i antianafilaksyi można przenosić z jednego zwierzęcia na drugie za pomocą wstrzyknięcia do żyły, ewent. do jamy otrzewnej krwi lub surowicy odpowiedniego zwierzęcia. Co do czynników, które grają główną rolę w występowaniu stanów powyższych, to przekonano się, że dla osiągnięcia napadu anafilaksyi niezbędna jest w sokach ustroju obecność precypitynogeny, precypityny zaś jako ciało uodporniające przeciw rzeczonemu napadowi. Nie ulega tedy wątpliwości, że precypitacja i anafilaksya stanowią zjawiska identyczne.

Na zasadzie streszczonego wyżej stanu dzisiejszych naszych wiadomości o nadwrażliwości da się ująć w sposób następujący:

Związki, zawarte w białku, użytym do uodparniania, zarówno jak i te, które wywierają wpływ trujący na zwierzę, są identyczne (gleichartig). Ciało, wykryte w surowicy zwierzęcia uczulonego, jest to precypityna. Przy zetknięciu się precypitynogeny z precy-

pityną *in vitro* powstaje związek trujący, który u zwierząt wywołuje objawy nadwrażliwości. Związek ten powstaje za pomocą ciała w rodzaju zaczynu przez odbudowanie ciał białkowych, które uległy rozdziałowi, ciało zaś, działające jako zaczyn, należy utożsamiać z precypityną. Nadwrażliwość tedy jest samozatruciem, które następuje w ten sposób, że związane z komórkami, wzgl. krążące we krwi precypityny łączą się z wprowadzonym świeżo do krwi białkiem (precypitynogenem) i dają objawy, opisane wyżej. Nadwrażliwość więc należy pojmować jako postać swoistą odczynu precypitynogeny na precypityny, który odbywa się w ustroju żywym, zarówno jak i *in vitro*.

K. Z.

Choroby wewnętrzne.

201. **Matth. Gockel.** O glistnicy i jej leczeniu za pomocą *Ol. Chenopodii anthelminthici*.

Ol. Chenopodii anthelminthici, oficynałny w Ameryce, był w użyciu w Europie jeszcze przed pięćdziesięciu laty, poszedł jednakże w zapomnienie, i dopiero BRÜNNING przed kilku laty zaczął go ponownie stosować po wypróbowaniu uprzedniem jego własności chemicznych i fizyologicznych. Środek ten jest absolutnie pewny i w odpowiedniej dawce nie trujący, gdy, przeciwnie, santonina daje często powód do niezadowolenia. W *ol. chenopodii* autor widzi środek, który zawsze można stosować w przypadkach, gdzie wpływ pasorzytniczy w danem cierpieniu nie został wyłączony, gdzie nawet mikroskop obecności glist nie wykazuje, ponieważ użycie jego nigdy nie odstępuje od zasady terapeutycznej: „*non nocere*”.

Autor spostrzegł przypadki, gdzie santonina nie podziałała zupełnie na glisty, które po zażyciu *ol. chenopodii* odeszły w liczbie 15 — 25 sztuk. Pomimo, że santonina jako środek przeciwglistowy działa niepewnie, powodować jednak może i zatrucie. *Ol. Chenopodii* zaś powoduje czasem tylko następujące zaburzenia w ustroju. Mocz barwy cytrynowożółtej, po dodaniu ługu czerwienieje, jak po użyciu *rheum*, *senna*, santoniny; cukru i białka nie zawiera. Przygłuszając rozrost drobnoustrojów w kiszkiach, *ol. Chenopodii*

wywołuje zaparcie. Stolce niebolesne, zawierają domieszkę śluzu (przez czas b. krótki) z powodu przekrwienia lekkiego kiszek cienkich. Czasem krótkotrwały ból głowy, częściej mdłości i odbijania wskutek nieprzyjemnego smaku tego środka. Zapobiedz temu łatwo, podając go w kapsułkach z mentolem lub rozmieszany z wodą ocukrzoną, syropem malinowym. Po zażyciu środka tego należy obowiązkowo zażyć środek czyszczący, najlepiej ol. rącznikowy i to w dużej ilości, od 1½ — 2 łyżek (aby zapobiedz zaparciu), w piwie lub kawie czarnej.

Sposób użycia następujący. Po b. lekким posiłku lub naczczo zażyć 3 dawki *Ol. Chenopodii* w odstępach dwugodzinnych, zapijając go gorącą kawą mleczną. W dwie godziny po ostatniej dawce — olej rycynowy. To się powtarza przez 2 dni zrzędu — i kuracja skończona. Dawki, stosownie do wieku, wynoszą: do lat 6-ciu—6 kropel; od lat 8 — 10-ciu 8 — 10 kropel; od lat zaś 16-tu — 12 do 16 kropel. Domieszka mentolu używa się w ilości od 0,05 — 0,2 na dawkę.

(Münch. Med. Woch. Nr. 31. 1910 r.).

S. Mierostawski.

202. Leonard Williams. Leczenie nietrzymania moczu za pomocą wyciągu z gruczołu tarczowego.

Williams, obserwując chłopca 9 o letniego, który po usunięciu wyrosła adenoidalnych jeszcze mniej mógł zatrzymywać mocz, aniżeli przedtem, zwrócił uwagę na to, czy wyrosłe nie wytwarzają pewnej substancji, mogącej chronić od zaburzeń w narządach moczowych.

Ponieważ wiadomą jest rzeczą, że istnieje łączność pomiędzy gruczołem tarczowym a gruczołami chłonnymi, zaś wyrosłe utworzone są z tkanki chłonnej, przeto autor postanowił dawać choremu wyciągu z gruczołu tarczowego rano i wieczorem po 0,03. W sześć dni po rozpoczęciu leczenia niemożność zatrzymania moczu ustąpiła.

Wynik ten oraz wyniki Rotschulda i Levisgo z Paryża oraz Herroguea z Belgii zachęciły autora angielskiego do dalszych badań. Wyciągiem z gruczołu tarczowego leczył 25 dzieci, przyczem w 24 przypad. otrzymał

wyniki dodatnie; wyciąg z gruczołu tarczowego znosiły dzieci doskonale, przyczem w 11 przypadkach wyzdrowienie było zupełne, w 13 znaczna poprawa. Niekiedy objawy ustępowały zupełnie, o ile dodawano dzieciom nieco jodu, arseniku, wapnia, żelaza. Wogóle nadmienić należy, że nietylko usuwało leczenie samo cierpienie, lecz wogóle pod wpływem tegoż poprawiał się wygląd i stan ogólny dzieci. Dzieci niekiedy otrzymywały nawet duże dawki, np. 11-o letnia dziewczynka dostawała po 0,15 wyciągu dziennie przez miesiąc, chłopiec 13-o letni 0,30 dziennie—0,15 rano i 0,15 wieczorem — po kilku dniach 0,30 rano i 0,30 wieczorem przez 4 tygodnie i t. d.

Według WILLIAMS, wyciąg z gruczołu tarczowego działa regulująco na wydzielanie moczu, rozumie się, nie w nadmiernych dawkach, to też należy dawkować ostrożnie. Wyniki tak zachęcające, jak WILLIAMS, otrzymali nie wszyscy autorowie — COMBY w 3-ch przypadkach otrzymał wynik ujemny. W każdym bądź razie jest to sposób, który wymaga dalszych badań.

(Lancet 1909 I/V).

203. Thomas. O możliwości przeniesienia błonicy ptaków na ludzi.

Autor opisuje przypadek zastrzału błoniczego u osoby, którą zakłuła dziobem kura, dotknięta błonicą. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników LOFFLERA. Leczył autor tylko miejscowo (obmywanie wodą karbolową i smarowanie rano i wieczorem jodyną). THOMAS zwraca uwagę na fakt, że dzisiaj jeszcze wielu autorów przeczy możliwości przenoszenia błonicy ptasiej na człowieka—do tych należą ROUX, DIEULAFOY, GRENET WEILL. W 1884 roku obserwował THOMAS przypadek błonicy gardła u dziewczynki, która jej dostała od kur — surowicy nie stosowano, gdyż jej jeszcze nie było — dziecko zmarło.

(Soc. de med. de Paris 1910 r. Mars.).

204. Gerhartz. Toksyna błonicza i promienie Röntgena.

Autor stwierdził, że kilkogodzinne działanie promieni na toksynę błoniczną *in vitro*

osłabia ją znacznie; zastrzyknięcie toksyny wywołuje znacznie później śmierć królika, aniżeli zastrzyknięcie toksyny, nie poddanej działaniu promieni (dawkę brał autor tę samą i toksynę z jednego źródła). Królik, który otrzymał 6-okrotną dawkę śmiertelną, poprzednio poddaną działaniu promieni Röntgena, żył o 3½ dnia dłużej, aniżeli królik, któremu zastrzyknięto dawkę śmiertelną 5-o krotną, tylko poprzednio nie poddaną działaniu promieni. W drugiej seryi doświadczeń podał autor działaniu promieni toksyny nie *in vitro*, lecz *in vivo*. Zastrzykiwał jednakowe dawki toksyny królikom, część zwierząt poddał autor działaniu promieni—te żyły dłużej—, część nie—te zdychały szybciej nawet, jeśli im zastrzykiwano dawki mniejsze. Ztąd wyprowadza autor wniosek, że promienie Röntgena osłabiają toksyny dyfterytyczne *in vitro* i w organizmie żywym.

(Berl. klin. Woch. 1909 r. 4/X).

205. Weill i Polican. Badanie płynu mózgowordzeniowego chorobowego za pomocą barwienia odczynnikiem Grüblera.

Autorowie posługiwali się rozczyntem czerwieni obojętnej GRÜBLERA (z Lipska) 1:100 wody destylowanej, który stosownie do potrzeby rozcieńczali jeszcze, biorąc z rozczyntu 1:100 jedną, dwie, trzy i t. p. części na odpowiednią ilość wody. Jeżeli mieli do czynienia z płynem mózgowordzeniowym wybitnie ropnym, wtedy rozcieńczali na szkiełku podmiotowym uszko płynu mózgowordzeniowego kroplą rozczyntu izotonicznego chlorku sodu 8:1000 i do tego dodawali kroplę czerwieni; jeżeli płyn był tylko mętny, wtedy mieszały na szkiełku kroplę płynu z kroplą odczynnika.

Jeżeli płyn zawierał mało komórek, wtedy poddawali go działaniu wirownicy — do osadu po zlaniu płynu dodawano odpowiednią (5 — 10 ctm. sz.) ilość izotonicznego rozczyntu chlorku sodu 8:1000 i dodawano 4 — 5 kropel barwnika. Po zmieszaniu, odstawieniu na 2 minuty i ponownem osadzeniu w wirownicy poddaje się płyn badaniu.

Po umieszczeniu kropli na szkiełku pokrywano ją szkiełkiem pokrywkowym; — dobrze jest zalać preparat parafiną; badać nale-

ży zaraz. Przechowuje się preparaty z trudnością—można do utrwalenia użyć płynu pikrynowego (*solution d'apathé picrique*).

W płynie znajdujemy:

1-o Krysztaly barwnika.

2-o Ziarnka białkowate, zabarwione na czerwono; pochodzą one bądź z rozpadu białych ciałek, bądź tworzą się przy strącaniu.

3-o Białe ciała krwi pod czterema postaciami: a) niezabarwione b) leukocyty z drobnymi lekko zabarwionymi ziarenkami c) leukocyty z zabarwionymi jądrami d) leukocyty z dużymi jamkami zabarwionymi.

Cały szereg doświadczeń stwierdził, że 1) ciała niezabarwione są to pierwiastki żyjące, 2) ciała o słabszej żywotności posiadają ziarenka wśród zarodki, 3) ciała białe nieżywe posiadają jądra zabarwione, 4) w środku zabarwionych jamek znajdują się wchłonięte drobnoustroje.

Co się tyczy wniosków praktycznych, do jakich dochodzą autorowie na zasadzie powyższych danych, to są one następujące:

1-o Przewaga komórek o jądrami zabarwionych wskazuje na brak odporności białych krwinek lub dużą jadowitość wytworów trujących (ostre zapalenie opon) Codzienne obliczanie białych ciałek, posiadających jądra zabarwione, wykazuje, jaką jest odporność białych ciałek, co stanowi ważny punkt w rokowaniu.

2-o Jakie mają znaczenie zmiany we względzie liczby komórek o ziarenkach zabarwionych oraz czemu należy przypisać tworzenie się osadu barwnika — tego autorowie nie wiedzą i nad pytaniami temi pracują obecnie. Metodę wyżej opisaną, jako nadzwyczajnie dostępną i łatwą, uważają autorowie za jedną z lepszych wśród całego szeregu znanych dotychczas.

(Arch. de Med. des Enfants Nr. 6, 1910).

206. J. Comby. Nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych.

Autor stwierdził, że liczba przypadków zapalenia mózgowordzeniowego znacznie się zwiększyła w ostatnich latach w Paryżu, przyczem śmiertelność dzięki leczeniu surowicą znacznie się zmniejszyła, zauważył rów-

niez autor, że znacznie częściej występują przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w zimie, aniżeli w lecie, zarówno często u dzieci w pierwszych latach życia, jak i później, powyżej 10-u lat.—Przypadków zarażenia nie spostrzegł autor ani wśród chorych szpitalnych, ani w praktyce prywatnej, nie mniej jednak należy się wystrzegać wydzielin chorych (z jamy nosowej i ustnej) przynajmniej dopóty, dopóki badanie bakteryologiczne nie stwierdza obecności meningokoków.

Choroba zaczyna się bądź nagle, bądź powoli i ma też różny przebieg—ostry lub nieco przewlekły, wobec tego że przebieg nie zawsze jest jednakowy, trudno też na tej zasadzie zrobić rozpoznanie. Najczęściej zaczyna się choroba nagle, bez zwiastunów, wymiotami, bólem głowy, sztywnością karku, bez objawu lub z objawem KERNIGA, następnie zjawiają się plamy mózgowie, liszaj na wargach (bardzo często), niekiedy drgawki, zez, bredzenie, rzadziej głuchota, ślepotą, zapalenie stawów, *phlegmasia alba dolens*, zapalenie ucha, strupy, niekiedy gorączka, to znów stan bezgorączkowy.

Rozpoznanie robi się najczęściej dopiero po nakłuciu łądźwiowem, nakłucie to daje płyn mętny, ropny, zawierający dużo ciałek białych wielojądrowych i często bardzo wewnątrz lub zewnątrz komórek ziarenkowce zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*meningococcus*). Płynu należy wypuścić, ile tylko można (20—30—40 ctm. sz.), wypuszczać go należy codziennie, przyczem po wypuszczeniu płynu należy wprowadzić taką samą ilość surowicy (nie wyjmując igły). Zastrzykiwania winny być powtarzane codziennie przez 3—4 dni w przypadkach ciężkich. Surowica FLEXNERA lub DOPTERA, użyta dość wcześnie, zmniejsza śmiertelność o 20%, niekiedy i więcej. Odsetka, otrzymana przez COMBYEGO, nie jest wysoka, autor przypisuje to bądź zbyt późnemu zastosowaniu surowicy, bądź niedostatecznej dobroci użytej surowicy. Autor zaleca jednocześnie z zastrzykiwaniem surowicy gorące kąpiele (38°), robione 3 lub 4 razy dziennie, lód na głowę oraz środki uspakajające odpowiednio do objawów. Jako środek zapobiegawczy uważa autor wymywanie oraz płukanie jamy ustnej i nosogar-

dzielowej, robienie częstych inhalacji i rozpylań i t. p. Dobrze wyniki daje zalecany przez VINCENTA roztwór jodu i gwajakolu, — działa on odkażająco, skraca też okres odosobnienia, niszcząc bowiem meningokoki, usuwa źródło zarazy.

(Arch. de Med. des Enfants Nr. 3, 1910).

Matylda Biehler.

Choroby weneryczne

207. Hoffmann. Leczenie przymiotu nowym preparatem arsenikowym Ehrlicha—Haty.

Nowy ten środek, zdaniem HOFFMANNA, wywiera wogóle bardzo szybkie i dodatnie działanie na zwykłe objawy przymiotu, które prędko giną bez stosowania miejscowych zabiegów. Nie zgadza się natomiast autor z tem, aby środek ten był zupełnie bezpieczny dla ustroju.

Przeciwnie, daje on najrozmaitsze powikłania, które prawdopodobnie zależą od sposobu stosowania preparatu. W jednym przypadku, po zastrzyknięciu preparatu w roztworze o odczynie kwaśnym, autor obserwował centralne zatorowe zapalenie płuc z następczem zapaleniem opłucny. Punkt wyjścia cierpienia autor upatruje w zakrzepie, który utworzył się w mięśniach pośladkowych wskutek zastrzyknięcia zbyt kwaśnego roztworu. W innych znów dwu przypadkach po zastrzyknięciu autor obserwował bardzo poważne zaburzenia czynności serca: znaczne przyspieszenie tętna (120—160), nieznaczne powiększenie tępości na prawo, szmer skurczowy u wierzchołka, podstawy i tętnicy płucnej i wzmocnienie 2-go tonu tętnicy płucnej. Objawy te trwały przez kilkanaście dni i powoli ustąpiły. W jednym przypadku autor obserwował lekki białkomocz.

Cóż przedstawia sobą preparat 606 w porównaniu z rtęcią i KJ? Czy za pomocą tego środka możemy za jednym zamachem uzdrowić chorego? Na pytania te trudno odpowiedzieć. Jedno wszakże już wiemy, mian., że przy obecnie stosowanych dawkach preparatu EHRLICHA nawroty w większości przypadków występują.

W jakich przypadkach należy stosować nowy środek EHRLICHA? Przedewszystkiem w tych, gdzie rtęć i jod nie działają, *secundo*, gdzie środki te bywają źle znoszone przez ustroj, — głównie zaś, zdaniem autora, należy wypróbować poronne działanie nowego środka.

Sam autor w tym celu postępuje w następujący sposób: natychmiast po zrobieniu rozpoznania (krętki blade) autor zastrzykuje 0,3—0,6 preparatu, a po zniknięciu krętków z powierzchni owrzodzenia wycina je i stosuje energiczną kurację rtęciową. Z wycięciem owrzodzenia autor wstrzymuje się kilka dni w tym celu, aby kontrolować działanie preparatu 606 na krętki blade, a powtórnie, nie jest wyłączonem, że endotoksyny, które uwalniają się po zniknięciu krętków bladych, mogą mieć pewien dodatni wpływ na wyzdrowienie.

(Medizinische Klinik, Nr. 33. 1910).

208. Fraenkel i Grouven. Doświadczenia nad środkiem Ehrlicha 606.

Autorzy przerobili badania swe ze środkiem EHRLICHA na więcej, niż 100 chorych.

Co dotyczy zastrzyknięć w żyły, to w dwu przypadkach chorzy dobrze znieśli ten zabieg, trzeci zakończył się zejściem śmiertelnym w 3½ godziny po zastrzyknięciu przy objawach ostrego zatrucia arsenikiem, a oględziny pośmiertne wykazały sporą ilość arszeniku w wątrobie, śledzionie i płucach. FRAENKEL przypuszcza w danym przypadku idyosynkrazję względem arszeniku, a ze względu na możliwość powtórzenia się podobnego przypadku w późniejszych swych badaniach stosował tylko zastrzykiwania w mięśnie pośladków.

Objawy, występujące po tych zastrzyknięciach, są dość indywidualne: nieraz chorzy wkrótce po zastrzyknięciu nie odczuwają już żadnych bólów, w innych znów przypadkach bóle te trwają po kilka tygodni.

Na początku swych badań autorzy nie przekraczali 0,3, ze względu zaś na to, że po zastrzyknięciu tej ilości występowała w więk-

szości przypadków tylko częściowa poprawa, stopniowo powiększali jednorazową dawkę, doszedłszy w końcu do 0,9. Ale nieraz duża jednokrotna dawka (0,4—0,9) nie wystarczała do usunięcia wszystkich objawów syfilisu, wówczas po 2 tygodniach powtarzali zastrzykiwania, przyczem za drugim razem stosowali zwykle większą dawkę, niż za pierwszym; o ile zaś objawy po tych dwu zastrzyknięciach nie ustępowały, uciekali się do trzeciego zastrzyknięcia, stosując na ten raz jeszcze większą dawkę (do 1,0), niż przy drugim zastrzyknięciu. Naogół w dwu zastrzyknięciach chorzy otrzymywali do 1,8, w trzech—2,4. Co prawda, ten sposób stosowania preparatu 606 nie zgadza się z poglądem jego twórcy, który utrzymuje, że środek jego za jednym zamachem powinien sprowadzić zupełne wyjałowienie ustroju, dla wyżej zaś wzmiankowanych względów autorzy zmuszeni byli powtarzać zastrzykiwania, tem bardziej, że nie wywoływały one żadnych poważnych powikłań.

Autorzy zastosowali ten nowy środek przedewszystkiem u umyślowo chorych z zastrzałami sprawami. Co prawda, w przypadkach tych żadnej poprawy nie było, wreszcie nie można się jej było nawet spodziewać, ale chorzy na ogół bardzo dobrze znosili duże dawki tego środka, a w wielu przypadkach po 3 tygodniach zniknął odczyn WASSERMANN.

Następnie F. i G. zastosowali preparat EHRLICHA w 75 przypadkach przymiotu, w miarę potrzeby powtarzając zastrzykiwania, przyczem żadnych poważnych powikłań nie spostrzegali. Wprawdzie w kilku przypadkach po zastrzyknięciu obserwowali wysypkę na całym ciele, mającą charakter odrowy, podniesienie ciepłoty do 40°, bóle głowy i ciężki stan ogólny, — ale wszystkie te objawy prędko przechodziły.

Po zastrzyknięciu w większości przypadków chorzy szybko przybierali na wadze. Badanie krwi po zastrzyknięciu wykazało wyraźną leukocytozę. Na ciężę preparat ten w trzech przypadkach nie wywarł żadnego ujemnego wpływu.

Na objawy przymiotu preparat EHRLICHA wywiera naogół dobry, a nieraz wprost bajeczny wpływ, zwłaszcza w okresach późnych. Objaw HERXHEIMERA autorzy rzadko widywali, również rzadko obserwowali zniknięcie odczynu WASSERMANN.

Z innych cierpień, prócz syfilisu, zastosowali oni preparat EHRLICHA w 3 przypadkach

łuszczycy, przyczem w jednym z nich nastąpiła znaczna poprawa; następnie dobre wyniki otrzymali we wszystkich trzech przypadkach pęcherzycy (*pemphigus chronicus, p. malignus i p. foliaceus*) i w jednym przypadku *lichen ruben planus*.

(Muench Med. Woch., 1910, Nr. 34).

Springer.

ODCINEK

ALKOHOLIZM U ŻYDÓW.

Podał

D-r G. Lewin.

Ordynator szpitala na Czystem.

I.

Kwestya rzadkości lub nawet zupełnego braku alkoholizmu u żydów stała się prawie aksyomatem, nie ulegającym już żadnej dyskusji. „U żydów pijaństwa niema”, powie prawie każdy bez namysłu. Opinia ta wyrobiła się z pewnością w wiekach średnich, kiedy żydzi w gheztach—jak zobaczymy dalej — byli w rzeczywistości prawie abstynentami, nie licząc używania bardzo małej ilości wina lub wódki przy rytuałach (Kidusz i t. p.) Obecnie zaś dużo się zmieniło, młode pokolenie żydowskie dość daleko odbiegło od starego, i twierdzenie ryczałtowe, że u żydów wcale niema alkoholizmu, byłoby, zdaje się, aż zanadto optymistyczne. FISHBERG, który gorliwie zajmuje się tą kwestyą, podkreśla na zasadzie spostrzeżeń swoich fakt, że żydzi nie są już tym narodem trzeźwym, za jaki ciągle uchodzili, i że w pewnych klasach społeczeństwa żydowskiego zaczyna się już nawet rozwijać alkoholizm ¹⁾.

W każdym razie kwestya alkoholizmu u żydów podlega już rewizyonizmowi, co też postaram się uczynić w skromnej swojej pracy.

Liczb statystycznych o używaniu alkoholu przez oddzielne narody lub grupy w pewnym kraju brak nam oczywiście, z przeciętnej zaś liczby o g ó l n e g o używania alkoholu żadnych wniosków co do alkoholizmu u żydów wyciągać nie można. Faktem jest niezbitym, że u nas w Królestwie i w dziewięciu guberniach zachodnich, gdzie żydzi stanowią znaczną część ludności, przeciętna ilość użytej wódki, przypadająca na jednego człowieka, jest znacznie mniejsza, niż w Cesarstwie, gdzie żydów jest mało ²⁾. Niewiadomo wprawdzie, czy to zmniejszone pijaństwo można kłaść tylko na karb żydów, upoważnia jednak do tego przypuszczenia statystyka pijanych w Warszawie za lat 12 (1897 — 1909) w świetle cyfr Pogotowia ratunkowego. Otóż okazuje się, że największą odsetkę pijanych w Warszawie dają polacy; stanowiąc 57% ogółu ludności, polacy powinni normalnie dostarczyć takej samej odsetki pijanych, tymczasem pijanych polaków było 3828, co stanowi 64,5%, a więc o 8,5%, więcej. Rosyanie, stanowiący 3,6% ogółu mieszkańców Warszawy, dali również odsetkę o połowę zbyt wielką, bo 5,3%. W normie stoją ewangelicy, którzy stanowią 2% ludności i dali odsetkę pijanych 1,4%. Natomiast

¹⁾ Maurice Fishberg. Die Gesundheitszustände der eingewanderten jüdischen Bevölkerung New-Yorks w „Jüdische Statistik“ Berlin 1903.

²⁾ A. I. Wojekow cyt. w Jewrejskaja Encyklopedia T. I. str. 899.

żydzi, stanowiący 34,3% ludności Warszawy, dali tylko 2, 2% pijanych, t. j. 16 razy mniej ³⁾.

FISHBERG opowiada ze słów jednego z członków stowarzyszenia „Chesed-szel-Emeth” w New-Yorku, że w ciągu całego roku widział jeden tylko przypadek śmierci wskutek alkoholizmu, jakkolwiek do morgi new-yorkskiej dostarczanych bywa przeciętnie 5—6 trupów żydowskich tygodniowo. Fakt ten nabiera jeszcze większego znaczenia, jeżeli zwrócimy uwagę na ten szczegół, że do morgi odsyłane zostają trupy wyłącznie z t. z. niższych warstw ludności, z których — u nie-żydów — aż 75% umiera pośrednio lub bezpośrednio z powodu otrucia alkoholem. To samo twierdzi GOTTHEIL, konsultant w „Beth-Israel-Hospital” w New-Yorku. W tym szpitalu żydowskim (chorych nie-żydów bywa w nim 0,25%) na 3000 chorych za ostatnie kilka lat zauważono tylko 4 przypadki alkoholizmu, t. j. 0,13%; w szpitalu zaś miejskim w Bostonie, gdzie żydów jest niewiele, na 7104 chorych w roku 1899 było 226 alkoholików, t. j. 3,18%, a więc 24 razy więcej, niż wśród żydów ⁴⁾.

To samo prawie można powiedzieć i o szpitalu żydowskim w Warszawie. Za ostatnie kilkanaście lat na przeszło 4000 chorych w oddzi ale moim zanotowałem sześciu żydów alkoholików, gdy alkoholików chrześcian, pomimo malej ich liczby w oddziale — około 5% — było przeszło 30, co się potwierdza i w innych oddziałach szpitalnych w Warszawie i na prowincyi. Lekarze z rozległą praktyką u chrześcian i żydów również twierdzą, że wśród pacjentów żydowskich spotykają się z objawami alkoholizmu dość rzadko, wśród chrześcijańskich zaś — bardzo często.

Na zasadzie wyżej wymienionych danych możemy więc twierdzić, że wśród żydów jest rzeczywiście bardzo niewiele alkoholików, *eo ipso* jest mało chorób, na tle alkoholizmu powstałych, jak zobaczymy niżej.

Wiemy wszak, że wskutek nadużywania alkoholu organizm staje się mniej odpornym na wszelkiego rodzaju choroby wogóle, w szczególności zaś na choroby umysłowe i zakaźne.

Jakkolwiek choroby nerwowe i umysłowe są wśród żydów bardzo rozpowszechnione, co daje się objaśnić nienormalnym ich stanem pod względem politycznym i ekonomicznym, jednakże choroby umysłowe, które powstają na tle alkoholizmu, są bardzo rzadkie wśród żydów. Jeżeli weźmiemy statystykę RUPPINA, to się przekonamy, że w ciągu dwóch lat (1898 — 1900) wśród wszystkich chorych umysłowych w Prusiech było przypadków psychozy na tle alkoholizmu:

u protestantów	2676 tj. 7,51%	wszyst. chor. umysł. protest.
u katolików	736 „ 5,15%	
u dyssydentów	124 „ 12,29%	
u żydów	19 „ 1,06% ⁵⁾	

A. PILCZ na zasadzie ogromnego materiału z 1-ej psychiatrycznej kliniki uniwersyteckiej w Wiedniu przyszedł do przekonania, że przypadków psychoz alkoholistycznych wśród żydów ⁶⁾ prawie niema. Kol. WIZEL opowiedział mi, że w ciągu kilkunastu lat na przeszło tysiąc psychicznie chorych żydów widział dwa tylko przypadki psychozy na tle alkoholizmu, a mianowicie: jeden przypadek u grajka, który wałęsał się po całym świecie i życie swoje spędzał w szynkach i t. p., drugi zaś u subiekta handlowego, który przez dłuższy czas zamieszkiwał w głębokiej Rosyi wśród alkoholików. Psychozy więc alkoholistyczne, które zajmują dość poważne miejsce wśród innych psychoz — bo 20% i więcej — zdarzają się u żydów niezmiernie rzadko.

Co do chorób zakaźnych, których rozwojowi sprzyja alkoholizm, to nie posiadamy, niestety, pewnych danych statystycznych o częstości lub rzadkości ich wśród żydów; są jednak głosy lekarzy poważnych w kraju i za-

³⁾ Kalendarz Pogotowia Ratunkowego za r. 1910, str. 345.

⁴⁾ William S Gottheil „Alcoholism“ cyt. w The Jewish Encyclopedie T. I.

⁵⁾ Arthur Ruppın. Die Juden der Gegenwart. Berlin 1904.

⁶⁾ A. Pilcz. Psychosen bei Juden. W. Kl. Rundschau 1907. №№ 47 — 48.

granica, że żydzi mniej stosunkowo zapadają na choroby zakaźne, będąc odporniejszymi z powodu braku alkoholizmu. Że śmiertelność wśród chorych tyfusowych chrześcijan jest znacznie większa, niż wśród żydów — nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości. Za ostatnie 5 lat (1905 — 1910) z 44 chrześcijan w oddziale tyfusu wysypkowego w szpitalu żydowskim umarło 10, t. j. 22,5%, przy ogólnej śmiertelności (na tyfus wysypkowy) 5,3%, co bezwarunkowo można objaśnić mniejszą odpornością chorych chrześcijan wskutek alkoholizmu.

Kwestya wpływu pijaństwa na gruźlicę należy jeszcze, mojem zdaniem, do kwestyi spornych i otwartych. Z jednej strony KROZAK, MACKENZIE, LUBLINER ⁷⁾, SOKOŁOWSKI ⁸⁾ i inni widzą w alkoholizmie bardzo poważny czynnik etiologiczny gruźlicy; z drugiej zaś strony taki ftysiolog, jak CORNET, tego zdania nie podziela ⁹⁾. Niektórzy, jak KRAUS i LANCEREAUX, również odmawiają alkoholizmowi zdolności wywoływania gruźlicy, przypisują mu jednak wpływ na szybszy rozwój gruźlicy, już istniejącej; inni, jak MEYERHOFF, PETERS i JACKSON i z tym poglądem się nie zgadzają, a wielu lekarzy zaleca nawet gruźliczym, jak wiadomo, napoje wyskokowe, jako środek leczniczy ¹⁰⁾. SOKOŁOWSKI stoi na zupełnie innym punkcie widzenia, twierdząc, że alkoholizm oddziałuje wprawdzie na rozwój gruźlicy, lecz tylko pośrednio, powiększając pauperyzm ¹¹⁾.

Pomiędzy moimi pacjentami gruźliczymi nie widuję prawie alkoholików. Lekarze angielscy jednak twierdzą, że alkoholizm jest jednym z najważniejszych momentów etiologicznych gruźlicy; pogląd swój opierają na faktach, że w Anglii gruźlica jest bardzo rozpowszechniona i daje największą śmiertelność u ludzi, którzy nadużywają alkoholu,

jak szynkarze, właściciele restauracyi, kelnerzy i im podobni. BERTILLON jest zdania, że wino nie wpływa na rozwój gruźlicy, natomiast wódka należy, podług niego, do najważniejszych czynników etiologicznych gruźlicy we Francyi, i walczyć z alkoholizmem jest to samo, co walczyć z gruźlicą ¹²⁾. Jeżeli więc przyjmujemy twierdzenie lekarzy angielskich i po części francuskich za pewnik, to znany fakt, że żydzi dają stosunkowo mniejszą odsetkę chorych na gruźlicę, logicznie możemy objaśnić brakiem alkoholizmu u żydów.

Przy sposobności nie mogę pominąć milczeniem znanego faktu, że na zmniejszenie gruźlicy wśród żydów wpływa i odporność, która się rozwijała w ciągu całych stuleci.

Żydzi w gheftach żyli w najgorszych warunkach higienicznych — wprawdzie i teraz pozostaje jeszcze wiele do życzenia — gruźlica i inne choroby zakaźne dziesiątkowały wtedy ludność żydowską; ci więc, którzy wychodzili z tej walki zwycięsko, rozwinęli w sobie silną odporność i przekazali ją swym potomkom.

Alkoholizm jest szkodliwy nie tylko dla samych pijaków, lecz mści się, jak wiadomo, i na ich potomstwie. Dzieci pijaków mają wrodzoną skłonność do pijaństwa, źle się rozwijają, dają znaczną odsetkę idiotów, głuchoniemych i wogóle ludzi zwyrodniałych. Wśród dzieci pijaków śmiertelność, jak również liczba nieżywourodzonych jest dosyć pokaźna. U żydów bywa stosunkowo mniej nieżywourodzonych dzieci, niż u chrześcijan, i trochę tylko więcej, niż u Mahometan, co niektórzy lekarze chcą również objaśnić rzadkością wśród żydów alkoholizmu. W Algierze np. w ciągu dwóch lat (1897 — 1899) na sto urodzeń było dzieci nieżywych:

u chrześcijan	3,65%
u żydów	2,74%
z mahometan	1,59%

(Dok. nast.)

⁷⁾ Lubliner. *Zdrowie* Nr. 9 1909.

⁸⁾ Sokołowski. *Odczyt Kliniczny* 1900 r.

⁹⁾ Cornet. *Die Tuberculose* 1899, str. 295.

¹⁰⁾ Ibid.

¹¹⁾ Sokołowski.

¹²⁾ *Tuberculosis* Nr. 5. 1910. *Frequence de la Phthisie dans ses Rapports avec l'Alcoholisme*, par Jacques Bertillon Paris.

Wiadomości bieżące.

— Jubileusz ćwierćwiekowej działalności Prof. Napoleona Cybulskiego na katedrze fizjologii pisze *Przegląd Lekarski* i świadczył rozmiarami, które przybrał, i nastrojem, który wśród uczestników panował, jaka cześć i uznanie otaczają Jubilata, i jakie jest znaczenie Jego działalności dla rozwoju ruchu naukowego u nas. Obchód Jubileuszowy rozpoczęło Towarzystwo Lekarskie krakowskie wręczeniem Jubilatowi na posiedzeniu w d. 30 XI. (odbywającym się właśnie w sali wykładowej zakładu fizjologicznego) dyplomu członka honorowego, przyczem przemówił w gorących słowach Prezes Towarzystwa, r. dw. Prof. Wicherkiewicz. W dniu następnym w zwykłej godzinie wykładu fizjologii zapełniła się sala wykładowa po brzegi uczestnikami, wśród których było liczne grono delegatów ze wszystkich dzielnic Polski, Senat Uniw. Jag. i całe grono profesorów Wydziału lekarskiego krak. oraz deputacya Wydziału lek. lwowskiego z dziekanem r. dw. Prof. Kadyiem na czele. Wchodzącego Jubilata powitały gromkie oklaski i śpiew Chóru akademickiego, poczem zabrał głos Prof. Beck ze Lwowa imieniem komitetu jubileuszowego, ofiarowując od byłych uczniów Jubilata jako wyraz hołdu biust Jego dłuta D-r Kunzeka, mający odtąd zdobić salę wykładową, a zarazem składając księgę pamiątkową, zapełnioną pracami uczniów Jubilata. Następnie przemawiali: imieniem Wydziału lekarskiego krakowskiego dziekan Prof. Klecki, imieniem Wszechnicy Jagiellońskiej rektor Prof. Witkowski, imieniem obecnych słuchaczy Jubilata p. Przybylski. Imieniem Wydziału lekarskiego lwowskiego przemawiał r. dw. Prof. Kadyi, od Towarzystwa naukowego warszawskiego i od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego Prof. Kryński z Warszawy, od redakcyi „Gazety lekarskiej” Doc. D-r Pruszyński ze Lwowa, od redakcyi warszawskiego „Zdrowia” Prof. Bujwid. Dalej składali życzenia: D-r Szulczewski z Poznania od

Towarzystwa przyjaciół nauk i redakcyi „Nowin lekarskich”, Prof. Rencki od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Prof. Ciechanowski od Towarzystwa lekarskiego wileńskiego, Związku prasy lekarskiej polskiej i redakcyi „Przeglądu lekarskiego”, wręczając zarazem jubileuszowy zeszyt „Przeglądu Lekarskiego” i „Medycyny i Kroniki Lekarskiej” i D-r Hercok-Radwańska imieniem obecnych współ-pracowników Jubilata. Przy przemówieniach wręczono Jubilatowi adresy, dyplomy członka honorowego i jubileuszowe zeszyty polskich czasopism lekarskich. Członkiem honorowym mianowały Jubilata Towarzystwa lekarskie: krakowskie, lwowskie i warszawskie, Towarzystwo przyrodników polskich im. Kopernika, Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu, a sekcye lekarska i przyrodnicza Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu uchwały również wniossek o mianowaniu Jubilata członkiem honorowym. Zeszyty jubileuszowe, poświęcone Jubilatowi, wydały prócz „Przeglądu i Czasopism lek.”: „Gazeta lek.”, „Medycyna i Kronika lek.”, „Nowiny lek.” i „Zdrowie”. Jubilat dziękował ze wzruszeniem i właściwą sobie skromnością za życzenia. Wieczorem odbyło się w salach Towarzystwa lekarskiego zebranie koleżeńskie, na którym wśród licznych mówców przemawiali Prof. Gluziński ze Lwowa imieniem byłych uczniów Jubilata, a Prof. Popielski ze Lwowa imieniem dawnej kolonii polskiej w Petersburgu, wśród której Jubilat pracę swą nakową rozpoczynał. Ze wszystkich ziem Polski i zagranicy nadeszły liczne serdeczne telegramy i pisma gratulacyjne. (Przegl. Lek.). W imieniu naszej redakcyi przemówił kol. Eiger następującemi słowy:

Dostojny Jubilacie i czci wielkiej godny Profesorze!

Z Warszawy, w imieniu „Medycyny i Kroniki Lekarskiej”, przynoszę pozdrowienie i hołd składam. — Tam gdzie myśl naukowa ciągle staczać musi walki, tam pismo nauko-

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGÉNOL

Naline

Histogénole Naline otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w Paryżkiej Akademii Nauk,

w Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,

w Paryżkim Towarzystwie Biologicznym

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego Fakultetu Lekarskiego.

HISTOGÉNOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia: przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, żółtów, limfatyzmu i zimnicy i we wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

HISTOGÉNOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłym i 2 łyżek deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafałszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ZIARENEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis A. Naline znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1 re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Paris-St-Denis (Seine).

Składy HISTOGÉNOŁU we wszystkich aptekach Rossyi i w Rossyjskiem Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C-o w Rostowie nad D onem i Odessie, w Towarzystwie Jurotat w Kijowie, w Kaukazkiem Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferrejna w Moskwie.

Bromglidina

Nowy preparat bromu z białkiem roślinnem, środek kojący o wybitnem działaniu, nie drażniący i wolny od wszelkiego działania ubocznego. Przyjemny w użyciu i zastępujący bromek potasu. Umożliwia przeprowadzanie długich kuracyi bromowych, gdyż nie występują objawy uboczne. Wskazania: choroby nerwowe szczególnie histerya, padaczka, neurastenia, nerwowe stany niepokoju, nerwobóle, płasawica, bóle głowy, bezsenność wywołana neurastenią, słabe objawy neurastenii jak osłabienie, zawroty. — Rp. Tabl. Bromglidin. Oryginalne opakowanie. — Dawka: kilka razy dziennie 1 — 2 tabl. — Każda tabletka zawiera 0,05 g. Br związanego z białkiem roślinnem.

Cena: 1 flakon oryginalny, zawierający 25 tabletek Rb. 1.

**Chemiczna Fabryka, D-r Volkmar Klopfer
Drezno-Leubnitz.**

**Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów
St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.**

**Przedstawiciel na Królestwo Polskie: S. Rościszewski,
Warszawa, Bracka 6.**

we, pismo lekarskie jest ogniskiem, rozpalamem w nocy, aby nie zbłądzić w ciemnościach. A choć nieraz bywa zimno okropnie, tak zimno, że oczy jakby widzieć przestają, a ręce zdętwiałe opasać chcą. — my nie gubimy drogi, nie tracimy otuchy, bo w chwilach takich zwracamy wzrok ku starej wszechnicy krakowskiej, gdzie wśród wielu imion Twoje jaśnieje blaskiem prawdziwym. Czujemy wówczas, że mimo wszystko myśl naukowa w społeczeństwie polskim nie zginie. Za tę otuchę, za Twą pomoc zawsze skorą dzięki Ci, Panie. Za to, że, jak chorąży nie strudzony, trzymasz chorągiew nauki czystej tak wysoko, że nietylko na przestrzeni 3-ch zaborów, lecz w całym świecie jest widzialna — cześć Ci, Panie! I cześć Ci tem większa, że w społeczeństwie, na części podzielonem, myśl Twoja nie uległa moralnemu na części rozszczepieniu, lecz że, jak ongi na świątyni Król legendowy, zwany „mądrym”, Tyś na pracowni swej naukowej umieścił hasło „dla wszystkich”.

Nam więc na otuchę, całemu społeczeństwu na chwałę żyj i pracuj jaknajdłużej! —

— Prócz naszego pisma z wydawnictw Warszawskich specjalne numery poświęciły Jubilatowi: *Gazeta Lekarska i Zdrowie*. W *Gazecie lekarskiej* kol. Pruszyński streścił obraz działalności profesora w obszernym artykule, poza tem J. Brudziński dał: „Badania doświadczalne nad odruchem jednostronnym i odruchem obustronnym”, Józef Handelsman: „O odczynie elektrycznym i neurotonicznym, W. Janowski: „O tłumaczeniu krzywej przedsiionkowo-przelykowej w zestawieniu z krzywą elektrokardiograficzną”, prof. Popielski: „O własności moczu obniżania własności krwi” i J. Pruszyński początek pracy: „O działaniu fizyologicznem żółci”

W *Zdrowiu* sylwetkę profesora skreślił kol. J. Jaworski, nacisk kładąc na jego działalność społeczno-lekarską i higieniczną, poza tem w numerze tym wydrukowano prace: M. Dominikiewicz: „Próba redukcijna jako środek oceny higienicznej mleka”, W. Palmirski: „Istota zarazka wściekliczny”, O. Bujwid: „Samopomoc młodzieży w walce z gruźlicą w Galicyi. Przegląd lekarski wydał obszerny numer jubileuszowy o 68 str. druku, zawiera-

jący życiorys pióra redaktora, spis prac jubilatów oraz prace: K. Kostaneckiego, S. Maziarskiego, Dunina Borkowskiego, M. Eigera, S. Weleckiego, Br. Kadera, Radlińskiego, J. Nissenfelda, Pisarskiego, A. Markowej, Korabczyńskiej, Zaremby, Borzęckiego, Rosnera, K. Morawskiego, Radwańskiej i Schlauka. Numer jubileuszowy wydały i Nowiny Lekarskie.

— 1-szy Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego odbędzie się w Łodzi w dniach 4 i 5 czerwca r. 1911-go.

Zjazd został zainicjowany przez Łódzkie Towarzystwo Lekarskie, które w roku przyszlým obchodzi dwudziestopięciolecie swe go istnienia.

Pozwolenia na zjazd udzielono pod warunkiem, by „na miesiąc przed otwarciem zjazdu zakomunikowano władzom gubernialnym piotrkowskim szczegółowy program odzyciów i innych czynności zjazdu”.

Do komitetu organizacyjnego zjazdu powołało towarzystwo lekarskie łódzkie panów: W. Chodźkę, Ks. Jasińskiego, W. Jasińskiego, M. Kaufmana, A. Krusche go, J. Maybauma, J. Michalskiego, A. Pańskiego, L. Przedborskiego, S. Sterlinga i H. Trenknera.

Pierwszą czynnością komitetu było rozzesłanie do wszystkich towarzystw lekarskich prowincjonalnych następującej odezwy:

„Szanowni Koledzy!

Z okazji XXV-lecia istnienia Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego postanowiliśmy urządzić w Łodzi na Zielone Świątki roku 1911 pierwszy zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego.

Charakter pracy zawodowej i warunki bytowe lekarzy prowincjonalnych stawiają przed nimi szereg zagadnień, które są obce większości kolegów stołecznych

Praca zawodowa zdala od wielkich ognisk ruchu naukowego, bez szpitali lub w szpitalach, lichu uposażonych, bez pracowni naukowych, bez instytutów terapeutycznych — zmusza do improwizowania niejako środków i sposobów przystosowania postępów sztuki leczniczej do potrzeb praktyki. Jest tu szereg zagadnień żywotnych, bo zdrowie większości mieszkańców Królestwa ma-

Jących na widoku, a jednak nieco na ubo-
czu od gościńca głównego postępu nauk le-
karskich leżących.

Więc też takich zagadnień nie roztrzą-
sa się na zjazdach ogólnolekarskich, tem-
bardziej na zjazdach specjalistów.

Roztrząsane one być mogą na zjeź-
dzie lekarzy prowincjonalnych, te jedynie
sprawy w programie mającym.

Naczelnym tematem zjazdu będzie np.
sprawa sposobów podniesienia żywotności
tych ognisk naukowych, jakie mamy w po-
staci szpitali i towarzystw lekarskich pro-
wincjonalnych; od lat paru widzimy tam za-
mieranie lub nawet zupełny zastój.

Takie i podobne sprawy nie mogą być
przedmiotem obrad zjazdów ogólnych; rzad-
ko też na nich zabiera głos lekarz provin-
cjonalny. W nadmiarze skromności i z istot-
ną szkodą dla przebiegu rozpraw redukuje
on zazwyczaj udział swój do roli jedynie
słuchacza.

Inaczej się to ułoży, kiedy on właśnie
będzie się czuł gospodarzem, kiedy jego po-
trzeby będą osią rozpraw i dociekań.

Potrzebę takich zjazdów poruszono w
Łodzi już w r. 1899-ym, kiedy w prospekcie
do „Czasopisma lekarskiego” mówiono: o
konieczności peryodycznego porozumiewa-
wania się osobistego w kwestyach „zadań
dnia powszedniego”; o wartości zjazdów,
które „systematyzują zadania naukowe i spo-
leczne” w zakresie potrzeb i możliwości pra-
cy lekarskiej na prowincyi.

Podejmując pracę organizacyi I-go Zjaz-
du lekarzy prowincjonalnych Królestwa Pol-
skiego, jesteśmy przejęci przekonaniem, że
w pracy towarzyszyć nam będą wszyscy ko-
ledzy prowincjonalni, a przedewszystkiem —
towarzystwa lekarskie.

Dlatego zwracamy się do Szanownych
Panów z uprzejmą prośbą o zorganizowa-
nie Podkomitetu zjazdowego—z trzech osób
złożonego—któryby:

- 1) zyskiwał prelegentów;
- 2) zyskiwał członków Zjazdu;
- 3) był łącznikiem między komitetem
organizacyjnym a ogółem lekarzy danej pro-
wincyi Królestwa.

W niepłonnej nadziei, że Szanowni Pa-
nowie przyczynią się Swą pracą do powo-
dzenia naszych zamiarów, dziś prosimy naj-
uprzejmiej o możliwie szybkie zakomunikowanie
nam nazwisk członków Podkomite-
tetu”.

— Podręcznik kol. Ludwika Bregmana
p. t. „Dyagnostyka chorób nerwowych“ wy-
szedł obecnie w wydaniu niemieckiem nakła-
dem firmy księgarskiej S. Kargera w Berli-
nie. Przedmowę do wydania niemieckiego
napisał prof. H. Obersteiner. W przedmowie
swej prof. O. mówi pomiędzy innemi: „Książ-
ka napisana przez wyrobionego praktyka, któ-
ry przez długoletnie doświadczenie przeko-
nał się, co lekarz wiedzieć powinien, aby traf-
nie rozpoznawać choroby nerwowe. Każdy,
kto książkę do rąk weźmie, przyzna bez-
sprzecznie, że cechuje ją jasność i zrozumia-
łość wykładu. Nietylko lekarz-praktyk znaj-
dzie w niej cenne dla siebie wskazówki, lecz
i specjalista neurolog nieraz do niej zaglą-
dać będzie”. Wreszcie prof. Obersteiner ży-
czy podręcznikowi jak i jego zasłużonemu au-
torowi wszechstronnego powodzenia. Dzieło
kol. Bregmana w wydaniu niemieckiem przed-
stawia się okazale i wydane zostało nader
starannie. Te same zalety ma i wydanie pol-
skie, które spotkało się już w naszym świecie
lekarskim z uznaniem, na które w zupełności
zasługuje.

— W jednym z październikowych nu-
merów Lancetu korespondent tego pisma z
Chin podaje opis i podobiznę dziewczynki 8
letniej i chłopca 9-letniego, będących rodzica-
mi dziecka rocznego, którego wzrost po uro-
dzeniu wynosił 1 stopę. Namiestnik provin-
cyi, w której mieszkają, nadesłał o nich urzę-
dowe zawiadomienie do Pekinu. Rycina
przedstawia dziewczynkę z dzieckiem przy
piersi. W „Medical Jurisprudence” Taylora
istnieje wzmianka o matce 9-letniej, ale nie-
ma wiadomości o wieku ojca.

— Deutsch. Med. W. donosi, że ucz-
czenie pamięci Roberta Kocha odbędzie się
w Berlinie w nowej auli uniwersyteckiej dnia
11 grudnia o godz. 12 w połud. Mowę wygło-
si tylko „Geh. Ober-Med. Rath” prof. Gaffky

dopuszczone też będą b. krótkie przemówienia spodziewanych delegatów. Stowarzyszenia, zwłaszcza cudzoziemskie, pragnące uczestniczyć w obchodzie, proszone są o zapisywanie się zawczasu u wzmiankowanego Geheimrata.

— Przed kilku tygodniami nastąpiło w New-Yorku otwarcie nowego szpitala, będącego ostatnim wyrazem nowoczesnych wymagań na polu szpitalnictwa zarówno pod względem budowy, jak i urządzeń naukowych, administracyjnych i sanitarnych.

Szpital urządzony jest tylko na 70 łózek, jakkolwiek główne zabudowanie posiada 8 pięter, z których tylko 4 przeznaczone są dla pacjentów. Liczba chorych jest ograniczona dlatego, że głównym przeznaczeniem tej instytucji jest posuwanie naprzód medycyny klinicznej pod względem naukowym, a przeto skoncentrowanie energii pracujących na paru aktualnych zagadnieniach; wybierane są przez to tego rodzaju przypadki, które nadają się do takiego badania.

Uwaga ma być zwrócona specjalnie na istotę, rozpoznanie i leczenie choroby, co się najlepiej daje osiągnąć na stosunkowo szczupłym, ale starannie zbadanym materiale. Personel lekarski jest dość liczny i dobrze opłacany, ale każdy członek tegoż ma obowiązek cały swój czas poświęcić służbie szpitalnej.

(Medical Record 22/X 1910).

— Wydawane od lat 3-ch przez D-ra Mikołajskiego we Lwowie czasopismo lekar-

skie esperanckie Voco de kuracistoj (Głos Lekarzy) ogłosiło ankietę w sprawie kary śmierci ze stanowiska lekarskiego.

Odpowiedź nadesłało w r. b. (jużto po esperancku, jużto w języku ojczystym) polaków 12, francuzów 15, niemców 3, belgijczyków 7, czech 1, rosyan 3, hiszpanów 3, szwajcar 1 i 1 amerykańnin. Ciekawą jest rzeczą, że większość lekarzy francuskich oświadczyła się za, z polaków zaś prócz jednego niemal wszyscy przeciw karze śmierci. Obecnie czasopismo to ogłasza ankietę międzynarodową w sprawie udziału lekarzy w pojedynkach.

— Zamiast Voco de Kuracistoj ma wychodzić w języku esperanto w Dreźnie Internacia Medicino.

— Komitet Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Warszawie w dn. 6, 7 i 8 października r. b., przystępując do druku Pamiętnika Zjazdu, uprasza uprzejmie o łaskawe nadesłanie jaknajrychlej zgłoszonych na Zjazd wykładów (w oryginale lub dokładnem streszczeniu) na ręce Sekretarza Zjazdu (Dr. Zembrzuski — ul. Nowogrodzka 26). Wykłady, nie przysłane przed 1 stycznia r. 1911, nie będą mogły być umieszczone w Pamiętniku.

— W Rosyi obchodzono uroczyste 100 lecie urodzin Pirogowa.

— Od stycznia r. b. wakować będzie posada lekarza miejscowego w szpitalu Jana Bożego z pensją rb. 400 rocznie, mieszkaniem i opałem.