

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZĘCZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *Stanisław Orłowski*. O hypnotyzmie leczniczym—str. 941. II. D-r *Walery Giedgowd*. O odczynie dwuazotowym—str. 958. III. *Maurycy Bornstein*. Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego—str. 964.

IV. **Dział sprawozdawczy:** I. *Choroby wewnętrzne.* 395. *Marcuse*. Stan obecny walki z gruźlicą w Niemczech—str. 970. 396. *Köchler*. Stan obecny nauki o kwestyi przenoszenia się gruźlicy bydła na ludzi—str. 972. 397. *Spronck i Hofnagel*. Przypadek przeniesienia gruźlicy bydłowej na człowieka, sprawdzony reinokulacją na cielęciu—str. 973. 398. *Dieulafoy*. Tuberculoza hypertrophicum coeci—str. 974. II. *Choroby dzieci.* 399. *Penkert*. Przerost grasicy jako przyczyna nagłej śmierci—str. 975. III. Z towarzystwa lekarskiego warszawskiego—str. 976. IV. Z towarzystw lekarskich francuzkich—str. 980. *Kronika bieżąca*—str. 985. *Zmarli*—str. 989. *Od administracji*—str. 989. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 23. I. D-r *St. Orłowski*. L'hypnotisme dans la médecine—p. 941. II. D-r *W. Giedgowd*. Sur la réaction diasotique—p. 958. III. D-r *M. Bornstein*. Sur la neurasthenie et premiers periodes du paralysie progressive—p. 964.

I. O HYPNOTYZMIE LECZNICZYM.

Podał

D-r med. *Stanisław Orłowski*

Ordynator szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

(*Ciąg dalszy*).

Druga część składowa—sam *sen hypnotyczny* ma znaczenie do pewnego stopnia podrzędniejsze: po większej części jest to tylko środek, dzięki któremu potęguje się podatność do sugestyi, ułatwia ich zrealizowanie i utrwała działanie.

Bez wątpienia jednak w wielu razach hypnoza sama przez się wywiera wpływ dobroczynny: dla ustroju wyczerpanego jest to czas

wytechnienia, wypoczynku, podobnie, jak sen zwykły. Wpływ taki daje się szczególnie odczuć u osobników, cierpiących na bezsenność, na uporczywe bóle głowy, silne rozdrażnienie nerwowe,—z tem, rozumie się, zastrzeżeniem, że hypnoza jest w danym razie absolutnie spokojną, nie wikłają jej żadne widziadła, budzące przestrasz, przygnębienie lub inną emocję.

Zapewne i tutaj w zupełności wykluczyć się nie daje działanie suggestyjne, właściwie autosuggestyjne: chory jest przekonany, że uśpienie ma na celu wynik leczniczy.

Cheąc wyzyskać wpływ kojący hypnozy, Wetterstrand (12, 13) wprowadził nawet w użycie odrębną metodę leczniczą pod nazwą „sztucznie przedłużonego snu“ t. j. stanu hypnotycznego, utrzymywanego bez przerwy przez dni, tygodnie, a nawet miesiące; w ciężkich przypadkach histeryi, morfinizmu, alkoholizmu i innych cierpieniach, udawało się Wetterstrand'owi tą drogą wybitne osiągnąć rezultaty. Vogt(14) zmodyfikował nieco tę uciążliwą dla chorego i jego otoczenia metodę w ten sposób, że na parę godzin dziennie budził swych pacjentów, dzięki czemu nie wymagali oni takiej opieki bezustannej. Osobiście zdarzyło mi się parę razy tę metodę stosować, z powodzeniem, które jej przykre strony wynagradza. Szczególniej utkwiły mi w pamięci dwa ciężkie bardzo przypadki, jeden padaczki pierwotnej (wspomniałem już o nim w naszym Towarzystwie), drugi padaczki histerycznej (histero-epilepsyi). W obu napady drgawkowe powtarzały się kilka, a nawet kilkanaście razy dziennie, tymczasem podczas hypnozy, którą 3 i 4 tygodnie przeciągałem, wystąpiło tylko parę ataków lekkich, przy tem zaraz w pierwszych dniach uśpienia. Po skończonej kuracyi polepszenie utrzymywało się czas jakiś (parę miesięcy), czy było ono jednak trwałe, nie wiem, ponieważ późniejszych wiadomości o pacjentach nie miałem.

W ostatnich czasach Vogt(14) zalecał jeszcze jedną metodę, w której sen hypnotyczny miał być czynnikiem leczniczym. Badania psychologiczno-doświadczałne Kraepelin'a (15) i innych autorów wykazały, jak wielkim jest wpływ krótkich, lecz często powtarzanych przerw w pracy na wydolność cielesną i umysłową człowieka, szczególnie zaś na wyrównanie objawów wyczerpania, wywołanych przez dłużej trwającą pracę. Na tej opierając się zasadzie, Vogt stosował u osób, którym pomimo objawów patologicznie wzmożonego zmęczenia, warunki życiowe zaprzestać pracy nie pozwalają, sposób następujący. Po pewnem przygotowaniu, właściwie tresurze hypnotycznej (éducation hypnotique) poddawał on pacjentom takim suggestyę, że pracować będą tylko krótkimi okresami, po 10—15 minut, a w przer-

wach wpadać w głęboki sen hypnotyczny na czas ściśle określony; stopniowo przerwy miały stawać się coraz krótszymi; okresy zaś pracy co raz dłuższymi. Cała ta skomplikowana metoda wydaje mi się obmyślaną niefortunnie: za szczególnie ryzykowne uważać należy takie suggestyjonowanie snu hypnotycznego, po tyle razy dziennie z przerwami kilkunastominutowymi, przy tem à distance, bez kontroli lekarza. W obec tego na wyprobowanie tej metody odważyć się nie mogłem.

Oprócz tych dwóch czynników głównych—suggestyi leczniczych i samego snu, hypnotyzm w niektórych wypadkach jeszcze pod jednym względem lekarzowi usługi oddać może: udaje się czasami wyzyskać zaostrenie pamięci podczas hypnozy i otrzymać tą drogą pewne wskazówki co do przyczyn cierpienia. Jakiś uraz psychiczny, na jawie już zapomniany, tkwi jednak w mózgu, jak drzazga w ciele i ciągle cierpienie podtrzymuje; w samowiedzy zahypnotyzowanego wypłynąć on może z dokładnością zupełną. Lekarz, uprzedzony, jest wówczas w stanie całą energię suggestyi przeciw czynnikowi temu skierować. Do metody tej, przez Breuera i Freuda wprowadzonej, wrócić za chwilę.

Co do *stopnia hypnozy*, potrzebnego do celów leczniczych, zauważyć należy, że obecnie większość badaczy zgadza się z tem, że hypnoterapia głębokiego snu nie wymaga. Suggestyjność bynajmniej nie idzie równoległe ze stopniem snu hypnotycznego. Owszem, jak wskazują spostrzeżenia Forel'a (16), w somnambulizmie głębokim często bardzo własność realizowania suggestyi leczniczych zmniejsza się wybitnie, niekiedy nawet znika zupełnie. Sam miałem sposobność stwierdzić to niejednokrotnie. Zdarza się również czasami, że głęboko uspiiony wprost nawet nie słyszy lekarza; rozumie się, o działaniu suggestyi mowy w takim razie być nie może. Wcale też potrzebnem nie jest wygaśnięcie pamięci o tem, co podczas stanu hypnotycznego zaszło. Lekarz jednak liczyć się winien z tem, że właśnie wśród publiczności utrzymuje się uporeczywie mniemanie, jakoby stałą cechą hypnozy była amnezja. Jakżeż często słyszy się: „ja nie spałem wcale, ponieważ słyszałem i pamiętam wszystko, co było mówione“. Jest to pogląd zupełnie nie słuszny: w istocie amnezja występuje rzadko sama przez się przy pierwszym uspieniu, choćby dany osobnik był nawet wielce podatny (zaledwie w $\frac{1}{8}$ przypadków). Wprawdzie względnie łatwo jest na posiedzeniach następnych takie upośledzenie pamięci za pomocą odpowiedniej suggestyi wyrobić; dążyć do tego lekarz hypnotyzujący nie ma jednak potrzeby: żadnej przez to korzyści terapeutycznej nie osiąga, owszem pozbywa się

współdziałania czynnego ze strony pacyenta. Ma to znaczenie szczególnie w stosunku do pacjentów inteligentnych, w których owo upominanie, aby o tem, co podczas hypnozy było mówione, zapomnieli, może fałszywe jakie domysły wzbudzić. Rzecz inna, jeśli się ma do czynienia z ludźmi niewykształconymi lub dziećmi; somnambulizm, z utratą pamięci połączony, może w tych warunkach większe wywrzeć wrażenie i wynik leczniczy spotęgować.

Niekiedy jednakże głęboki stopień uspienia jest pożądanym, mianowicie wtedy, gdy ma się na widoku działanie lecznicze nie sugestyi, lecz samej hypnozy, jako stanu wytehnienia.

Z samego założenia psychoterapii wynika, że najwdzięczniejszym polem do stosowania tej metody leczniczej powinny być *nerwice*.

Pierwsze miejsce wśród cierpień takich, szczególnie ze względu na terapię, zajmuje niezaprzeczenie *histerya*, i w tej dziedzinie rzeczywiście hypnotyzm największy pono tryumf święci; pogląd ten jest dziś już przez ogół badaczy przyjęty i uznany.

D-r Dunin(4) w swej poprzednio już wspomnianej pracy mówi: „Jedynie racjonalnem leczeniem, *wynikającym z psychologii histeryi*, jest leczenie hypnotyczne“, i dalej: „...nie ulega już dziś żadnej wątpliwości, a ja mogę to samo powiedzieć na zasadzie własnego doświadczenia, że najkrótszym i najłatwiejszym sposobem usunięcia objawów histerycznych jest hypnotyzm“.

Istotnie, w świetle badań i poglądów społecznych (Möbius, Hirsch, Ringer, Delius, Freud i inni), histerya przedstawia się jako cierpienie psychiczne, właściwie, jako cierpienie, rozwijające się na tle pewnych zasadniczych anomalii w dziedzinie umysłowej. Wśród tych anomalii miejsce niezaprzeczenie wybitne, może najwybitniejsze stanowi chorobliwie *wzmożona suggestywność*. W jednych umysłach przyjmują się przeważnie sugestye, płynące ze świata ze wewnętrznego (heterosuggestye), w innych sugestye rozwijają się samoistnie wskutek skojarzenia pewnych wrażeń z czynności cielesnych własnego ustroju (autosuggestye). Na wyobrażeniu takim z niezmierną siłą koncentruje się uwaga chorego, pochłania ono na krótszy lub dłuższy okres czasu całą energię psychiczną, zamykając innym wrażeniom wstęp do umysłu; z drugiej znów strony osłabienie woli, cechujące histeryę, nie pozwala na otrząśnięcie się z tej sugestyi.

To ostatnie stanowi właśnie w danym razie zadanie psychoterapii. Jedynie tylko odpowiednia suggestya, dzięki szczególnym warunkom, w jakich się umysł zahypnotyzowanego znajduje, jest

w stanie wpływ owego wyobrażenia szkodliwego zrównoważyć, a następnie zupełnie je z dziedziny psychicznej wyrugować.

Łatwiejsze lub trudniejsze osiągnięcie tego celu zależy przede wszystkim od kategorii sugestyi, względem których wzmożoną jest podatność danego umysłu: histerycy, wrażliwi na sugestye postronne (heterosugestyje), poddają się wpływowi leczniczemu o wiele prędzej i łatwiej, niż osobniki o spotęgowanej autosugestyjności.

To samo, jak słusznie zauważył *Delius* (17), dotyczy również i podatności do hypnozy. Wogóle histerycy wpadają w stan hypnotyczny łatwo, często nawet zadziwiająco szybko, tymczasem właśnie chorzy z silnie rozwiniętą autosugestyjnością bywają nieraz wielce oporni: zdarza się, że ich zupełnie zahypnotyzować nie można, gdyż np. obawa, że okażą się niepodatnymi, staje się odrazu nieprzewyższoną autosugestyją.

To też w jednym szeregu przypadków wynik hypnoterapii w histeryi bywa wprost zdumiewający: po pierwszym posiedzeniu hypnotycznym pacjenci uważają się za uzdrowionych, u innych chorych przeciwnie, trzeba długą i ciężką walkę przeprowadzić, krok za krokiem się posuwać, omal, że nie [każdą] cząsteczkę mózgowia oddzielnie zdobywać.

Rozumie się, że na powodzenie leczenia wiele się najrozmaitszych składa warunków. Rolę niezmiernie doniosłą odgrywa sama postać cierpienia.

Wszyscy się badacze na to zgadzają, przekonałem się o tem i z własnego doświadczenia, że wyniki bezwarunkowo najbardziej pomyslnie daje t. zw. *histerya zwykła* (hysteria simplex), występująca bądź jako cierpienie jednoobjawowe (histeryczne nerwobóle rozmaitego rodzaju, parestezye bolesne, globus, zawroty głowy, bicie serca, histeryczne zaburzenia oddechowe, ograniczone drgawki lub kurecze, porażenia i t. p.), bądź jako zbiór paru lub kilku tego rodzaju zaburzeń. Tak niesłychanie często spostrzegany u nas bezgłos histeryczny (aphonia h.), a także czkawka (singultus), odbijanie (ructus)—ustępują pod wpływem leczenia hypnotycznego nadzwyczaj szybko.

Wprawdzie zaprzeczyć trudno,—i mnie się to nieraz zdarzało, że gdy się jeden taki objaw usunie, wkrótce na to miejsce z bogatego repertuaru histerycznego, wypływa drugi, nie mniej dokuczliwy, a potem znów trzeci, czwarty. I tak trwać może długo, lata całe. Odzywały się nawet głosy pesymistyczne, że wobec tego histeryi leczyć nie warto, że szkoda zachodu, aby takie przesuwanie się objawów osiągać. Pogląd to zgoła nie słuszny: najpierw w przypadkach tak uporczywych tem większą cenę dla chorego przedstawia ulga nawet

czasowa, powtórę w takich razach terapia suggestyjna skierowaną być winna i przeciw temu usposobieniu historycznemu; oprócz zwalczania danego objawu suggestyie powinny wywierać wpływ wzmacniający na całą dziedzinę psychiczną, zrobić ją z czasem odporną na te wrażenia szkodliwe, z zewnątrz płynące lub samoistnie powstające. I do celu tego dojść się udaje—nie przeczę, że wymaga to wiele cierpliwości i dobrych chęci, zarówno ze strony chorego, jak i ze strony lekarza.

Co się tyczy t. zw. *wielkiej histeryi* (hysteria gravis) charakteryzującej się ciężkimi napadami padaczkowymi, zamąceniem świadomości i t. d., to wyniki terapii hypnotycznej są wielce rozmaite; zależy to od postaci i stopnia cierpienia, warunków, w których się chory znajduje, przedewszystkiem jednak od tego, *jak dawno* istnieje cierpienie. W przypadkach świeżych, szczególnie u osobników młodych, rachować można na wyleczenie zupełne, nawet gdy choroba w ciężkiej przedstawia się formie. W histero-epilepsji zastarzałej, trwającej już lata całe, trudno o nadzieję pomyślnego wyniku—hypnoterapia okazuje wówczas po większej części tylko wpływ przemijający, osłabia natężenie napadów, zmniejsza ich częstość.

Krafft-Ebing (18) zwrócił jeszcze uwagę na to, jak zdumiewającymi są w licznych przypadkach ciężkiej histeryi rezultaty leczenia hypnotycznego, jeżeli chory usunięty jest przy tem od rodziny i wszelkich wpływów chorobotwórczych. Wyniki lecznicze, jakie Krafft-Ebing tą drogą otrzymywał, co do szybkości i trwałości nic do życzenia nie pozostawiają, to też rzeczoną metodę stawia on wyżej po nad wszystkie inne. W istocie, spostrzeżenia, które miałem możność osobiście w klinice uczynić, przekonały mnie także, że izolacya w takich razach wpływa niezmiernie dodatnio na przebieg kuracyi suggestyjnej.

O metodzie Wetterstranda (długotrwały sen hypnotyczny) w leczeniu histero-epilepsji wspomniałem już poprzednio.

Przed kilku laty w świątku neurologicznym wielkie zapanowało ożywienie; rozniosły się wieści, że nareszcie w walce z tą hydrą stugłową—z histeryą będzie można radykalnie otrzymać zwycięstwo: nie objawy, lecz przyczynę cierpienia usuwać.

Dwaj badacze wiedeńscy Freud i Breuer (19, 20) ogłosili cały szereg prac o czynnikach psychicznych histeryi i o wyzyskaniu tych danych w terapii. Wychodząc z zasady, że w samowiedzy utrzymywać się mogą uczucia, których podkład intelektualny znajduje się po za progiem świadomości, Freud i Breuer uważają objawy historyczne za następstwo właśnie takich wspomnień bezwied-

nych, spowodowanych przez jakiś dawno już zapomniany uraz psychiczny, najczęściej z dziedziny płciowej. Jeśli w hypnozie, dzięki zaostreniu pamięci, uda się ów uraz znów do kręgu świadomości wprowadzić i wzbudzić przy tem połączone z urazem wzruszenie, to reakcja ta usuwa samo tło i przyczynę zaburzeń histerycznych. To wzruszenie uwięzione (eingeklemmter Affekt) odgrywa bowiem rolę ciała obcego, ciągle drażniącego dziedzinę psychiczną. Szczegółowo opisane spostrzeżenia ilustrują nowy sposób leczenia, nazwany przez autorów *metodą katartyczną*.

Takie zachęcające wywody wielu do badań w tym kierunku pobudziły. Niestety, nadzieje w nowej metodzie pokładane, ziściły się w drobnej zaledwie części. Do lepszych rezultatów nie doprowadziły również rozmaite tej metody odmiany i modyfikacje, zalecane bądź przez Freud'a (21) (metoda psychoanalityczna), bądź przez innych autorów: Janet'a (22), Stadelman'n'a (23), szczególnie zaś O. Vogt'a (24, 25) (tego ostatniego „metoda autoobserwacji psychologicznej w stanie świadomości częściowej“). Niekiedy udaje się tą drogą wyniki pomyślne otrzymać—co osobiście stwierdzić mogłem—częściej jednak czeka nas rozczarowanie: już to owego urazu psychicznego odszukać nie można, już też owa „reakcja wzruszeniowa“ okazuje się niedostateczną, w innych wreszcie przypadkach wszystkie, zdawało by się, dane są po temu, aby rezultat był jaknajlepszy, tymczasem objawy chorobowe bądź wcale nie ustępują, bądź po krótkiej przerwie z poprzednią wracają siłą. Przytem, jak słusznie zauważył Hirschlaff (26) owa analiza psychologiczna, to drobiazgowo wypytywanie się staje się czasem, dzięki właśnie wzmożonej sugestyjności w histeryi, źródłem błędu: chorzy, chcąc ułatwić lekarzowi jego zadanie, ulegają bezwiednej zupełnie sugestyi i skłonni są widzieć związek przyczynowy tam, gdzie go w rzeczywistości nie było.

Wreszcie zdarzyć się może—powiedzmy to szczerze—coś jeszcze gorszego: zamiast ulgi możemy choremu krzywdę wyrządzić.

To zaostrenie pamięci do celu wydobywania na jaw urazów, już dawno zapomnianych, nie jest zabiegiem tak absobutnie niewinnym; grzebiąc w przeszłości, możemy nanowo rozjątrzyć dawno przebolale, zabliznione już rany i przez niepotrzebne wzruszenie w stanie chorego pogorszenie wywołać. D-r Brodmann (13) z Jeny twierdzi, że nawet przedmiot „spostreżenia okazowego“ Freud'a (der Parafall Fruds) pani Emma N. do dnia dzisiejszego uskarża się gorzko na doświadczenie, któremu się poddała; dopiero późniejsza zwykła kuracja hypnotyczna doprowadziła jej umysł do równowagi. I racye

zupelną przyznać naleŹy Brodmanowi, Źe takie wypytywanie się uŹpionego juŹ ze wzgldów etycznych do metodyki hypnotycznej wprowadzane by nie powinno. IluŹ jest zresztą chorych, którzy z powodu przesadzonej moŹe pruderyi staraj¹ się przed lekarzem zatai¹ swoje uczucia, sklonnoŹci i rozmaite przejŹcia Źyciowe; tacy albo by się zupelnie na hypnoterapię nie zdecydowali, albo by spokojnie zasna¹ nie mogli, gdyby ich obawa męczyła, Źe lekarz z hypnozy skorzysta, aby najskrytsze strony ich duszy odsloni¹.

Doda¹ do tego jeszcze naleŹy, Źe jak Freud (27) uczy, ów zapomniany uraz psychiczny dotyczy zwykle dziedziny płciowej (nawiasowo mówiac uogólnienie zupelnie nie słuszne), a lwi¹ częŹ cierpiących na histeryę stanowią przecieŹ kobiety: takie obnaŹenie duszy moŹe by¹ dla nich z najwięsz¹ połączone przykroŹci¹.

Z tych wszystkich wzgldów, zdaje mi się, Źe mamy prawo wysnu¹ wnioszek, Źe z tej zachwalanej metody katartycznej, czy teŹ psychoanalitycznej w wyjątkowych tylko razach i z najwięsz¹ tylko oględnosci¹ korzysta¹c naleŹy: naraŹa ona nas na niebezpieczeństwa, od których, stosuj¹c zwykl¹ terapię suggestyj¹, jesteŹmy zupelnie wolni, a wzamian na wynik pomyślny daje szanse wielec problematyczne.

Co się tycze znaczenia hypnotyzmu w leczeniu neurastenii, to zdania okazuj¹ się wielce podzielonemi; nie mówiac juŹ o badaczach, którzy z zasady omawian¹ metodę lecznicz¹ odrzucaj¹, ale nawet wśród zwolenników hypnotyzmu slyŹe¹ się daj¹ glosy, Źe w neurastenii wiele t¹ drog¹ działa¹c nie moŹna, najwyŹej chwilow¹ otrzyma¹c się daje ulgę. D-r Dunin awaŹa równieŹ, Źe hypnotyzm nie jest Źrodkiem zupelnie racjonalnym w neurastenii, nieraz okazuje się on jednak poŹytecznym dla usunięcia pewnych najwybitniejszych objawów. Z drugiej znów strony szereg powaŹnych klinicystów (Schrenck-Notzing, Lloyd-Tuckey, Wetterstrand, Ringer, van Renterghem i inni) jest zdania, Źe w neurastenii leczenie hypnotyczne daje wyniki w wysokim stopniu pomyślne. Przy tem, jak to zwykle bywa, gdy chodzi o metodę lecznicz¹, te pogl¹dy sprzeczne oparte s¹ na dokumentach, to jest na historyach chorób. Schrenck-Notzing (28) np. w swej wyczerpuj¹cej pracy o leczeniu psychicznem i suggestyjnem neurastenii przytacza szereg tablic, obejmuj¹cych powaŹn¹ liczbę 228 spostrzeŹeñ (własnych i cudzych), w których stosowan¹ była terapia suggestyj¹. Wynik ujemny lub polepszenie nieznaczne dały 23% przypadków, polepszenie wybitne 36%, wyzdrowienie 32%. Rezultaty takie nazwa¹c moŹna zachęcaj¹cymi. OtóŹ daje mi się, Źe ta sprzecznoŹ w wynikach jest tylko pozorn¹. Nię

ulega wątpliwości, że gdy się ma do czynienia z chorymi tak różnorodnymi, jak neurastenicy, to ogólne jakieś prawo co do wartości danej metody leczniczej absolutnie istnieć nie może; nawet w zupełności, zdawało by się, identycznych postaciach neurastenii, jeden chory może być za pomocą hypnotyzmu uleczony, drugi zaś nie, wynik bowiem zależy nie tyle od właściwości samego cierpienia, ile od szeregu całego przyczyn najrozmaitszych.

Najpierw zaznaczyć trzeba, że samo hypnotyzowanie neurasteników do zadań łatwych nie należy, względnie do innych chorych (wyłączając umysłowych) dają oni najwyższą odsetkę zupełnej odporności na zabiegi hypnotyczne. Rafa, o którą się usiłowania lekarza rozbijają, jest tutaj najczęściej chorobliwie spotęgowana autosugestyjność; w innych znów razach rolę tę odgrywa niemożność dostatecznego skupienia uwagi na myśli o śnie, wreszcie tak charakterystyczny dla neurasteników jakiś bezwiedny opór umysłu przeciw wszelkim środkom leczniczym. Zdarza się też częstokroć, że żądany stopień hypnozy otrzymać się udaje, tymczasem wynik pomyślnym nie jest: w starciu sugestyi leczniczych z autosugestyjami chorobowemi te ostatnie zwycięstwo odnoszą, bądź odrazu, bez walki, bądź też po krótkotrwałym okresie polepszenia. Zapewne, w tym ostatnim wypadku systematyczne powtarzanie zabiegu może ową zbyt prędko słabnącą energię sugestyi podtrzymać i z czasem do wyraźnie dodatnich rezultatów doprowadzić, lecz tu znów na przeszkodzie staje stała cecha neurasteników, mianowicie wybitny brak wytrwałości, dążenie do ciągłych zmian, szczególnie w stosunku do metod leczniczych i osoby lekarza.

I mimo to wszystko wątpliwości nie ulega, że w walce z neurastenią hypnoterapia jest środkiem potężnym i bezwarunkowo wskazanym; wyniki tej metody leczniczej nie są tu tak imponujące, jak w histeryi, ale za to wyleczenie, w sposób systematyczny otrzymane, jest o wiele trwalszem.

Trudno jednak zaprzeczyć, że osiągnięcie wyników dodatnich bynajmniej zadaniem łatwym nie jest. Lekarz uzbroić się winien w wielki zapas cierpliwości, wyrozumiałości i taktu, przedewszystkiem zaś pozyskać bezwzględne zaufanie samego pacyenta. Nigdzie chyba z większą nie można zastosować słusznością aforyzmu: nie lekarstwo, ale lekarz chorobę leczy. Formułując sugestye, pamiętać należy, że w neurastenii mniej niż we wszystkich innych cierpieniach uzyskać można cośkolwiek za pomocą sugestyi rozkazującej, bezwzględnej, narzucającej choremu wolę i autorytet lekarza. Poczucie godności i wolnej woli nie powinno być nigdy dotknięte, drażliwość bowiem

neurasteników na tym punkcie jest zwykle przeczuloną. Owszem, sugestye powinny być zawsze spokojne, trafiać do przekonania chorego i stopniowo bardzo nad umysłem jego większą rozciągać władzę. Słusznie też zwraca uwagę Ringier (29), że jeśli się usiłuje usunąć dolegliwości neurasteniczne za pomocą sugestyi bezpośredniej, to najczęściej otrzymuje się rezultat wprost przeciwny: dolegliwości potęgują się i utrwalają. Lekarz starać się winien o poprawienie spaczzonego sposobu myślenia neurastenika, o odwrócenie uwagi, tak ciągle skupionej na idei choroby, o usunięcie z umysłu fałszywego poglądu na pewne zjawiska cielesne, słowem wypowiadać walkę przyczynom psychopatycznym cierpienia. A wytrwałość przy tem wszystkim i nie zrażanie się niepowodzeniem chwilowem na pierwszym stołplanie. Van Eeden (30), który przez pięć lat prowadził razem z Renterghemem klinikę psychoterapeutyczną w Amsterdamie i szczyci się swymi zadziwiającymi wynikami w omawianej dziedzinie, utrzymuje, że bezwarunkowo każdego neurastenika wyleczyć można, jeśli się tylko jemu jednemu poświęcić, jeśli ciągle być przy jego boku z pomocą i wskazówką. Zapewne, trudno stwierdzić słuszność tego aforyzmu, nie ulega jednak wątpliwości, że cyfra polepszeń i uleceń w neurastenii stoi w najściślejszym związku z cyfrą posiedzeń hypnoterapeutycznych, względnie z długością okresu leczenia. Wskazuje to doświadczenie wszystkich bahaczy, którzy się tą kwestją zajmowali, dowodzą tego dane statystyczne zarówno w tablicach Renterghem'a, jak i Schrenk—Notzing'a.

Poszczególne zaburzenia neurasteniczne zachowują się względem metody sugestyjnej nie jednakowo. Stosunkowo łatwo ustępują objawy podrażnienia (owa iritatio spinalis, ból głowy, rozmaite przykre i bolesne uczucia), a także zaburzenia w dziedzinie narządów trawienia, w dziedzinie płciowej i t. p. Z objawów w sferze psychicznej do hypnoterapii nadają się szczególnie rozmaite fobie (Löwenfeld (31), Schrenk—Notzing (28), Dunin (4)); także nieprawidłowości lub wybitne i częste zmiany w usposobieniu.

Przeciwnie w rubryce objawów uporeczywych, trudno poddających się sugestyi, umieścić należy osłabienie ogólne, nastrój hypochondryczny, upośledzenie działalności intelektualnej, szczególnie w postaci braku uwagi, pamięci.

Wszyscy też zgadzają się na to, że neurastenia, rozwijająca się na tle dziedziczności neuropatycznej i zwyrodnienia, przedstawia warunki o wiele gorsze i rokowanie smutniejsze. Tła tego terapia sugestyjna (jak zresztą i inne metody lecznicze) zniszczyć nie jest

w stanie, na polepszenie tylko czasowe, lub na usunięcie pojedynczych zaburzeń w takich razach rachować można.

Z histeryą i neurastenią o miedzę tylko graniczą inne nerwice. Tak często w ostatnich czasach spostrzegana *neuroza traumatyiczna* zachowuje się po większej części niezmiernie opornie względem rozmaitych środków leczniczych; pod wpływem zaś terapii suggestyjnej ustępuje nieraz nadwyzczaj prędko (Bernheim (32), Hirt, Corval (33), moje własne spostrzeżenia). Rozumie się, że wszelkie zabiegi pozostają bezskutecznymi, jeśli w grę wchodzi wyrachowanie i zła wola: choremu, który ze względu na odszkodowanie wyzdrowieć nie chce, pomódz trudno.

Świetne wyniki, co sam wielokrotnie stwierdzić mogłem, daje zastosowanie hypnotyzmu w *nerwicach z przerażenia* (Schreck-neurosen): rozmaitego rodzaju porażenia, kurcze, szczególnie zaś zaburzenia mowy, powstałe pod wpływem przestachu, poddają się suggestyom z łatwością.

Rezultaty bardzo pomyślne hypnoterapii w jankaniu się innego pochodzenia (w każdym razie nie spowodowanego przez cierpienie organiczne mózgu) notuje Hirt (34), Ringler, Corval—osobistego doświadczenia pod tym względem mam mało.

Tak zwane *nerwice zawodowe*, np. kurcz pisarski, kurcz pianistów i t. p., następnie migrena, nawykowe bóle głowy, szczególnie w wieku młodocianym—przedstawiają także wdzięczne pole dla hypnotyzmu leczniczego.

Z innych nerwic wspomnieć należy o *pląsawicy* (chorea minor), której przebieg dzięki terapii suggestyjnej skrócić się może znacznie; wielu autorów wskazuje (Wetterstrand (35), Dumontpallier (36), i sam o tem przekonać się mogłem, że podczas hypnozy, szczególnie głębszej, ruchy pląsawicze uspokajają się bardzo wybitnie, często nawet ustają zupełnie; dzięki działaniu suggestyi pohypnotycznej można w ten sposób otrzymać przerwę w drgawkach i na czas pewien po przebudzeniu się (godzinę, dwie); stopniowo udaje się ten okres przedłużać aż do zupełnego wygaśnięcia drgawek. Jeszcze może ważniejszym jest zastosowanie leczenia hypnotycznego w tych razach, gdy po prawidłowym przebiegu pląsawicy pozostają jakieś niewielkie resztki—drgawki w ograniczonych grupach mięśniowych, które nie okazują skłonności do ustąpienia, owszem grożą możliwością utrwalenia się.

Co się tyczy *padaczki samoistnej* (epilepsia genuina), która ciągle jeszcze w większości podręczników wśród nerwic się błąka, to wiadomo jak smutnem i niewdzięcznem jest zadaniem leczenia tego

cierpienia. Wśród najrozmaitszych metod leczniczych probowano wielokrotnie i hypnoterapię z rezultatem wątpliwym: polepszenie otrzymywano tylko czasowe (Bernheim, Forel, Hilger (37) i inni.) Dopiero Wetterstrand w obszernej swej działalności praktycznej pochwalić się może wynikami o lepszymi, w niektórych razach nawet uleczeniem jakoby zupełnem. O ile osobiście stwierdzić mogłem, hypnotyzm okazuje w epilepsji pewien wpływ uspokajający na układ nerwowy, tak że nadmierna pobudliwość kory mózgowej się zmniejsza i do drgawek często nie dochodzi; działanie to wykazuje się w całej pełni w czasie długotrwałej hypnozy według metody Wetterstranda (trwającej tygodnie całe), o czem wspominałem poprzednio. Czy tą drogą osiągnąć można uleczenie zupełne, sądzić nie mogę.

W ogromnej dziedzinie *nerwobólów* wszelkich hypnoterapia ma znaczenie niezmiernie doniosłe. W żadnej chyba kategorii cierpienia wpływ psychiczny nie odgrywa roli tak wybitnej, z jednej strony, jako czynnik etyologiczny w powstawaniu napadów neurastenicznych, z drugiej—jako czynnik leczniczy w nieprzejrzanym szeregu środków najrozmaitszych, które w tym lub owym razie chorobę usunęły, a których całe działanie li tylko na sugestyi było oparte. Nie też dziwnego, że suggestya hypnotyczna święci tutaj tryumf wielki i każdy, kto się tą metodą leczniczą zajmował, przytoczyć może z własnego doświadczenia liczne przykłady rezultatów nadspodziewanie szybkich i pomyślnych. Szczególniej ważnym jest fakt, że newralgie nawet bardzo dawno trwające, ustąpić mogą nieraz w czasie nadzwyczaj krótkim (Bernheim, Wetterstrand, Corval, Löwenfeld, Hirt i inni). Ringier dowodzi nawet, że gdy w newralgiach stosuje się terapię hypnotyczną, to ani natężenie cierpienia, ani jego długotrwałość na rokowanie bynajmniej nie wpływają. Najłatwiej poddają się nerwobóle t. zw. idyopatyczne, a także powstałe na tle jakiegoś cierpienia reumatycznego, choćby dawno minionego (Löwenfeld (10)). Z postaci poszczególnych na pierwszym miejscu, co do wyników terapii postawić trzeba nerwoból w dziedzinie n. trójdzielonego (tic douloureux, prosopalgia), na drugim n. kulszowego (ischias). Wobec takich rezultatów zgodzić się trzeba ze zdaniem, wypowiedzanem wielokrotnie (Corval, Hirsch), że obowiązkiem każdego lekarza jest, zanim się do owej nieszezęsnej strzykawkki z morfiną zwróci, wypróbować najpierw hypnoterapię.

Parę cennych wskazówek technicznych w omawianym zakresie daje Hirsch (38): nie radzi on hypnotyzować podczas napadu nerwobólu, ponieważ samo uspienie może się okazać wówczas niemożliwem.

Prawidła tego trzymać się należy, zdaniem mojem, tylko w początkach kuracyi hypnotycznej, posiedzenia późniejsze mogą być nawet i w okresie bólu skuteczne. Słuszną też jest rada nie suggestyoniować od razu zupełnego zniknięcia napadów bólowych, lecz posuwać się tylko stopniowo, skracając za każdym razem czas trwania napadu (choćby o minut kilka) i przedłużając wolne przerwy. Zalecanem jest również połączenie hypnoterapii z innymi zabiegami leczniczymi, np. z lekkim mięsieniem dotkniętego obrębu, z elektryzacją prądem przerywanym lub stałym i t. p.; zabiegi te, stosowane podczas hypnozy (Hirsch, Wetterstrand) istotnie w wielu razach, jak sam się przekonałem, okazują się szczególnie skutecznymi.

Co jednak jest dziwnem, w sprawie leczenia *chorób psychicznych* hypnotyzm wielkich usług oddać nie może. Wielokrotne badania, w tym kierunku czynione, przekonały, że chorzy umysłowo są w ogóle mało wrażliwi na suggestyę, a w postaciach cięższych nie poddają się im wcale. Nawet gdy się obłąkanego zahypnotyzować uda,—a rzeczą łatwą to bynajmniej nie jest (podatnych liczą zaledwie 10%)—suggestyę leczniczą po większej części się nie realizują, lub też okazują działanie tylko chwilowe. Wprawdzie w ostatnich czasach niektórzy psychiatrzy (Voisin (39), Tokarski (40), Rybakow (41)) otrzymywali w chorobach umysłowych wyniki bardziej dodatnie i starali się rehabilitować pod tym względem hypnoterapię, większość jednak badaczy przy dawniejszem zdaniu pozostaje: jako metoda lecznicza w psychozach rozwiniętych hypnotyzm ma znaczenie podrzędne. Uważać go można jedynie jako środek symptomatyczny, lub jako bodziec psychiczny do szybszego zakończenia sprawy chorobowej, gdy cierpienie uleczalne (np. melancholia lub mania) po przejściu okresu ostrego zaciągnęło się; stosowanie hypnotyzmu może wówczas przyspieszyć wyzdrowienie (Rybakow).

Forel tłumaczy to niepowodzenie hypnoterapii w psychiatrii w ten sposób: przy hypnotyzowaniu aparat leczniczy, za pomocą którego działamy, rzecz można dynamo-maszynę, stanowi mózg chorego; o ile więc aparat jest zepsuty, wyniku należytego otrzymać nie można.

Pomimo to jednak w życiu wzorowo urządzonych zakładów psychiatrycznych szwajcarskich, po części i niemieckich, hypnotyzm odgrywa rolę ważną, tylko że stosuje się go nie u umysłowych chorych, lecz u ich dozorców i posługaczy. W jednej kategorii wypadków chodzi o pacjentów spokojnych, lecz przedstawiających niebezpieczeństwo, że mogą się na życie własne targnąć; zwykle takie zamachy miewają miejsce w nocy i zapobieżenie im wymaga niezmiernie

nej czujności ze strony personelu pilnującego. Otóż hypnotyzuje się dozorcę takiego pacyenta i poddaje mu się, że w nocy spać będzie zupełnie spokojnie, przy najlżejszym jednak podejrzanym szeleście ze strony chorego obudzi się natychmiast. W innych znów razach chodzi o to, aby dozorca mógł spać przy chorych niespokojnych, krzyczących, podnieconych; daje mu się wówczas suggestyę, że sen nastąpi zaraz z wieczora i że największy hałas przeszkadzać mu nie będzie; dozorca się jednak obudzi, gdyby zachowanie pacjentów, jego pieczy oddanych, groziło jakim niebezpieczeństwem.

Od czasu, gdy system ten z inicjatywy prof. Forel'a (42) wprowadzony został najpierw w znanym zakładzie dla obłąkanych Burghölzli obok Zurychu, a następnie w innych zakładach, nadzór nad chorymi stał się o wiele łatwiejszym. Przy stosunkowo szczupłym personelu tych zakładów ilość rozmaitych nieszczęśliwych wypadków zredukowała się wybitnie; dozorecy nie są swymi obowiązkami przeciążeni, nie skarżą się, jak to dawniej miejsce miało, na wyczerpanie nerwowe wskutek bezsenności.

Aczkolwiek w wykształconych postaciach psychozy zastosowanie lecznicze hypnotyzmu jest niewielkie, to tego samego powiedzieć nie można o pojedynczych zbożeniach psychicznych, występujących tak często u ludzi pod innymi względami umysłowo zdrowych.

Najpierw stosuje się to do rozmaitych *idei natrętnych*, szczególnie połączonych z uczuciem obawy (fobie), np.: bojaźń przestrzeni (agoraphobia), bojaźń miejsc zamkniętych (claustrophobia), przedmiotów ostrych, bojaźń choroby (nosophobia) i t. d.; czasem znów uczucie jakiejś trwogi ogólnej bez określonego przedmiotu (panphobia). Otóż, o ile zbożenie podobne nie jest jednym z objawów zwiastunnych ciężkiego cierpienia psychicznego, o ile dany osobnik rozumie bezpodstawną tę ideę, która, pomimo wszelkich z jego strony usiłowań, umysł opanowuje, to ze wszystkich metod leczniczych hypnoterapia przedstawia się najbardziej wskazaną. Kilka posiedzeń hypnotycznych z odpowiednimi suggestyami jest w stanie takiego intruza zupełnie z umysłu usunąć.

Jeszcze częściej pojedyncze *zaburzenia* występują w *dziedzinie woli*: może się ona okazać zbyt słabą, aby przezwyciężyć rozmaite popędy szkodliwe, a nawet występne; wyczerpany walką bezowocną, człowiek ustępuje, spełnia dany czyn z całą samowiedzą, rozpaczając częstokroć nad swą bezsilnością. Znane są popędy do kradzieży (kleptomania), do podpalania (pyromania), do samobójstwa, nawet do zabójstwa, wreszcie najbardziej rozpowszechniony popęd do pijaństwa (dipsomania). Podtrzymać taką osłabioną wolę może tylko wpływ postronny i tutaj leczeniem jedynie racjonalnym, logicznie wy-

plywającym z genezy cierpienia jest hypnoterapia. Wyobrażenie, wprowadzone do mózgu, jako suggestya lecznicza, staje się, według wyrażenia Schrenk-Notzing'a, idea natrętną in statu nascendi; wypowiada ona walkę popędom chorobliwym i, dzięki działaniu kumulatywnemu całego szeregu posiedzeń hypnotycznych, otrzymuje nad temi popędami przewagę stopniowo coraz większą, wreszcie wyrzuca je zupełnie z kręgu świadomości.

Wyniki, szczególnie dodatnie, przedstawia stosowanie rzeczonyj metody w walce z tą prawdziwą plagą ludzkości, jaką jest *alkoholizm*. Nie ulega żadnej wątpliwości, że kto ma rzeczywiście chęć pozbycia się swego nałogu, choćby nawet dawno nabytego, a na przeszkodzie stoi mu tylko brak silnej woli, może być przy systematycznym użyciu hypnotyzmu uleczony najzupełniej. „Jak słońce mgłę rozprasza—mówi Wetterstrand—tak psychoterapia uwalnia biednych nałogowców od ich mąk i cierpień“. Istotnie, hypnotyzm nie tylko, że usuwa popęd do picia, ale działa także na owe ciężkie objawy alkoholizmu: już po pierwszych posiedzeniach pacjenci odzyskują otuchę, dobre usposobienie, energię; ciężko naruszone czynności fizyologiczne wracają do normy. Dodać należy, że alkoholicy są wogóle nadzwyczaj wrażliwi na hypnotyzm, po większej części wpadają oni bardzo prędko w stan głębokiego uśpienia. Wszyscy się jednak zgadzają z tem, stwierdza to i osobiste moje doświadczenie, że kuracya trwać powinna długo; nawet w przeciągu kilku miesięcy trwałego uleczenia otrzymać nie można; jako termin najkrótszy liczyć należy rok, a w razie recydyw, które jednak uleczenia zupełnego nie wykluczają,—dwa lata i dłużej.

Rieg(43) z Moskwy przytacza ze swej praktyki 122 spostrzeżenia alkoholików ciężkich, których miał możność obserwować już po skończonej kuracyi hypnotycznej, a ów czas obserwacyi trwał od dwóch do 11 lat: takich już za wyleczonych uważać chyba można. Forel opisuje 70-letniego pijaka, który życie całe nałogowi się swemu oddawał; przestał on pod wpływem hypnotyzmu pić zupełnie, wstąpił do towarzystwa wstrzemięźliwości, założonego przez Forela i był przez szereg lat, do samej śmierci, gorliwym i nadzwyczaj czynnym członkiem.

Warunki smutniejsze przedstawiają ci nieszczęśliwi, u których popęd do pijaństwa jest jedną z cech zwyrodnienia neuropatycznego dziedzicznego: poprawa często bywa tylko czasowa, nałóg, odpędzony, uporczywie wraca. I w tych jednak razach wyzdrowienie zupełne jest możliwem, wymaga tylko czasu o wiele dłuższego i cierpliwości większej.

I w walce z innymi, dla zdrowia zgubnymi nałogami hipnotyzm częstokroć odnosi zwycięstwo. W wysokiej doniosłości są rezultaty, otrzymane przy leczeniu *morfinizmu*, tego smutnego nałogu, który w ostatnich czasach coraz więcej ofiar pochłania. Wetterstrand (44) notuje na 41 przypadków morfinizmu 31 uzdrowień zupełnych, t. j. takich, w których po paru latach nawrotu cierpienia nie było. Nie wszyscy badacze mogą się tak świetnymi pochwalić wynikami, zawsze jednak są one wielce pocieszające. Rozumie się, że kuracya hipnotyczna, prowadzona w dobrze urządzonej zakładzie, daje gwarancje o wiele większe i łatwiej celu osiąga.

Na szczególną zasługuje uwagę, że owo odzwyczajanie od morfiny, alkoholizmu, tytoniu i t. p., dzięki sugestjom odpowiednim, nie jest połączone z tak bardzo ciężkimi objawami abstynencji, które zazwyczaj nałogowców od wszelkiej kuracyi powstrzymują.

Do zaburzeń w dziedzinie woli należy także obszerna rubryka *zboczeń płciowych*; sugestya hipnotyczna ma w niej pole do działania rozległe i wdzięczne bardzo: co do rezultatów żadna metoda lecznicza w tym zakresie współzawodniczyć z nią nie może. Wyniki najbardziej dodatnie otrzymywałem w leczeniu *onanizmu*; może być dla tego, że ma się po większej części do czynienia z dziećmi, które w ogóle stanowią materiał do kuracyi hipnotycznej niezmiernie podatny; z drugiej znów strony pacjenci dorośli, którzy się do lekarza z powodu onanizmu udają—są zwykle ożywieni gorącym pragnieniem pozbycia się swego nałogu (nie tak jak inni nałogowcy), co znakomicie działanie sugestyi ułatwia. Nie ulega również wątpliwości wielka wrażliwość onanistów na hipnotyzm. Schrenk-Notzing (45), który wyczerpującą pracę leczeniu zaburzeń płciowych poświęcił, jest zdania, że stosując terapię sugestyjną w onanizmie, można rachować na działanie leczenia w 90% na uzdrowienie zaś zupełne w 65%.

Zadanie o wiele cięższe przedstawia leczenie rozmaitych odmian *przewrotnego popędu płciowego* (*perversitas sexualis*): pociągu do osób tej samej płci (homoseksualizm), następnie t. zw. sadyzmu, masochizmu, fetysyzmu i t. p. Po większej części ma się w takich razach do czynienia z osobnikami zwyrodniałymi, obarczonymi dziedzicznością neuropatyczną—wówczas nawet t. zw. wyleczenie jest tylko pojęciem względnym. Jednakże przy wytrwałości i tutaj otrzymać można wyniki pomyślne, szczególnie u pacjentów w młodszym wieku. Zdaniem Schrenk-Notzinga widoki na działanie leczenia mamy w 70%; na wyleczenie w 30%. Znawca wybitny tej dziedziny prof. Krafft-Ebing (46) także gorąco zaleca terapię sugestyjną.

Doniosłe znaczenie ma wreszcie omawiana metoda lecznicza

w niemocy płciowej (impotentia): jest to zupełnie zrozumiałe w obec ogromnego wpływu dziedziny psychicznej na pobudzenie płciowe; wiemy zrestą wszyscy, jak wielką rolę odgrywa suggestya w tym niezliczonym szeregu rozmaitych środków przeciw impotencyi, środków nieraz tak bardzo skutecznych, że wspomnę dla przykładu owe słynne zastrzykiwania emulsyi Brown-Séquard'a. Rozumie się, że najwdzięczniejszymi w kuracyi hypnotycznej są przypadki niemocy psychicznej.

Zanim opuszczę dziedzinę cierpień czynnościowych układu nerwowego, choć w paru słowach wspomnieć winienem jeszcze o jednym niezmiernie ważnym obrębie działania terapii suggestyjnej. Mam na myśli mianowicie czynności życia roślinnego w ustroju, czynności które odbywają się wprawdzie automatycznie, po za kresami naszej samowiedzy, zależą jednak w wysokim stopniu od działalności mózgowej. Nie można odmówić słuszności Forelowi (47), który twierdzi, że jednym z cięższych błędów medycyny dawniejszej, po części i współczesnej jest — w zaburzeniach tych szukać zawsze podścieliska organicznego na obwodzie (zapalenia, nieżyty i t. p.), podścielisko takie (dzięki autosuggestyi) wynajdywać i stosować wówczas leczenie miejscowe. Tymczasem po większej części siedlisko choroby, względnie jej przyczyna, leży wyłącznie w nieprawidłowem unerwieniu ze strony mózgowia, odpowiedniem też być winno leczenie.

Do takich „nerwic“ sui generis zalicza Forel (47) przede wszystkim *nawykowe* (habitualne) *zaparcie stolca*, które za pomocą terapii suggestyjnej radykalnie usunąć się daje. Niezliczone spostrzeżenia stwierdziły słuszność tego poglądu, osobiście się także o tem przekonać mogłem. Tak zwana *biegunka nerwowa* (diarrhea nervosa), rozmaite objawy dyspeptyczne takiego samego pochodzenia, a także uporeczywe *wymioty brzemiennych* (Bérillon (48)) nadają się również do tego rodzaju leczenia.

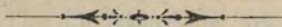
Z zaburzeń w dziedzinie narządów oddechowych wymienię t. zw. kaszel nerwowy (Hirt (34)), szczególnie zaś *astmę* pochodzenia psycho-neurastenicznego, która, jak wskazuje obszerna praca Brügelmana (49) drogą suggestyi hypnotycznej zupełnie uleczyć się daje.

Wiadomo, jak wielkim jest wpływ psychiczny na miesiączkowanie, nie też dziwnego, że w leczeniu *zaburzeń menstrualnych* — psychoterapia, względnie suggestya hypnotyczna, zajęła stanowisko tak wybitne (Liébeault (50), Bernheim, Bérillon, Corval, Brunnberg (51), Delius i inni); najrozmaitsze w tej dziedzinie nieprawidłowości (amenorrhœa, menstruatio profusa, protracta, menorrhagia, dysmenorrhœa) udaje się drogą suggestyi po większej części

z łatwością pokonać. Niewątpliwym jest również wpływ leczniczy na upławy białe (fluor albus)—Wetterstrand, Renterghem.

W jednym jeszcze zaburzeniu czynnościowym terapię suggestyjną uważać należy za środek omal że nie specyficzny, w każdym razie o wiele wszelkie inne metody przewyższający—mianowicie w *enuresis nocturna i diurna*. Spostrzeżeń w tym kierunku zrobiono mnóstwo i wszyscy prawie autorzy (Wetterstrand, Cullere (52), Bérillon (53), Janet (54)) zgadzają się na to, że odsetka wyleczeń przy stosowaniu kuracji hipnotycznej jest bardzo wysoka: od 70 do 80%. Pamiętać tylko trzeba o odpowiedniemu formułowaniu sugestyi (Bérillon (53), Ringier (55), Wizeł (2)—sam nakaz bowiem może nie skutkować, jeżeli np. moczenie się następuje w nocy wskutek zbyt mocnego snu.

(D. n.)



II. O ODCZYNIĘ DWUAZOTOWYM

(*diazoreakcyi*).

(Rezultat badań, dokonanych na 533 chorych).

Podał

Walery Giedgowd

(z Józówki gub. Ekaterynosławskiej).

(*Dokończenie*).

Typhus exanthematicus.

Przypadków tyfusu plamistego obserwowałem 30, w których robiłem reakcyę 154 razy; w 5 przypadkach była niebardzo wyraźna reakcyja, a w 20 (66%) zupełnie wyraźna, lecz jeżeli wziąć pod uwagę, iż diazoreakcyja trwa od 4 dnia do 7—8 (rzadko do 11) i jeżeli odliczyć 5 przypadków, które spostrzegalem po 9-ym dniu choroby, to otrzymamy 20 przypadków na 25 z wyraźną reakcyją, czyli 80%. W przypadkach, trwających 9—11 dni, diazoreakcyja była niewyraźna i występowała tylko do 9—12 dnia choroby; w przypadkach, które trwały 16—17 dni, reakcyja była nawet jaskrawą, stopniowo słabła od 14—16 dnia choroby. Co się tyczy stosunku diazoreakcyi do gorączki, to wydaje mi się, iż, im jaskrawszą jest diazoreakcyja, tem

wyższą jest i ciepłota ciała, lecz nie jest to jednak prawo stałe. Między częstością tętna i diazoreakcją związku żadnego dopatrzeć się nie mogłem.

Początkowych okresów wysypki i diazoreakcji nie miałem sposobności spostrzegać, ponieważ wszyscy chorzy przybyli do mnie z rozwiniętymi zupełnie objawami. Wysypka trwała dłużej, niż diazoreakcja o 2—5 dni, średnio o 4 dni. Z liczby 4-eh zejść śmiertelnych w jednym tylko była wyraźna diazoreakcja. Z nielicznych spostrzeżeń nad tyfusem plamistym przychodzę do takich wniosków:

- 1) Przynajmniej w $\frac{3}{4}$ przypadków występuje diazoreakcja.
- 2) Diazoreakcja, którą spostrzegałem już na 4 dzień choroby (zjawia się zapewne jeszcze wcześniej), trwa do 6—9 dni, wyjątkowo dłużej i prawie do przesilenia, zależnie od natężenia choroby.
- 3) Wogóle przesilenie następuje w 2—3, maximum 5 dni po zniknięciu diazoreakcji.
- 4) Im krócej trwa diazoreakcja, tem lżejszy i krótszy jest tyfus i odwrotnie.
- 5) Diazoreakcja, prawdopodobnie, jest objawem zakażenia swoistego.
- 6) Diazoreakcja nie daje nam wskazówek odnośnie do powikłań (meningitis, pneumonia), które mogą występować po ustaniu diazoreakcji.

Tuberculosis pulmonum.

Przypadków gruźlicy płucnej, które miałem możność spostrzegać przez czas dłuższy, było 33, w nich dokonałem diazoreakcji 500 razy; w 18 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, a 15 chorych pozostało przy życiu. Z tych 15 ostatnich: w 4 przypadkach diazoreakcja była, w 11 nie. W tych 4 przypadkach reakcja wystąpiła dopiero przy końcu obserwacji, kiedy już dni chorych były policzone. Z 11 chorych, u których diazoreakcja nie występowała, 2-eh było w bardzo ciężkim stanie i miało rozlane nacieczenia w płucach, lecz te rozeszły się potem, i obecnie chorzy ci czują się nieźle i mogą wykonywać lekką pracę. Z liczby 18 chorych, którzy zmarli, w 11 przypadkach była diazoreakcja, w 7 jej nie było. U wszystkich zmarłych, u których występowała diazoreakcja, znajdowałem oprócz starych zmian gruźliczych: jam, stwardnień łącznotkankowych, jeszcze i bardziej świeże ogniska zserowaciałe i gruźelki prosowate. Z liczby 7 chorych (bez diazoreakcji), którzy zmarli, u 4 dokonano badania pośmiertnego, przyczem okazało się, iż w 2 przypadkach, gdzie roz-

poznawano gruźlicę (pomimo braku laseczników Koch'a), były zupełnie inne cierpienia (Pneumonia, carcinoma pulmonis); a w 2 przypadkach śmierć nastąpiła nie wskutek gruźlicy, a z innych przyczyn (Pneumonia, pneumothorax).

Ze wszystkich swoich badań nad diazoreakcyą w gruźlicy przychodzę do wniosków następujących:

1) Wszystkie przypadki, które dawały stale diazoreakcyę, zakończyły się po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu śmiercią.

2) Przypadki, które dawały niewyraźną tylko reakcyę, lub też z przerwami—ciągnęły się znacznie dłużej, pomimo gorączki hektycznej i innych mocno rozwiniętych objawów gruźliczych. W przypadkach, które zakończyły się śmiertelnie, diazoreakcyą była z przerwami, lecz pod koniec życia stawała się objawem stałym i występowała codziennie z jednakową siłą.

3) Chorzy, u których nie było diazoreakcyi, znajdują się jeszcze przy życiu, pomimo iż stwierdzałem u nich znaczne zmiany, które jednak ustąpiły, a chorzy się poprawili.

4) We wszystkich przypadkach, w których za życia nie było diazoreakcyi, przy badaniu pośmiertnem okazało się, iż to nie była gruźlica, lub też gruźlica, mało rozwinięta, lecz powikłana innemi chorobami, które spowodowały śmierć.

5) We wszystkich przypadkach śmiertelnych, w których była diazoreakcyą, na sekcyi znaleziono dookoła starych ognisk otorbionych lub jam—jeszcze i nowe ogniska zserowaciałe i gruzelki.

Pneumonia crouposa.

Przypadków 91, reakcyi 378. Typową diazoreakcyę otrzymałem w 2% przypadków; jeżeli dodam 7 przypadków z wątpliwą reakcyą, to otrzymamy 9%, co stanowi wielką różnicę w porównaniu z tyfusem. Przypadków śmiertelnych było 6, z których 2 dały właśnie diazoreakcyę.

Wnioski ogólne: 1) Włóknikowe zapalenie płuc zwykle diazoreakcyi nie daje. 2) Niewyraźna diazoreakcyą nie posiada żadnego znaczenia. 3) Typowa diazoreakcyą czyni rokowanie niepocieszającym.

Malaria.

Przypadków zimnicy miałem 64, w których choroba trwała tylko 5 do 6 dni przeciętnie (ze względu na doskonałe działanie chininy); złążyłem zatem dokonać tylko 128 reakcyi. Jednak nie udało

mi się zauważyć żadnego związku między czasem trwania, lub też natężeniem choroby i natężeniem diazoreakcyi.

Febris recurrens.

35 przypadków — 209 reakcyi. Ani podczas powrotów, ani w czasie wolnym od powrotów nigdy nie otrzymywałem diazoreakcyi (w 1 tylko wątpliwym przypadku wystąpiła typowa diazoreakcja). Ujemny wynik diazoreakcyi może mieć znaczenie praktyczne. Co prawda, tyfus brzuszny i powrotny nie występują u nas jednocześnie; każda postać tyfusu właściwą jest innej porze roku: tyfus powrotny zdarza się na wiosnę, głównie w marcu i kwietniu, tyfus brzuszny bywa na jesieni, głównie w sierpniu i wrześniu. Tak więc, te choroby oddzielone są jedna od drugiej miesiącami letnimi; zdarza się jednak, iż koniec jednej, a początek drugiej następują bezpośrednio po sobie, a wtedy obecność lub nieobecność diazoreakcyi rozstrzyga o tem, z jaką z tych 2 chorób mamy do czynienia. Tak właśnie zdarzyło się i w mojej praktyce.

Oprócz wyszczególnionych chorób w 98 przypadkach robiłem próby na diazoreakcyę 244 razy i typową reakcyę otrzymywałem w następujących chorobach: 1) w *odrze* podczas wystąpienia wysypki 2) w *gangraena scroti* u starca; 3) w *dermatitis exfoliativa* wtedy, kiedy przyłączyła się *róża*. Niewyraźną diazoreakcyę otrzymałem w *szkorbutcie*, *empyemacie* i *róży*; wszystkie inne choroby diazoreakcyi nie dawały.

Przytoczone powyżej wnioski nabierają tem większego znaczenia, iż zgadzają się z wnioskami innych autorów (Erlich, Dółgow, Krokiewicz, Michaelis i inni). Lecz wnioski, otrzymane drogą empiryi, wskazują tylko na ostateczny rezultat sprawy, zupełnie nam nieznaney. Jakkolwiek jest ostatnia przyczyna diazoreakcyi, śmiem przypuszczać, iż za pierwszą przyczynę uważać należy bakteryę i ich trucizny. Wszak to bakteryę wywołują w chorobach zakaźnych patologiczną wymianę materyi, rozpad tkanek (leukocytolizę) i t. d. Od większej, lub mniejszej ich ilości zależą mniejsze lub większe zmiany w organizmie, chociaż gra tu ważną rolę i stopień żywotności samego ustroju. Ustrój walczy z nieprzyjacielem: fagocyty trawią bakteryę, komórki nerwowe pochłaniają truciznę (tężec), a tkanka łączna otacza nieprzyjaciela nieprzebytym murem i trzyma go w oblężeniu. Toksynom coraz trudniej przedostać się do organizmu

i działalność ich powoli ustaje. Jeżeli diazoreakcja stanowi wynik działania nieznanego nam trucizn bakteryobójczych, to powinna ona z tem większem natężeniem występować, im więcej tych trucizn dostaje się do ustroju i odwrotnie. W takim razie diazoreakcja będzie wskazówką tego, czy mało, czy też dużo substancji szkodliwych, lecz nieznanego nam jeszcze, znajduje się w ustroju, substancji, które ostatecznie wywołują diazoreakcję. Sądzę, że odczyn dwuazotowy może odegrać rolę wskazówki.

W gruźlicy występuje on w ostatnim okresie choroby, kiedy, według danych sekcyjnych, płuca usiane są gruzełkami i ogniskami serowatemi, kiedy laseczniki zniszczyły wał ochronny i rozkrzewiły się po całych płucach; kiedy ustrój nie jest już w możności odgrozdzenia się od laseczników, które przedostają się do krwi i limfy. Dlatego też w gruźlicy prosówkowatej diazoreakcja występuje zawsze; niema jej zato wcale lub występuje niewyraźnie w gruźlicy błon śluzowych, narządów moczopłciowych (Krokiewicz), gdzie wysanie jest utrudnione. Diazoreakcja występuje również w tyfusie pod koniec 1-go i w ciągu 2-go tygodnia, t. j. w okresie nacieczenia i rozpadu; przy nawrotach tyfusowych diazoreakcja znów się zjawia, kiedy tworzą się nowe owrzodzenia i łatwiejszym się staje dostęp dla toksyn. Przy badaniu pośmiertnym tych osobników, u których reakcji nie było, znajdowałem zawsze, że proces obejmował mniejszą przestrzeń, że owrzodzenia się goiły (dno ich było gładkie, ścianki równe), t. j. albo bakterye już osłabły, albo ich toksyny nie mogły dostać się do ustroju przez nowowytworzoną tkankę. Ustanie diazoreakcji wskazuje, iż ustrój nabiera przewagi w walce z drobnoustrojami i ich wytworami. Co się tyczy powikłań w tyfusie, to Dunin zrobił przypuszczenie, iż te zależą od innych bakteryi, a Sittman doniósł istnienia w tym okresie gronkowców we krwi chorych; nie więc dziwnego, że przy powikłaniach diazoreakcji możemy nie mieć. W innych chorobach diazoreakcja nie występuje, lub tylko słabo, prawdopodobnie dlatego, iż inne bakterye nie wytwarzają, lub też wytwarzają mało tych toksyn, które stwarzają warunki, sprzyjające powstawaniu diazoreakcji.

Jeżeli twierdzenie Geisler'a jest słusznem, i jeżeli, trzymając się go, pójdziemy od nerek do ognisk zakażenia, musimy sobie postawić pytanie: w jaki sposób nerki modyfikują naturę wydzielanych przez nie substancji; lecz na to pytanie Geisler nie daje nam odpowiedzi. Nie mamy również rozwiązania kwestyi, co wywołuje rozpuszczanie się we krwi białych ciałek; pośrednio możemy przypuścić, iż odbywa się to pod wpływem toksyn laseczników tyfusowych; ba-

dania Bianchi-Mariotti'ego (Gravitz P. 254) stwierdzają takie przypuszczenie. Przytoczone przez Geisler'a badania Botkin'a wprost wskazują na wzmożone rozpuszczanie się białych ciałek we krwi tyfusowej, jako na przyczynę nieobecności hyperleukocytolizy w tyfusie. Opierając się na tem wszystkiem, mniemam, iż leukocytoliza powstaje pod wpływem toksyn.

Możemy teraz wyprowadzić następujący ogólny wniosek:

Laseczniki tyfusowe, odrowe (nieznane nam jeszcze) i gruźlicze, a w mniejszym stopniu i inne, produkują toksyny, które przewyciężają przeszkody ze strony organizmu, przedostają się do krwiobiegu i tam rozpuszczają białe ciała krwi. Produkty rozpadu tychże zbierają się w nerkach, gdzie ulegają pewnym przemianom, i wydzielają się z moczem, a z diazoreagentami dają charakterystyczne zabarwienie. Naturalnie, jest to hipoteza, której potwierdzenie wymaga wielu jeszcze prac i spostrzeżeń.

Z diazoreakcją rywalizować może jedynie reakcja Vidala'a, oparta na aglutynacji ciałek krwi; lecz, według Kosel'a (Deutsche med. Woch. 1899, № 20), nie można wczesnie postawić rozpoznania za pomocą tej reakcji, ponieważ często brak jej w 1 i 2 tygodniu tyfusu, a nieraz i podczas całego przebiegu tej choroby.

Nie udało się również odnaleźć żadnego związku pomiędzy napięciem choroby i natężeniem tejże reakcji. W wielu razach odczyn Vidala'a bywa pomocnym, lecz nieraz brakowało go wtedy, kiedy sekcya stwierdzała rozpoznanie kliniczne. Sądzę więc, że reakcja Vidala'a mniejsze pod względem swej doniosłości posiada znaczenie, niż diazoreakcja: 1) Diazoreakcję wykonać łatwo można wszędzie, czego o reakcji Vidala'a powiedzieć nie można.

2) Diazoreakcja wskazuje na chorobę (tyfus) znacznie prędzej, aniżeli reakcja Vidala'a.

3) Diazoreakcja jest objawem bardziej stałym (Baginsky), aniżeli reakcja Vidala'a i rzadziej nas zawodzi.

4) Diazoreakcja daje nam pewne wskazówki co do rokowania, czego nie można powiedzieć o reakcji Vidala'a.

5) Diazoreakcja posiada znaczenie prognostyczne również w tyfusie plamistym i gruźlicy płucnej.

6) Diazoreakcja występuje tylko podczas choroby, podczas gdy reakcję Vidala'a możemy nieraz otrzymać w rok i więcej czasu po tyfusie.

Według mego zdania, diazoreakcja powinna zyskać prawo obywatelstwa w klinice i przypuszczam, że może oddać ważne usługi

lekarzom-praktykom. Jednak, żeby mieć pewniejsze rezultaty, należy podczas choroby wykonywać ją wielokrotnie, chociaż i jednorazowe badanie może dać czasami ważne wskazówki.



III. ROZPOZNANIE RÓŻNICZKOWE NEURASTENII I PIERWSZYCH OKRESÓW BEZWŁADU POSTĘPUJĄCEGO.

(Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w d. 15/IV 1902 r.)

Napisał

Maurycy Bornstein.

(Dokończenie).

Jeżeli na podstawie tych lub owych danych zdołaliśmy przyjść do wniosku, że u danego chorego mamy do czynienia nie z nerwicą czynnościową, a ze sprawą organiczną, to powinniśmy zawsze jeszcze mieć na uwadze, że istnieją organiczne postaci chorobowe, które pod niektórymi względami, podobnie, jak neurastenia, mogą budzić czasami pewne wątpliwości rozpoznawcze w stosunku do bezwładu postępującego. O nich więc gwoli uzupełnienia powiedzieć należy jeszcze słów kilka.

Z tych chorób, zwanych przez *Binswanger'a*¹⁾ „paralyse-ähnliche Krankheiten“, najważniejszymi dla nas są 4 następujące: 1) przymiot mózgu; 2) wczesne starcze zniedołężnienie umysłowe (*dementia senilis praecox*); 3) miażdżycowe sprawy w korze mózgowej i 4) stwardnienie rozsiane.

Istnieją takie postaci przymiotowych cierpień mózgu, które w swym przebiegu klinicznym zarówno pod względem cielesnym, jak i psychicznym, wykazują cechy, zbliżające je do bezwładu postępującego. Zwłaszcza dotyczy się to tych postaci, u których podłoża leżą rozsiane zmiany w tętnicach kory mózgowej, które powodują w niej zanik komórek zwojowych i włókien nerwowych (*Monakow*).

1) Neurolog. Centralbl. 1898, № 18.

Jednak już w r. 1872 Wille¹⁾ wskazywał na pewne cechy cielesne (przejęściowe porażenia, silne bóle głowy, charłactwo przymiotowe i t. d.), które wyróżniają psychozy przymiotowe od typowego bezwładu postępującego.

Niektóre wskazówki różniczkowe spotykamy później (w r. 1897) w monografii Rosenthala¹⁾ o bezwładzie postępującym, a dotyczą one nie tylko cech cielesnych, ale i niektórych psychicznych. W następnym roku (1880) Mendel w swej monografii o bezwładzie postępującym wypowiada zdanie, że jest prawie niemożliwym przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy temi dwiema postaciami chorobowymi. Dopiero w r. 1894 Fournier²⁾ uważa te dwie choroby za etyologicznie wprawdzie jednakowe, różniące się jednak zasadniczo co do swej istoty, przebiegu i anatomicznego podłoża, i postaci przymiotu mózgu, zbliżone do bezwładu postępującego chrzezi mianem „pseudoparalysis generalis syphilitica“. Dziś sprawa ta ukształtowała się w ten sposób, że większość autorów niemieckich uznaje wprawdzie słuszność wyodrębniania tych dwu chorób, sądzi jednakże, że i zdanie wypowiedziane dawniej przez Rosenthala co do możliwego powikłania psychozy przymiotowej przez bezwład postępujący, ma swoją rację bytu. Tylko niewielka garstka uczonych, jak Schüle²⁾, Ziehen²⁾, a w nowszych czasach Tuczek²⁾, za nim zaś Wickel³⁾ i Klein⁴⁾ uważają za słuszne odgraniczanie ściśle chorób przymiotowych mózgu podobnych do bezwładu od klasycznej jego postaci i zachować nadal dla tych pierwszych określenie Fournier'a „Pseudoparalysis luetica“

Na podstawie prac tych ostatnich właśnie autorów można dać ogólny zarys rozpoznania różniczkowego pomiędzy bezwładem postępującym a pseudoparalysis luetica.

Zaznaczyliśmy już wyżej pobieżnie, że niektóre, a nawet większość objawów cielesnych w przymiocie mózgu napotkać możemy, również i w bezwładzie postępującym. Jeżeli naogół można zgodzić się z Fournierem⁴⁾ i Christianem (z Charenton)⁴⁾, że w przymiocie mózgu przeważają objawy ogniskowe, to jednak stwier-

1) Cyt. u Kopczyńskiego. przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu. 1900. (Odbitka z „Medycyny“).

2) Cyt. u Klein'a. Monatsch. f. Psych. u. Neurolog. 1899.

3) Wickel. Casuistische Beiträge zur Differentialgnose zwischen Lues cerebri und Dementia paralytica rebst cinem anatomischen Befund. Arch. f. Psych. & Neurologie. T. 30. Z. 2.

4) Klein (l. c.)

dżonem zostało wielokrotnie, że napotykamy je i w bezwładzie (porażenia połowiczne, monospasmy, monoparezy, padaczka Jacksonowska i t. d.). Wogóle podkreślić należy, że jeżeli chodzi o rozpoznanie różniczkowe pierwszych okresów obu rozpatrywanych chorób, to przy krytycznym rozbiórce poszczególnych objawów cielesnych ze strony systemu nerwowego nie będzie ani jednego, na którym można byłoby oprzeć diagnozę różniczkową. Wyżej wspomniane objawy ogniskowe mogą w pierwszych okresach przymiotu mózgu być tak samo przemijającymi i również nie pozostawiać po sobie żadnych śladów w postaci trwałych porażień (przyp. 4 i 5 Klei n'a), jak i w początkach bezwładu postępującego. Zaburzenia mowy w pierwszych okresach obu chorób mogą się również niczem od siebie nie różnić, bowiem charakterystyczne dla bezwładu przestawianie sylab, zaciniwanie się i t. d. występuje zazwyczaj dopiero w dalszych stadyach choroby, zaś w początkach napotkać możemy jedynie mowę niewyraźną („Brei im Munde“ Schülego) lub zaburzenia przypominające dyzartryę. Przemijające ataki afazji zdarzają się zarówno w przymiocie mózgu, jak i w bezwładzie; to samo tyczy się t. zw. afazji amnezyjnej (niemożność znalezienia odpowiedniego wyrazu), jak parafazji i t. d. Objawy oczne, jak zwrotna nieruchomość źrenic lub przemijające porażenia mięśni ocznych napotykamy zarówno w pierwszych okresach bezwładu, jak i przymiotu mózgu. Co dotyczy odruchów kolanowych, to w pierwszych okresach obu chorób mogą być one wzmożone i również nie dawać żadnego punktu oparcia dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy przymiotem i bezwładem; dopiero kiedy w późniejszych okresach proces syfilityczny obejmie opony rdzeniowe i, kiedy przez meningitis spinalis luetica korzenie ulegną uciskowi, odruch kolanowy z jednej strony może być słabszy, niż z drugiej lub zniknąć zupełnie, i to może już wtedy mieć pewne znaczenie rozpoznawcze. Ogólna hypalgezja, której Wickel i Klein przypisują ważne znaczenie rozpoznawcze, może w pierwszych okresach bezwładu postępującego wcale nie występować; częściej mamy nawet wtedy, według Krafft Ebing'a, do czynienia z objawami czuciowego podrażnienia. Z powyżej przytoczonych danych widzimy, że na podstawie objawów cielesnych ze strony systemu nerwowego byłoby prawie zupełnie niemożliwym postawić rozpoznanie różniczkowe w pierwszych okresach bezwładu lub przymiotu mózgu, gdyby nie istniały przypadki, w których pozatem napotykamy świeże wykwity przymiotowe, gdzie często kuracja specyficzna sprowadza znaczne polepszenie, tyżące się zarówno poszczególnych objawów cielesnych, jak i ogólnego stanu, lub gdzie kwestyę rozpoznania różniczkowego rozstrzygają objawy ze strony psychiki.

które według Schüle'go, występują zazwyczaj nagle, poprzedzone jedynie silnymi bólami głowy w okolicy czoła. Objawy psychiczne dają często najpoważniejsze wskazówki rozpoznawcze. Fournier (l. c.) sądził, że zasadniczą różnicę pomiędzy bezwładem i przymiotem mózgu pod względem psychicznym stanowi brak w tej ostatniej chorobie charakterystycznej dla bezwładu idei wielkości. Jednak Schüle¹⁾ twierdzi, że na szczycie maniakalnego pobudzenia napotkać ją można również i u chorych na przymiot mózgowy. Istnieją wszakże inne różnice. W bezwładzie postępującym bez względu na to, czy występuje on w postaci maniakalnej z wybitnie ujawniającą się ideą wielkości, czy też w postaci, teraz według Mendla¹⁾ coraz częściej napotykaney, postaci zniechęcenia umysłowego, napotykamy i tu, i tam osłabienie czynności psychicznych, które stale postępuje, zanik wyższych uczuć moralnych i estetycznych, osłabienie zmysłu krytycznego i władzy sądenia, wogóle następuje zasadnicza zmiana w charakterze człowieka, w jego duchowej indywidualności.

W przymiocie mózgu, w pierwszych jego okresach, występują według Schüle'go, Ziehen'a i Krafft-Ebing'a, którym głównie zawdzięczamy zbadanie tej kwestyi, najrozmaitsze zaburzenia psychiczne, jako to: stany melancholijno-hypochondryczne, wszelakiego rodzaju obłądy, połączone z halucynacjami, jakaś niezborność władz umysłowych, niemożność oryentowania się w czasie i przestrzeni, aż do sennego zamroczenia umysłowego, ataki furji, to znów przygnębienie i apatya. Jeżeli w dalszym ciągu występuje zniechęcenie umysłowe, to nie bywa ono nigdy ani tak znacznem, jak w bezwładzie, ani *nie posiada, jak tam, charakteru postępującego*. Remissye, poprawy bywają w jednej i drugiej chorobie (według Schüle'go, częściej nawet w bezwładzie, aniżeli w pseudoparalisis luetica), ale jeżeli zdarzają się w tej ostatniej chorobie, to dosięgają tak wysokiego stopnia, o jakim w bezwładzie postępującym mowy być nie może. Jeżeli wogóle chory, z przymiotem mózgu zdaje sobie o wiele częściej, niż w bezwładzie, sprawę ze swego stanu, to w okresach poprawy samoanaliza jest zazwyczaj najzupełniej normalną i chory taki czyni pod względem psychicznym wrażenie człowieka zupełnie zdrowego. „Zdarzają się pisze Schüle, tacy wrzekomi rekonwalescenci, którzy czasami wprost budzą zachwyt swoim zachowaniem się, sprawnością umysłu i głębią uczuć“. W bezwładzie nawet w okresie remissyi zawsze zauważyć się daje mniejszy lub większy stopień zniechęcenia umysłowego i luki w sferze emocyalnej chorego.

¹⁾ Cyt. u Klein'a.

Najcharakterystyczniejszą cechą dla bezwładu wogóle jest właśnie stopniowo postępujące zniepełnienie umysłowe, a dla przymiotu mózgu wahanie się sprawy, zmienność, niemal kalejdoskopowość objawów ze strony cielesnej, jak i psychicznej. A daje się to objaśnić i anatomopatologicznie: bowiem podczas kiedy w bezwładzie postępującym, według badań T u c z e k'a¹⁾, potwierdzonych przez O p p e n h e i m a i B i n s w a n g e r a, znajdujemy już we wczesnych okresach pierwotny zanik najważniejszych dróg kojarzeniowych w zewnętrznych warstwach kory mózgowej, t. zw. włókien stycznych, w pierwszych okresach przymiotu mózgu napotykamy w różnych miejscach mózgu ograniczone sprawy patologiczne w naczyniach, wywołujące anemię na małym terytorium mózgu, ograniczone nacieczenia gumatyczne i stwardnienia, na skutek których dopiero *wtórnie* i daleko bardziej stopniowo, niż w bezwładzie, następuje zanik elementów nerwowych.

Co dotyczy różniczkowego rozpoznania pierwszych okresów bezwładu postępującego po 50-ym roku życia a przedwczesnem starczem zniepełnieniem umysłowem (dementia senilis praecox), to należy mieć na uwadze następujące dane. I tutaj przedewszystkiem i głównie analizować należy objawy ze strony psychiki. O ile w późniejszych okresach dementiae senilis zaburzenia mowy różnią się od napotykanych w bezwładzie, to w początkach obu chorób bywają zwykle jednakowe zaburzenia, zależne od niesprawności w poruszaniu językiem. Ataki apoplektyczne i wrzekomopadaczkowe napotykamy w dementia senilis rzadko, a jeżeli występują, to zwykle w późniejszych okresach: to mogłoby więc służyć poniekąd jako wskazówka rozpoznawcza. Więcej danych w tym kierunku dostarcza nam psychika chorego na przedwczesne zniepełnienie umysłowe. Ta ostatnia cecha występuje, według K r a f f t - E b i n g a, nie tak szybko i nie tak intensywnie, jak w pierwszych okresach bezwładu postępującego, dalej rzadko napotykamy idee wielkości, a często idee przesładowe ze specjalnym odcieniem, polegającym na tej natarczywej myśli, że go okradają, trują i to zwykle bardziej stale, aniżeli w bezwładzie; u podłoża tych idei chorobliwych leżą takie cechy charakteru, jak egoizm, chciwość, niedowiarstwo. Zresztą H o c h e²⁾ twierdzi, że pod względem praktycznym niema wielkiej różnicy, czy zniepełnienie umysłowe człowieka w drugiej połowie 50-ki uważać za późne paralityczne, czy też za przedwczesne starcze.

1) Cyt. u Klein'a.

2) Hochel. c.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy bezwładem postępującym, a miażdżycą tętnic mózgowych niekiedy napotyka na poważne trudności. Z cech cielesnych, wspólnych obu tym postaciom chorobowym w pierwszych okresach, pamiętać należy głównie o atakach podobnych do apoplektycznych (apoplectiforme Anfälle). Dla rozpoznania bezwładu ustanowić można następującą regułę: jeżeli wrzekomo apoplektyczny napad występuje u człowieka lat średnich, u którego nie możemy ani przez wywiady, ani obiektywnie stwierdzić przymiotu, miażdżycowego zmarszczenia nerki lub wady zastawkowej serca, to wobec jednoczesnego istnienia jakichś nieokreślonych zaburzeń psychicznych szala rozpoznania przechyla się na stronę bezwładu postępującego, a staje się ono już bardzo prawdopodobnem wtedy, kiedy atak taki posiada charakter poronny, t. j. jest przemijający i pozostawia nieznaczne (pod względem ekstenzywności) porażenia lub też przemija nawet bez żadnego śladu. Jeżeli atak taki pozostawia po sobie porażenie połowiczne, to ważną wskazówkę osiągnąć możemy z zachowania się źrenic: zwrotna ich nieruchomość przemawia za bezwładem, bowiem po zwykłym ataku apoplektycznym objawu tego nie napotykamy. Z innych cech cielesnych wspomnieć należy jeszcze o odruchach kolanowych, których w bezwładzie postępującym może nie być, zaś w miażdżycy tętnic brak ich należy do niezwykłych rzadkości.

Co dotyczy sfery psychicznej, to zauważyć należy, że osłabienie sił umysłowych nigdy nie występuje w takim stopniu w tej chorobie, jak w bezwładzie postępującym i nie bywa tak ciężkich zamroczeń świadomości (K r a f f t - E b i n g¹⁾), pozatem w miażdżycy tętnic napotykamy wprawdzie podniecenie patologiczne (euphoria), nigdy jednak nie dochodzi do idei wielkości (H o e h e²⁾).

Czasami wątpliwości rozpoznawcze budzić mogą również i stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex), zwłaszcza jeżeli umiejscawia się przeważnie w mózgu. Wtedy może występować cały szereg objawów, wspólnych bezwładowi postępującemu i stwardnieniu rozsianemu. Rzekomo paralityczne i rzekomo padaczkowe napady, zaburzenia psychiki i mowy, przemijające porażenia nerwów czaszkowych i rdzeniowych (zwykle w związku z atakami), porażenie spastyczne, drżenie, wreszcie, epizodycznie występujące obrazy przygnębienia melancholicznego, a nawet idee wielkości (L e u b e) mogą przez pewien czas tworzyć obraz kliniczny, podobny do bezwładu (K r a f f t - E b i n g¹⁾).

Istnieje jednak dużo danych różniczkowo-rozpoznawczych. Przed-

1) L. c.

2) L. c.

wszystkiem co do etyologii zaznaczyć należy, że przymiot w stwardnieniu rozsianem w przeciwieństwie do bezwładu nie gra prawie żadnej roli. Zaś co dotyczy objawów, to mowa w bezwładzie nigdy nie bywa skandowana, drżenie jest niestałe i nie związane, jak w stwardnieniu z ruchami dowolnymi, a zaburzenia psychiczne w bezwładzie występują z samego początku choroby, podczas gdy w stwardnieniu rozsianem są one nawet w ostatnich okresach bardzo nieznaczne i nigdy nie dotyczą zasadniczych cech jednostki.

Jednakże przypadki *Schultze*'go i *Zacher*'a ¹⁾ dowodzą, że istnieje postać kliniczna, stanowiąca mieszaninę obu chorób.

Istnieje jeszcze cały szereg t. zw. psychoz intoksykacyjnych, którym *Wachsmuth* ²⁾ poświęcił osobną rozprawę i które zarówno pod względem psychicznym (osłabienie władz umysłowych, rozdrażnienie ogólne, osłabienie pamięci) jak i pod względem cielesnym (zaburzenia mowy, drżenie i drgawki w twarzy i kończynach, nadmierna senność lub bezsenność i t. d.) mogą dać obraz kliniczny, podobny do bezwładu postępującego. Tu należą: chroniczne ataki mocznicowe (*Brun*s)³⁾, rzekomy bezwład postępujący pochodzenia cukrzycowego (*Laudenheimer*)³⁾, zatrucie alkoholem, ołowiem, bromem i t. d. Zazwyczaj inne objawy zatrucia (jak np. w otruciu ołowiem zwiędła charakterystyczna cera, smuga na dziąsłach, kolka ołowiana) lub dokładne wywiady rozwiązują nieraz dość poważne trudności rozpoznawcze.

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

395. Julian Marcuse. Stan obecny walki z gruźlicą w Niemczech. (Wiener med. Woch. 45, 1902).

Walka systematyczna z gruźlicą w Niemczech opiera się na trwałej podstawie prawa socjalnego. Za cel swych dążeń uważają

1) Cyt. u *Klein*'a.

2) Cyt. u *Oppenheima* (Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1898).

3) Cyt. u *Popowa*. Szest lekcji o progressiwnom paraliczje pomieszanych 1900.

się w danej chwili uzdrowiska dla suchotników. W ciągu ostatnich 6 lat liczba ich doszła do 100 i cyfrą tą Niemcy będą długo, zapewne, przodowały innym państwom europejskim. W uzdrowiskach osiąga się podwójny cel: względń uzdrowienie—do możliwości powrotu do pracy—i cel pośredni—wyszkolenie higieniczne pacjentów, zaznajomienie ich z istotą gruźlicy, drogą, jaką się szerzy, i zyskanie tym sposobem skutecznej propagandy wśród społeczeństwa.

Jako dalsze zadania walki, wyłaniające się bezpośrednio z tych pierwszych kroków, zaznaczają się: 1) zabezpieczenie rodziny leczącego się, 2) wystaranie się dlań o odpowiednie zajęcia po opuszczeniu uzdrowiska, 3) wyszukiwanie ognisk, w których gruźlica się szerzy, 4) odkażanie mieszkań, 5) urządzenie pomieszczeń pośrednich dla osób wypisanych z sanatoryów, 6) urządzenie schronisk dla nieuleczalnych suchotników, aby uczynić ich nieszkodliwymi dla otoczenia.

Już sama instytucja uzdrowisk wywołała potrzebę innej pomocniczej—na swoje usługi. Mianowicie potrzeba odpowiedniego wyboru chorych, odpowiedniego kwalifikowania kandydatów do uzdrowisk otworzyła specjalne polikliniki dla ich badania. Istniejące w Gryfii, Wrocławiu, Halli, Kielu, Getyndze, Bonnie, Marburgu, jak również przy szpitalach w Wiesbaden, Frankfurcie nad M., Strasburgu, Szczecinie i t. d. Tu na żądanie lekarzy dokonywa się badania płwociny kandydatów, zastrzykuje się im niekiedy tuberkulinę i stara się o postawienie rozpoznania w przypadkach podejrzanych.

Osoby, uznane za nieuleczalne, a niemogące przebywać wśród rodzin, jak również chorzy podejrzani tylko, albo nie znajdujący na razie miejsca w uzdrowiskach, mogą być pomieszczani tymczasowo w t. zw. domach wytechnienia „Erholungshäuser“, organizacją których zajmuje się towarzystwo berlińskie „Krzyża Czerwonego“, i analogiczne towarzystwa w Hanowerze, Wrocławiu i inne. Są to domy nie wielkie, położone w okolicy lesistej w bliskości miast.

Z tem łączy się kwestya przygotowywania rekonwalescentów do zmiany zajęć, przygotowywania ich np. do zajęć na roli, w ogrodach i t. d.

Wielką wagę należy przypisywać zabezpieczeniu rodziny chorego, pozostającego na leczeniu w sanatorium. Dettweiler nazywa to dbałością o higienę psychiczną pacjenta. W tym względzie osoby, zabezpieczone i będące uczestnikami kas chorych, mają, dzięki czynionym w tym kierunku staraniom, widoki niezgorsze.

Wogóle, cała ta walka możliwą jest właściwie tylko dzięki istnieniu prawa zabezpieczenia robotników. Według urzędowego sprawozdania, do 31 grudnia 1901 r. ubezpieczenia i kasy chorych wydały na budowę szpitali, przytułków i t. d.—108 milionów marek, na budowę domów dla robotników 87½ miliona, na domy dla inwalidów i t. d. 17½ miliona. W roku 1901 kapitał instytucji ubezpieczeniowych i kas wynosił 86 milionów; z tego przeznaczono na cele użyteczności publicznej 48¾ miliona.

Bez podobnej organizacyi nie może być mowy o jakiejś poważnie traktowanej walce z gruźlicą. O. H.

396. Köhler. Stan obecny nauki o kwestyi przenoszenia się gruźlicy bydła na ludzi. (Deutsche med. Wochensh. Nr. 45—1902.)

W sprawie możliwości przenoszenia gruźlicy bydłęcej na ludzi uczyniono o wiele mniej, niż w kierunku odwrotnym. Pomimo całej doniosłości praktycznej tej kwestyi, pozostaje ona mało wyjaśnioną, gdyż bezpośrednie zaszczepianie ludziom łaseczników perlicy ze względów oczywistych jest zupełnie niemożliwym. Z dotychczasowych poszukiwań w tym kierunku główną uwagę zwrócono na dane statystyczne. Jednakże statystyka zmarłych na gruźlicę ludzi w okolicach, gdzie perlica panuje w stopniu więcej wybitnym, nie dała wyników zadowalniających. Również nie stanowczego nie dały badania ludzi oddanych przeważnie hodowli bydła. Pilną uwagę również zwrócono na stan zdrowia rzeźników i weterynarzy, lecz i tu rezultaty były odmienne.

Ponieważ główna masa zarzków gruźliczych przedostaje się do ustroju naszego drogą narządów trawienia, przeprowadzono również statystyczne zestawienie częstości zmian gruźliczych w tych narządach w stosunku do narządów oddechowych. Wyniki jednakże wykazały wyższy odsetek na korzyść gruźlicę płuc. Still na 269 obdukowanych chorych, dotkniętych gruźlicą, w 51% wykrył gruźlicę płuc, a w 23%—gruźlicę przewodu pokarmowego. Takie same statystyczne obliczenia ogłosił mniej więcej Guthrie, Carr, Baginsky i inni. Wykryte w narządach pokarmowych łaseczniki gruźlicze w celu sprawdzenia ich pochodzenia dotychczas rzadko było zaszczepiane bydłu. Jednakże kilka doświadczeń, dokonanych w tym kierunku przez Wolffa, Ravenela, Fibigera i Jensen'a, dały wyniki dodatnie. Wreszcie wspomina autor o sensacyjnych doświadczeniach Rokitański'ego o wzajemnym antagonizmie w naszym ustroju gruźlicy i raka, zastrzyknął kilkunastu beznadziejnym chorym raka w hodowli łaseczników perlicy. Pomimo wypróbowanej żywotności i znacznej ilości wprowadzonych pod skórę zarzków, rezultaty wypadły ujemnie. Na autopsyi, która nastąpiła po kilku miesiącach, a w niektórych przypadkach i po roku, nie wykryto ani śladu gruźlicy. Doświadczeń tych autor jednakże nie uważa za rozstrzygające kwestyi, gdyż, zdaniem jego, ciężko chorzy, nieuleczalni pacjenci są materiałem nieodpowiednim do prób odnośnych, a podskórne zastrzykiwania, czynione tym chorym, wskutek opornych warunków ze strony tkanki podskórnej zupełnie nie nadają się do tego rodzaju doświadczeń.

Z całego wyżej przytoczonego zestawienia dotychczasowych poszukiwań autor dochodzi do wniosku, że sprawa możliwości przeniesienia perlicy na człowieka pozostaje dotychczas zupełnie nie wyjaśnioną.

Leon Zamenhof.

397. Spronck i Hoefnagel. Przypadek przeniesienia gruźlicy bydłej na człowieka, sprawdzony reinokulacją na cielęciu. (Semaine méd. Nr. 46—1902.)

Autorowie obalają zdanie Koch'a, Schütz'a, Baumgarten'a i innych, jakoby gruźlica była różniła się zasadniczo od gruźlicy ludzkiej. Na dowód swego twierdzenia przytacza obserwowany przez siebie jeden przypadek, który w zupełności ma potwierdzić tożsamość zarazka gruźliczego u ludzi i bydła.

3 lutego 1902 r. wstąpił do kliniki chirurgicznej w Utrechie pewien 60 l tni robotnik, który, pomagając weterynarzowi przy autopsji krowy zmarłej na perlicę, został lekko zadrażniony nożem w mały palec. W 3 dni później ranka zagoiła się, lecz palec pozostał nieco bolesnym. Po upływie krótkiego czasu dokoła pierwotnej rany utworzyło się obrzmienie i jednocześnie powiększyły się gruczoły łokciowe. W 10 miesięcy później chory zaczął kasnąć z nieznaczną ilością płwociny. Przed powyższym wypadkiem cieszył się (zawsze) zupełnym zdrowiem. Badanie w szpitalu obok miejscowych spraw na palec i w gruczołach łokciowych ustaliło stopienie wyrażenie prawego szczytu płucnego. W płwocinie laseczników nie wykryto. Przez cały czas pobytu w szpitalu ciepłota była normalna. 7 lutego wycięto choremu całą, zajęta sprawą chorobową, część skóry na palec i powiększone gruczoły. W ośm dni później pacjent opuścił klinikę. Sprawa została uznana za gruźlicę na mocy badań mikroskopowych i próbnej inokulacji na królikach, którym wprowadzono do ustroju oddzielnie kawałki wyciętej skóry i zawartość usuniętych gruczołów. W obu seryach rezultaty wypadły dodatnio.

Upewniwszy się w ten sposób o możności przeniesienia gruźlicy była na ludzi, autorowie postanowili spróbować reinokulacji. W tym celu nabyli oni 13 miesięczne, zupełnie zdrowe, cielę i zastrzyknęli mu pod skórę szyi zawieszinę otrzymaną ze śledziony zabitego królika gruźliczego. Rękoczyn ten był dokonany przy zachowaniu wszystkich niezbędnych warunków ściśłości. W 5 dni później na miejscu zaszczerpienia wystąpił guz, którego część środkowa powoli zaczęła ulegać rozpadowi, a w dwa dni później zaczęły się powiększać i odpowiednie gruczoły szyjowe. Na 11 dzień po raz pierwszy zjawił się kaszel i od tego czasu ciepłota zaczęła znacznie wzrastać (39° — $39\frac{1}{2}^{\circ}$). 12 lipca, t. j. po 2-eh miesiącach cielę zabiło. Na seceji stwierdzono gruźlicę nie tylko w miejscu zaszczerpienia i odpowiednich gruczołach szyjowych, lecz również mnóstwo dodatkowych ognisk w płucach, opłucny, gruczołach oskrzelowych, wątrobie i śledzionie. Otrzewna, narządy pokarmowe i gruczoły krezkowe zostały przez sprawę ominięte. Fakty ustalone na seceji najzupełniej harmonizowały z objawami klinicznymi i datą zastrzyknięcia zarazka gruźliczego.

Wspomniane wyniki tej reinokulacji, zdaniem autorów, nie pozostawiają żadnej wątpliwości, że pacjent rzeczywiście w ustroju swym miał zarazki perlicy. Aczkolwiek objawy przyjęcia się tych zarazków były właściwie miejscowe, autorowie nie wyrzekają się jednakże możliwości jednoczesnej gruźlicy płuc, opierając swoje przypuszczenia na

niezawodnych objawach stępienia odgłosu opukowego na prawym szczycie i zjawieniu się kaszlu w rok po wypadkowem zakażeniu.

Leon Zamenhof.

398. Dieulafoy. *Tuberculoma hypertrophicum caeci.* (La semaine méd. Nr. 41—1902.)

Pierwotna gruźlica kątnicy wielokrotnie już była opisana przez różnych klinicystów. Hartmann proponował dla niej nazwę typhlitis tuberechronica et tuberculosis caeci, inni znowu nazwali ją: Tuberculosis ileocecalis chronica. Dieulafoy na podstawie swoich własnych spostrzeżeń i szeregu przypadków opisanych przez Marion'a, Billroth'a, Bouilly, Roux, Broca i innych, usiłuje odrzucić istniejącą do dziś nomenklaturę i proponuje dla omawianej choroby nazwę: „Tuberculoma hypertrophicum caeci“. Motywy, którymi autor kieruje się w swoich wywodach, polegają przede wszystkim na tem, że sprawa gruźlicza we wszystkich odnośnych przypadkach, o ile dotyczy kątnicy, rozpoczyna się li tylko w jej obrębie i to najczęściej około zastawki biodrokątnicznej, następnie, że jest to sprawa o naturze przerostowej. Bliższe szczegóły anatomopatologiczne zdają się tłómaczyć słuszność wywodów autora.

Kątnica zazwyczaj w okresach dojrzewania sprawy tworzy guz znaczny, spowity w gęstą powłokę tkanki tłuszczowej, dzięki czemu zupełnie przypomina nowotwór. Na przekroju jego wyraźnie wydatnia się znaczne zgrubienie ścian kątnicznych, które największych rozmiarów dosięga w dolnej części w miejscu wspomnianej zastawki biodrokątnicznej. Grubość ścian niekiedy przekracza 3—4 cm. Im bliżej do zgięcia wątrobowego okrężnicy, tem wymiary te stają się mniejszymi, nieraz atoli sprawa sięga tak wysoko, że zachodzi nawet po za kąt wątrobowy, zajmując część nawet okrężnicy poprzecznej (przyp. Dieul. Broca, Marion i Bouilly.) Błona śluzowa wewnątrz kątnicy niemal zawsze ulega przerostowi, układając się w znaczne marszczki i wyrosłe uklejobate; owrzodzenie przyłącza się rzadko. Wyrostek robaczkowy ulega tym samym zmianom gruźlicy przerostowej; nigdy atoli nie zdradza nawet śladów appendicitis. Jelito biodrowe w sprawie udziału nie przyjmuje.

Do pierwszych objawów klinicznych zwykle zaliczyć należy bóle w brzuchu, do których po krótkim czasie dołącza się biegunka, przerywana kiedy niekiedy obstrukcją, nawet z objawami zamknięcia światła kiszek. Krwawienie, aczkolwiek rzadkie, nieraz przyłącza się do uporczywie częstych wypróżnień. Bóle bywają dotkliwosci bardzo zmiennej; najczęściej napadowe. Rozpoczynają się zazwyczaj w okolicy biodrokątnicznej i stąd promieniują w najróżnorodniejszym kierunku. W tym pierwszym okresie cierpienie bywa łudząco zbliżone do appendicitis, od którego różniczkowanie staje się nieraz zupełnie niemożliwem. Sprawa trwa dalej całymi miesiącami. W okresach późniejszych, gdy w prawej jamie biodrowej ukształtuje się guz, sprawa rozpoznania nłatwia się w pewnym stopniu, lecz i tu nieraz właściwe rozpoznanie tylko wówczas można przeprowadzić, gdy drogą wykluczania odrzu-

cimy cały szereg spraw w okolicy biodrokatniczej. Autor ostrzega przed możliwymi pomyłkami i przytacza szereg spraw patologicznych, które pomimo swej rzadkości winny być koniecznie w rachubie różniczkowej uwzględnione. Wyliczymy tu je w porządku, przytoczonym przez autora, nie wchodząc w bliższe szczegóły rozpoznawcze.

1) Torbiel wodunkowa (kyste hydatique) wyrastająca nieraz na mięśniach biodrowych (przypadek autora); 2) ropnie lub gruźlica przyległych do kątnicy gruczołów; 3) gruźlica wyłącznie jelita biodrowego (przypadek Tuffier.); 4) appendicitis chronica, która nieraz występuje w postaci guza z objawami lądząco przypominającymi tub. hyp. coeci. Do rzadkich przypadków należy również zaliczyć: 5) przerost ścianki kątniczej i, jak opisali Gerard — Marchand i inni, 6) umiejscowiony obrzęk zapalny w tkance podśluzowej („purement inflammatoire“). Wreszcie, dla uzupełnienia różniczkowego rozpoznania wspomina autor o (7) raku kątnicy i (8) o promienicy. Jeżeli łatwym bywa niekiedy wykluczenie pierwszego cierpienia, to zupełnie prawie niemożliwym jest różniczkowanie od promienicy. Jedynym czynnikiem wartościowym jest wykrycie podejrzanego pasorzyta w wypróżnieniach. Rokowanie w przypadkach tuberculoma hyp. coeci w ostatnich latach uległo znacznej zmianie. Niegdyś chorobę tę zaliczano do absolutnie nieuleczalnych, dziś zaliczają ją powszechnie do spraw dobrotliwych i często zupełnie uleczalnych, lecz tylko wyłącznie na drodze operacyjnej. Pomyślny wynik operacji zależnym jest od następujących warunków: 1) sprawa nie powinna być zbyt daleko posunięta i 2) płuca winny być wolne od gruźlicy.

Leon Zamenhof.

II. Choroby dzieci.

399. M. Penkert. Przerost grasicy jako przyczyna nagłej śmierci. (Deutsche med. Wochensh. Nr. 45—1902.)

Zdanie, wypowiedziane przez Kopp'a przed kilkudziesięciu laty, jakoby powiększenie gruczołu natchawicznego mogło być przyczyną dychawicy, a w niektórych przypadkach nawet śmierci wskutek zaduszenia, spotkało w swoim czasie różną ocenę krytyczną. Gdy jedni, jak Friedleben, na zasadzie badań fizyologicznych zupełnie odrzucili możliwość istnienia dychawicy grasicowej (asthma thymicum), inni przyjęli ją z uwzględnieniem pewnych warunków. Obecnie zdanie w tej sprawie jest podzielone. W szeregu przeciwników teorii Kopp'a stoi Paltauf. Utrzymuje on, że w przypadkach śmierci u dzieci, u których na sekcji stwierdzono powiększenie grasicy, za bezpośrednią przyczynę zgonu należy uważać nie przerost tego gruczołu, lecz cały szereg spraw patologicznych, którym zazwyczaj dzieci takie ulegają za życia. Do nich zalicza często spostrzegane na sekcjach zapalenie oskrzelików, a za życia wyraźne objawy krzywicy, która nieraz może powodować silne skurcze głośni z nagłym zejściem śmiertelnym. Inni znowu autorowie przyjmują teorię Kopp'a w całej jej rozciągłości. Do tej drugiej kategorii zalicza się i autor, który

na mocy dwóch własnych przypadków uznaje zupełną słuszność przypuszczeń Kopp'a. W obu jego przypadkach ustalono na sekcji znaczny przerost grasicy. U jednego dziecka, które zmarło po upływie kilku godzin po przyjściu na świat, sekcyja stwierdziła zupełną atelektazę płuc. Dla braku innych przyczyn autor wyraża przekonanie, że bezpośrednią winą śmierci mógł być li tylko przerost grasicy, wskutek którego pomimo energicznych zabiegów ratunkowych nie zdołała się dostać do płuc nawet nieznaczna ilość powietrza. W tenże sam sposób mechanicznej przeszkody usiłuje autor wyjaśnić i drugi przypadek śmierci u 6 miesięcznego dziecka, u którego również prócz przerostu grasicy nic obciążającego nie wykryto. Do ostatniej chwili życia dziecko cieszyło się zupełnem zdrowiem; śmierć nastąpiła prawie nagle. Autor nie dziwi się bynajmniej nagłej śmierci w przypadkach powiększonej grasicy. Przecież opisywane były nieprzewidziane, szybkie zgony ludzi, którzy za życia nie zdradzali nic niepokojącego, pomimo że w przednim śródpiersiu, jak wykazały sekcyje, mieli oni nieraz dość znaczne guzy, n. p. mięsak grasicy. Przypadki te, podług autora, w zupełności wyjaśniają zależność dychawicy od powiększenia gruczołu natchawicznego, tem bardziej, że niejednokrotnie ustalano ślady ucisku ze strony wspomnianego gruczołu. Jeżeli nie można, dodaje autor, we wszystkich przypadkach śmierci lub duszności obarczać odpowiedzialnością wyłącznie grasicy, to w każdym razie bezwarunkowo należy uzależniać od powiększenia powyższego gruczołu te wszystkie przypadki, w których poza przerostem grasicy nic innego ustalić nie można. Wpływ mechaniczny omawianego gruczołu na tchawicę zupełnie wyjaśnia się topograficznym stosunkiem obu tych narządów. Jeżeli wyobrazić sobie osobnika, mającego znacznie powiększoną grasicą z przechyloną ku tyłowi głową, łatwo wówczas pojąć, jakie przeszkody napotyka w takich warunkach oddychanie. Wskutek zmniejszenia odległości mostka od szyjowej części kręgosłupa zamyka się światło tchawicy i szybko zaczynają występować objawy braku powietrza z sinicą. Cały ten obraz następstw staje się więcej zrozumiałym, jeżeli dodać, że wskutek odchyłonego położenia głowy następuje w znacznym stopniu ucisk na żyły szyjowe, którego bezpośredni następstwem staje się jeszcze większe obrzmienie gruczołu natchawicznego. Rozumując w ten sposób, mówi autor, łatwo sobie wytłomaczyć wypadki nagłej śmierci podczas pływania, opisane przez Nordmanna, gdyż odchyłona w takich razach ku tyłowi głowa nawet w przypadkach nieznacznego przerostu grasicy może wskutek długotrwałego ucisku mechanicznego spowodować zupełne zamknięcie światła tchawicy.

Leon Zamenhof.

III. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 16 września 1902 r.

1. Kozerski przedstawił przypadek *mycosis fungoides*, dotyczący 52-letniej kobiety. Skrawek wyciętego guza (w stadium tumo-

rum choroby) wykazywał obfite nacieczenie naokoło naczyń krwionośnych tkanką nowotworową, którą szkoła niemiecka uważa za rodzaj tkanki mięsakowej, francuzi zaś za tkankę, pokrewną z tkanką limfatyczną.

Badanie krwi, niejednokrotnie przeprowadzone przez kol. Feliksa Malinowskiego, wykazywało stale leukocytozę i hyperglobulię.

II. A. Landau odczytał pierwszą część swej pracy p. t. „Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu w stanie normalnym i patologicznym.“

Istotę dyfuzji i osmozy stanowią ustawiczne ruchy, które wykonywają w rozpuszczalniku molekuly ciał rozpuszczonych. Przytoczywszy teorię ciśnienia osmotycznego i rządzące nim prawa, autor pokładnie omawia stosowaną przez siebie metodę kryoskopową, jako jedną z metod oznaczania ciśnienia osmotycznego, polegającą na określeniu ciśnienia osmotycznego roztworu pośrednio przy pomocy jego punktu zamarzania. Po opisie odnośnego przyrządu, autor podaje metodę, jaką się w swych badaniach posługiwał.

Pierwszy rozdział pracy obejmuje badanie nad ciśnieniem osmotycznym krwi u ludzi zdrowych. U tych osobników punkt zamarzania krwi odwłóknionej i utlenionej wynosi zazwyczaj $-0,56^{\circ}$; wahania w granicach $-0,55^{\circ}$ — $-0,58$ uważane są za leżące w granicach normy. Następnie zatrzymuje się autor nad kwestją, o ile ciśnienie osmotyczne krwi zależne jest od poszczególnych składników surowicy, wreszcie poddaje drobiazgowej analizie czynniki, normujące w warunkach fizjologicznych ciśnienie osmotyczne krwi; do czynników tych należą: oddechanie, przemiana materji i funkcyja nerek.

Posiedzenie d. 30 września.

I. Czesław Stankiewicz przedstawia własne modele niektórych sprzętów, niezbędnych w salach operacyjnych:

1-o ściek hermetyczny (jest cały niklowany, dzięki czemu z łatwością daje się oczyszczać, działa tylko w razie potrzeby i przez zamknięcie hermetyczne zabezpiecza salę od ciągłej styczności z ogniskiem gniecia, jakimi są powszechnie używane t. zw. kratki ściekowe i ich syfony.)

2-o Kroksztyny do umywalek, z ruchomą częścią, podtrzymującą miskę, co ułatwi, utrzymanie całości w pożądanej czystości.

3-o Krany aseptyczne do umywalek, zastosowane do urządzeń z wodą wyjałowioną.

4-o Kran aseptyczny czerpalny do wody wyjałowionej.

Oprócz tych przyrządów własnego pomysłu Cz. Stankiewicz pokazuje aparat Flicoteaux z Paryża do przenoszenia wody wyjałowionej. S. zmodyfikował go przez umieszczenie w ścianie ciepłomierza, urządzonego w ten sposób, że aparat wraz z ciepłomierzem daje się wyjałowić pod ciśnieniem 2 atmosfer.

II. Prof. Kostanecki z Krakowa wygłosił rzecz „O t. z. sztucznej partenogenezie.“

Dziwioródtwem czyli partenogenezą nazywamy rozwój jajka bez zapłodnienia. Partenogeneza może być albo objawem stałym u niektórych zwierząt, albo też tylko istnieje dziwioródtwo fakultatywne.

W przeciwstawieniu do tej partenogenezy naturalnej zdołano wywołać także u niektórych zwierząt, które stale jedynie po zapłodnieniu się rozwijają, podział karyokinetyczny bez zapłodnienia przy pomocy podniesienia ciśnienia osmotycznego, kładąc jajka na pewien czas do płynów o wyższej koncentracji. Ostatnie doświadczenia Hertwig'a, Wilson'a, a głównie Loeb'a, dokonane z możliwą ścisłością i ostrożnością, stwierdziły niewątpliwie możliwość partenogenetycznego rozwoju jajka u tych zwierząt. Te doświadczenia czyniono przeważnie na jajkach dojrziałych, t. j. takich, które poprzednio wydzieliły ciała kierunkowe. Prelegent robił podobne doświadczenia w roku bieżącym na stacyi zoologicznej w Neapolu na jajkach mięczaka Maitra i utrwał jajka w różnych odstępach czasu celem badania ich na skrawkach. Gdy jajka były czas jakiś w płynie o wyższej koncentracji, a następnie przeniesiono je do normalnej wody morskiej, wydzielały one, podobnie jak jajka zapłodnione, dwa ciała biegunowe, a następnie dzieliły się na komórki potomne. Prelegent zdołał otrzymać stadya aż do 16 komórek.

Przy większym skoncentrowaniu płynów, lub w razie dłuższego w nich pobytu jajek, prelegent otrzymywał różne zбочenia, polegające np. na tem, że wydzielanie ciałek kierunkowych zostało powstrzymane, i jajko pomimo to się dzieliło, albo też, że przez rozpuszczanie się osłonki jajka blastomery rozchodziły się po podziale i t. d.

W końcu omawia prelegent znaczenie, jakie sztuczna partenogeneza może mieć dla teoryi zapłodnienia, następnie dla wyłomaczenia karyotypycznego podziału komórki, a przez to dla morfologii i dla anatomii patologicznej, wreszcie dla wyłomaczenia t. z. „embryomatów“; na razie musi również ostać się hipoteza o powstawaniu tych embryomatów z partenogenetycznie rozwijającego się jajka obok hipotezy o ich powstawaniu z zapłodnionych ciałek kierunkowych albo też z odczepionego blastomeru.

W dyskusyi Wł. Janowski zapytuje prelegenta, czy zwracał dokładniejszą uwagę na stopień stężenia zgęszczonej wody morskiej, w której przechowywał dzielące się partenogenetycznie komórki, czy też stopień zgęszczenia zależał od przypadku. Wzajemny stosunek ciśnienia mrozących się komórek do ciśnienia środowiska powinien stanowić cel dalszych badań w tym kierunku. Samo zapłodnienie jajka przez plennik jest dodaniem do substancyi stałej jajka nowej jeszcze substancyi stałej, a więc niczem więcej, jak zgęszczeniem jajka. Doświadczenia prelegenta dowiodły, że twory, badane przez niego, nabywają zdolność do mnożenia się po zagęszczeniu przez wpływ zewnętrzny, t. j. zgęszczenie środowiska, czyli innemi słowy, jest to samo, co czyni sama przyroda dla pobudzenia jajka do mnożenia się. Biorąc rzecz ogólnie, można powiedzieć, że warunkiem mnożenia się komórek jest nagłe zwiększenie się w nich ciśnienia osmotycznego. J. uważa dlatego też za nader ważne ścisłejsze badania

kryoskopowe w poszukiwaniach, podobnych do czynionych przez prelegenta, gdyż mogą one dać materiał, dowodzący zupełnej jednolitości praw przyrody, wykazując, że nawet mnożenie się komórek, uważane dotąd za cechę znamionną zjawisk biologicznych, sprowadza się do ogólnych praw mechaniki fizyko-chemicznej.

Steinhauś zaznacza, że rozwój niezapłodnionego jajka u zwierząt, u których normalnie rozwijają się jedynie jajka zapłodnione, może być udowodniony albo przez otrzymanie typowych zarodków, powstałych z niezapłodnionego jajka, albo też przez przesłedzenie na skrawkach typowych zjawisk przewężania, jeżeli nie dochodzi do powstawania typowego zarodka, jak to miało miejsce w przypadku prelegenta. Z odczytu prelegenta nie widać jednak, czy takie badania były wykonane i do jakich doprowadziły wynikiów.

Prof. Hoyer zwraca uwagę, że doświadczenia Kostaneckiego i Godlewskiego stanowią nowy kierunek badań w dziedzinie doświadczalnej embryologii, zapoczątkowany przez Roux w sensie morfologicznym, a wiążący dzięki prelegentowi morfologię z mechaniką rozwoju. Badania podobne w znacznym stopniu przyczyniają się do poznania spraw życiowych, bowiem do znanych poprzednio praw fizycznych i chemicznych dodają nowe prawo, dotyczące wpływu stanu wolnych jonów w roztworze środowiska na rozwój komórki.

Rzётkowski zapytuje, czy owe warunki, polegające na różnicy w ciśnieniu osmotycznym, nie dadzą się sprowadzić poprostu do czynników, wpływających na odżywianie komórek, które na zwiększony dowóz substancji odżywczych reagują samoistnem dzieleniem się, niezależnie od zapłodnienia.

W odpowiedzi Janowskiemu Kostanecki zaznacza, że wszyscy autorowie tłumaczą wyżej omawiane objawy sztucznej partenogenezy w odniesieniu do teoryi karyokinetycznego podziału komórki i teoryi zapłodnienia w ten właśnie sposób, jak rozumie Janowski.

Steinhauśowi K. odpowiada, że na wszystkich preparatach, które dotychczas na skrawkach badał, spotykał istotnie wszędzie w komórkach, powstałych z podziału partenogenetycznego jajka, bądź to jądra, bądź też figury karyokinetyczne.

Rzётkowskiemu K. odpowiada, że partenogenetycznego podziału jajka nie można tłumaczyć lepszem odżywianiem, bowiem te same objawy wywoływało np. dodanie sublimatu, kwasu siarczanego i t. d. i że przyczyny tego zjawiska szukać właśnie należy w podniesieniu ciśnienia osmotycznego.

III. A. Landau odczytał dalszy ciąg swej pracy p. t. „Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu w warunkach normalnych i patologicznych.“

Mówca omawia wyniki swych badań nad ciśnieniem osmotycznym moczu u ludzi zdrowych; podaje, w jakich granicach waha się punkt zamarzania moczu według badań własnych oraz innych autorów; a następnie przytacza istniejące obecnie metody oznaczania pracy dobowej nerek przy pomocy punktu kryoskopowego moczu. Prelegent poślikował się w swych badaniach zmołyfikowaną metodą Claude'a i Balthazarda.

M. Bornstein.

IV. Z Towarzystw lekarskich francuzkich.

1) Josias. *Przeniesienie gorączki pleśniawkowej z krowy na człowieka przez mleko.* Autor ogłasza spostrzeżenie, dotyczące 3 miesięcznego dziecka, które od roku karmiono papką z mlekiem krowim i które zachorowało na gorączkę pleśniawkową. Po lekkich zrazu objawach ogólnych sprawa chorobowa przyjęła wkrótce obrót niepokojący (wysoka ciepłota, upadek sił, zgrzytanie zębami i t. d.), ostatecznie jednak dziecko wyzdrowiało. Podczas badań wykryto, że je karmiono mlekiem nieprzeogotowanym i że wśród zwierząt w krowiarni do niedawna grasowały pleśniawki. Zakażenie mogło nastąpić tu drogą bezpośredniego zaszczerpienia zawartości drobnoustrojowej, lub też na skutek spożycia niedogotowanego mleka, wydojonego z wymion, obfitujących w infekcję. Należałoby zatem do przepisów sanitarnych wnieść obostrzenie, na mocy którego sprzedaż niewyjałowionego mleka powinna być wzbroniona. (Académie de médecine 27 maja 1902 r.).

2) P. Vuillemin. *Sarcocystis tenella, pasorzyt u człowieka.* Pasorzyt ten, nader częsty u baranów, znaleziono niedawno w Nancy dwa razy u człowieka: raz na strunach głosowych wisielca, drugi raz — w mięśniach osobnika, chorego na gruźlicę. W obu tych przypadkach znaleziono go całkiem przypadkowo. Istnieje prawdopodobieństwo, że pasorzyt, w mowie będący, spotyka się u ludzi daleko częściej. (Acad. des sciences 20 maja 1902).

3) Vaquez. *Leczenie przewlekłych wysięków opłucny za pomocą wewnątrzpiersiowych zastrzyknięć gazów.* Vaquez wspólnie z Quiserne'm wypróbowali metodę tę w dwóch przypadkach. W spostrzeżeniu pierwszym autorowie mieli do czynienia z przewlekłym zapaleniem gruźliczem opłucny lewej. Po wypuszczeniu litra niemal żółtawego płynu, zastrzyknięto do jamy opłucnowej $\frac{3}{4}$ litra wyjałowionego powietrza, przyczem objawy wodnej odmy piersiowej (hydro pneumothorax) nie ustępowały w ciągu trzech miesięcy. Lubo u podstawy klatki piersiowej można było wyczuć stale obecność cieczy, ta jednak nie zbierała się już w ilości takiej, któraby czyniła koniecznym zabieg operacyjny. W drugim przypadku leczono również w ten sposób nawrotowe zapalenie opłucny na tle gruźliczem, poddawane uprzednio przekłuciu już pięć razy; z kolei dokonano przekłucia po raz szósty, poczem zastrzyknięto choremu wysterylizowane powietrze. Objawy odmy następczej istniały tylko przez dwa tygodnie, poczem oddech stał się zupełnie prawidłowym i z upływem miesiąca pacjent wypisał się ze szpitala zdrowszym zupełnie, bez śladu zajęcia opłucny. W obec tego rodzaju faktów wydaje się być słusznym poglądem, przypisujący iniekcjom gazowym znaczną w leczeniu nawrotowych gruźliczych cierpień opłucny użyteczność. Metoda ta, jak widzimy, polega na wywołaniu drogą sztuczną odmy piersiowej powietrznej, która może zapobiedz nieustannemu zbieraniu się

wysięków. Niezbędnym dla utrwalenia wyników warunkiem jest obecność zupełna przepuszczanego gazu: właściwym więc jest tu powietrze, lub lepiej jeszcze, azot czysty. Tlen nie nadaje się wcale z uwagi na niezwykłą łatwość wchłaniania; ilość, wreszcie, gazu odpowiada, mniej więcej, ilości usuniętego płynu; w ogóle pół litra wystarczy.

Technika operacyjna jest nader prostą: trójgraniec przytwierdza się do rurki kauczukowej, mającej zarys głoski Y, której jedna gałąź łączy się z syfonem Potain'a, druga zaś, pozostająca swobodną, zaopatrzoną bywa w pośrodku w buteleczkę szklaną, przykrytą watą i wyjałowioną w autoklawie. Do końca wolnego rurki przymocowywa się pompkę tłoczącą, połączoną zaś z syfonem rurką kauczukową zamyka się pensetą po dokonaniu punkcyi. Przepędzane przez przyrząd powietrze wyjaławia się po drodze w pokrytej watą ampulce, a że sterylizacja taka odbywa się bez zarzutu, przekonywa o tem badanie iniekowanego gazu.

W interesującej, zawiązanej na temat ten, dyskusyi Gailliard oznajmia, co następuje: Metoda, zalecona przez Vaquez'a, wskazana jest, jak mniemać należy, w obec rozległych, zadawnionych wysięków w opłucnie, których dokładnie opróżnić niepodobna z uwagi na możliwość wywołania odmy przygodnej. W tym stanie rzeczy, niewątpliwie, bardziej jest pożądaną wywołana rozmyślnie i systematycznie przeprowadzona odma; mówca, wszelako, nie sądzi, by sposób ten można było stosować częściej już z tego choćby względu, że w omawianej odmianie pleurytu wysięk wsysa się zazwyczaj, po 2—3 krot-nem przekłuciu, samoistnie. Należy, zresztą, być powściągliwym i co do przekłuć samych, gdyż wiemy z doświadczenia, że, po usunięciu wysięku, gruźlica nieraz zaostrza się. Do poglądu tego dołącza się i Barié, który interweniuje jak najrzadziej w obec wylewów opłucnowych natury gruźliczej i za właściwe uważa usuwanie wysięku tam tylko, gdzie tenże wywołuje wybitne zmieszczania serca lub groźne dla życia zaburzenia oddechu. Obecność cieczy, zdaniem mówcy, od-działywa tu nawet dodatnio, uciskając bowiem, unieruchamia płuco i zmniejsza jego czynność, gdy tymczasem nie w porę podjęta punk-cya popędzi tylko naprzód ospały pochód gruźlicy i przyspieszy roz-wiązanie fatalne.

4) Souques. *Zaburzenia oczno-powiekowe w przypadkach gruźlicy szczytu płuc.* U 3-eh chorych zauważono nieprawidłowości ze strony narządu wzrokowego, sprowadzające się do zmniejszenia się szpary powiek, skurezu gałki ocznej i zwężenia źrenicy. Żadna ze zwykłych przyczyn, wywołujących tego rodzaju objawy, nie została stwierdzoną, za to wszyscy trzej mieli wyrodniacie przez gruźlicę wierzchołki płuc. Autor czyni zależnemi zaburzenia te od zniszczenia gałązek nerwu współczulnego (irido-dilatateurs), które przechodzą przez rozgałęzienia, spajające pierwszy nerw grzbietowy; ten zaś łączy się bezpośrednio z górnym cul-de-sac opłucny. Możliwym jest, że pachypleuritis, która towarzyszy zwykle gruźlicy wierzchołków, może zniszczyć gałązki te i wywołać powyżej wyszczególnione objawy. (Société médicale des hôpitaux d. 23 maja).

5) Richet i Marcille. *Działanie znieczulające chlorku*

metylu. Najważniejszą stroną dodatnią środka tego jest jego bezwzględna nieszkodliwość w stosunku do serca, niezależnie od wysokości dawki. W przeciwieństwie do chloroformu, który wywołuje porażenia serca jednocześnie niemal z zatrzymaniem oddechu lub wcześniej jeszcze, otrzymujemy po zastosowaniu zabójczej dawki chlorku metylu paraliż oddechowy na 7—8 minut przed wyczerpaniem serca. Dla tego też niemożliwym jest zatrzymać tą drogą działalność serca u poddanego doświadczeniu zwierzęcia, gdyż syncope oddechowe przeskadza zatruciu rozszerzyć się na mięsień sercowy. Niedogodną jedynie dla chirurga byłaby ta okoliczność, że trudno jest osiągnąć za pomocą omawianego środka zwióczenie mięśni zupełne. (Société de biologie 24 maja).

6) Comby. *Leczenie płasawicy dużemi dawkami antypiryny lub arseniku*. Dla dzieci od lat 10 autor zaleca na początek 5,0 antypiryny w dawkach jednogramowych; dawkę codzienną powiększa się o 0,5 w stosunku do jednego roku. Aby uniknąć objawów zatrucia (wysypka, nudności, bezmocz i t. p.), możliwych w następstwie dawek tak wysokich, dzieci powinny leżeć i pić obficie; pożyteczną jest też bardzo dyeta mleczna. W ciężkich postaciach płasawicy, nie ustępujących pod działaniem antypiryny, wskazany jest arsenik, lecz nie w postaci preparatu Fowler'a, a jako skoncentrowany roztwór Boudin'a. 8-letniemu dziecku można dać od razu 10,0 solutionis B., jeden raz na dzień, przyczem ilość tę rozpuszcza się w 120,0. Jeżeli lek ten dzieci znoszą dobrze, dawkę powiększa się codziennie o 5,0 i, doprowadziwszy ją do 30,0, zmniejsza stopniowo o 5,0 codziennie, powracając do 10,0. Od chwili tej wykonać należy przerwę czasową. (Soc. méd. des hôpitaux 30 maja).

7) Souques. *Choroba Raynaud'a natury histerycznej, wyleczona przez suggestyę pośrednią*. Autor przedstawia 27-letniego mężczyznę, który od lat 15, na skutek trudnych do zagojenia ran obu dłoni miewał po kilka razy dziennie na tychże paroksyzmy miejscowe. Napady te sprowadzały się do wystąpienia sinicy, uczucia chłodu i mocnych bólów, przy jednoczesnej anestezji kończyn; nadto ciepłota obniżała się podczas napadu o 1—5°. Podczas badania stwierdzono istnienie wielu stygmatów histerycznych. Choremu dano do wewnątrz pigułkę z błękitu metylenowego, zawiadamiając go jednocześnie, że owo sine zabarwienie rąk przejdzie mu do moczu. Jakoż od chwili tej barwa i ciepłota kończyn pozostały prawidłowe. (Soc. méd. des hôpitaux 6 czerwca).

8) Nélaton. *Leczenie zeszywnień kostnych biodra za pomocą wstawienia płatu mięśniowego*. U dwóch chorych, dotkniętych kostnem zeszywniem biodra, Nélaton zastosował metodę nie nową, wprawdzie, lecz używaną rzadko, zwaną przestawieniem płatu mięśniowego. Przypadek pierwszy dotyczył kobiety z istniejącą od 18 miesięcy ankilozą kostną lewego stawu biodrowego, zależnie od gościa. Po uwolnieniu główki udowej i pogłębieniu jamy kłykciowej (cavitas cotyloidea), autor przesunął tamże zapożyczony płat z mięśnia naprężającego powięź szeroką. Po upływie 6 tygodni od operacji pacjentka zaczęła chodzić, obecnie chodzi tak, jak gdyby miała wro-

dzone zwicnięcie biodra. W spostrzeżeniu drugim dokonano tej samej operacji, tu jednak, na skutek wadliwego zastosowania aparatu, chory dostał porażenia mięśni wyprostnych stopy i ostatecznie, choć ruchomość w stawie biodrowym została odzyskana, chodzi tak źle, jak i przed zabiegiem.

Omawiając metodę powyższą, *Quenu* dodaje, że nie dawno dokonał podobnej operacji na łokciu. Młoda dziewczyna, po złamaniu łokcia prawego, nabrała się tamże ankiłozji. Rezekcja, wykonana głównie na wyrostku łokciowym, dała wynik niedostateczny, w obec czego uskuteczniło rezekcję na przestrzeni rozległej i między powierzchniami kostnymi ulokowano wiąz przedni, oddzielony skrobaczką i umocowany od tyłu kilkoma szwami. Z czasem otrzymano sprawność kończyny całkiem wystarczającą. *Lucas—Championnière*, uznając w zasadzie racjonalność zalecanego przez *Nélaton'a* ręko-czynu, mniema, że dla łokcia, przynajmniej, zakładanie części miękkich jest zbyt ciężkie, polegające głównie na wczesnem wyrabianiu ruchów. *Tuffier* zapobiega zeszczywnieniu górnego końca ramienia w ten sposób, że po wyrezekowaniu główki, utrzymuje warstwę chrzęstną, przymocowaną szwami z katgutem do kikuta kostnego. Naturalnie, chrząstkę należy odpreparować uprzednio od główki ramienia. (*Soc. de chir.* 18 i 25 czerwca).

9) *Weiss* (z Nancy). *Zapalenie otrzewny na skutek przedziurawienia pochwy i zastrzyknięcia sublimatu do jamy brzusznej.* Ostre zapalenie otrzewny wystąpiło tu u ciężarnej w 4-y miesiąc. Autor wezwany został w 48 godzin po wystąpieniu objawów pierwszych. W przebiegu dokonanej bezzwłocznie laparotomii znaleziono rozlaną w otrzewnie sprawę zapalną, przyczem perforacja istniała w zagłębieniu *Douglas'a*. Zabieg ograniczono do wprowadzenia drenu i zastrzyknięcia roztworu soli. Pomimo nader ciężkiego przebiegu operowana wyzdrowiała; poroniła we dwa dni po laparotomii. (*Soc. de chirurgie* 18 czerwca).

10) *Rochard*. *Zabiegi w przypadkach niedrożności kiszek, zaważonej przez kamień żółciowy.* W przypadku pierwszym 79-letnia kobieta poddana została laparotomii ze względu na objawy niedrożności, istniejące od dni kilku; w jednej z pętli kiszkowych autor wyczuł ciało obce. Pętlę wyciągnięto na zewnątrz i po rozcięciu tejże wyjęto duży kamień żółciowy. W przypadku drugim dokonano operacji również u kobiety starej; ostatnia nie doświadczyła nigdy przedtem kolki wątrobowej, kamień i tu dawał się wymacać, lecz zawierającej tenże pętli jelita nie można było wydobyć i ciało obce wypadło przesunąć aż do pętli dostępnej. Operowana zmarła przy objawach rozlanego zapalenia otrzewny, do czego przyczyniło się zapewne uszkodzenie ścian kiszki, możliwe podczas przepychania kamyka. W dyskusji *Routier* i *Reynier* przytaczają tego rodzaju własne przypadki, również zakończone niepomyślnie, *Terrier* radzi w tych razach zajęć pętlę kiszkiową rezekować, *Tuffier* omawia jedno spostrzeżenie, w którym stenoza kiszki zależała również od

uwięzienia kamyka. Śmierć nastąpiła we 26 godzin po zabiegu; również szybko zmarł operowany w obserwacji Ricard'a.

11) Quénu. *Wyniki operacji wycięcia odbytnicy drogą brzuszną-krokową.* Autor przytacza wyniki operacji siedmiu, z których jedna dała zejście niepomyślne. U jednej z sześciu chorych pozostałych nawrót nastąpił dość wcześnie w okolicy wątroby, druga zmarła na udar mózgowy w trzy lata i cztery miesiące po operacji, przyczem na oględzinach pośmiertnych nie stwierdzono ani śladu nawrotu. Trzecią operowaną autor widział w 18 miesięcy po zabiegu: cierpi na nietrzymanie moczu w stopniu nieznacznym oraz od czasu do czasu doznaje bólów brzucha; zresztą, podczas badania przez pochwę u pacjentki owej nie wykryto nic podejrzanego. Czwarta, operowana przed trzema laty, jest wolną od recydywy do chwili obecnej; dwie ostatnie już od lat czterech są zdrowe. Dodać należy, że u wszystkich tych pacjentek zmiany nowotworowe przed operacją były wybitnie posunięte naprzód.

12) Terrier. *Wycięcie nerki na skutek bąblowca tejże.* Dr Pluyette z Marsylii leczył chorą, u której postawił rozpoznanie wodocięza. Po wykonaniu laparotomii bocznej znaleziono guz, który, jak przekonano się po przekłuciu, był bąblowcem. Zanik nerki, którą wycięto, był nader wydatny. W dalszym ciągu operujący wykrył, że pęcherzyk chory zawiera kamyki, w obec czego za jedną drogą dokonano choleystotomii, poczem zaszyto pęcherzyk. Wynik obu operacji był doskonały, pacjentka wyzdrowiała.

13) Albarran. *Polip gruczolakowaty cewki, sterzący do pęcherza.* Za pomocą cięcia nadłonowego mówca usunął guz niewielki, stwierdzony na wysokości wylotu cewki, po stronie lewej, przyczem tenże przez nowotwór zasłonięty był zupełnie. Podczas badania za pomocą wziernika otrzymano wrażenie, jak gdyby miano do czynienia z nowotworem pęcherza. Jakoż po rozcięciu ściany tego narządu przekonano się, że szypuła guza wyrastała z końcowej części cewki. Badanie pod drobnowidzem wykryło, że był to gruczolak bez domieszki pierwiastków natury rakowatej.

14) Poirier. *O niedostateczności samego tylko otwarcia ropnia w terapii zapalenia wyrostka robaczkowego.* W przypadku autora otworzono zbiornik ropy na trzeci dzień po wystąpieniu na jaw sprawy zapalnej, na sam jednak wyrostek nie zwrócono większej uwagi. Osiągnięta po operacji ulga była natychmiastową, ale rana nie zagoiła się; co więcej, otrzymano trzy razy nawrót cierpienia. W tym stanie rzeczy, skorzystawszy z czasowego uspokojenia się objawów zapalnych (appendicitis), dokonano ekstyrpacji wyrostka robaczkowego, nawiasem mówiąc, nader mozolnej. Okres pooperacyjny, zakłócony wtórnem wytworzeniem się ropnia i długotrwałą przetoką kałową, zakończył się, wreszcie, pomyślnie; kuracja jednak ciągnęła się przeszło 18 miesięcy. (Soc. de chirurgie d. 16 i 23 lipca).

15) Cerné (z Rouen). *Ciało obce, pozostające w żołądku od lat dziesięciu.* Ciałem tem była łyżeczka, która poruszała się swobodnie w jamie żołądka, nie wytworzyła zmian żadnych na jego ścianach i nie wywoływała idocznych dla pacjenta zaburzeń. Za pomocą la-

parotomii bocznej, wykonanej przez mięsień prosty, na wysokości dzielącej chrząstki żebrowej, ciało obce wydobyto na zewnątrz. (Soc. de chir. d. 30 lipca).

K. Niedzielski.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1grudnia 1902 r.

(HO) Jak donoszą pisma codzienne komisya, zajmująca się kwestyami poprawy szpitalnictwa, podała wnioski, dotyczące polepszenia bytu służby szpitalnej i tem samem zachęcenia jej do większej sumienności w wykonywaniu obowiązków. Nie wiemy jaki jest skład tej komisji i czy wogóle obecnie jaka komisya obraduje nad szpitalnictwem. Dużo odnośnego materiału dostarczyły przed kilku laty narady lekarzy szpitalnych — w oczekiwaniu spodziewanej reformy ustawy szpitalnej. Być może, że są to echa ówczesnych opracowań, ale dalekie bardzo.

Nie możemy oczywiście sądzić o doniosłości wniosków „komisji“ w całej ich rozciągłości, przytoczone jednak przez pisma (np. Kurjer Codzienny 24 paźdź. r. b.) szczegóły, dowodzą, że rzecz nie jest traktowana podstawowo i że nie uwzględnione są żądania, jakie, o ile pamiętamy, były wypowiedziane na obradach ordynatorów szpitalnych.

Według wniosków „komisji“ ustanowione być mają dodatki do pensji, odznaczania (żetony, medale), nagrody pieniężne, urlopy z zachowaniem pensji, zasiłki jednorazowe, przywilej pierwszeństwa w umieszczaniu niezdolnych już do pracy w przytułkach dla sług i wyrobników, wreszcie odczyty dla służby szpitalnej z obrazami niknącemi.

Przytem zaprojektowała komisya, aby uwalnianie i przyjmowanie służby szpitalnej odbywało się tylko za zgodą starszych lekarzy szpitali.

Wszystkie te sposoby i środki są tylko półśrodkami albo ćwierć i mniej środkami, które nie sięgają do istoty rzeczy.

Podstawą reformy obsługi szpitalnej musi być jej rozdział: na służbę, spełniać mającą zwykłe porządki na salach, i na służbę dla specjalnej obsługi chorych. Przy łączeniu tych dwóch obowiązków razem wyszkolenie dobrej służby oddziałowej nigdy się nie uda. Na każdym poziomie zarysowuje się potrzeba specjalizacji. Możliwym zaś było by to do przeprowadzenia przy wzmocnieniu stosunku służby do liczby chorych i przez powiększenie jej płacy. Przy dzisiejszem średnim wynagrodzeniu — 4 ruble do 5 miesięcznie otrzymuje się do służby szpitalnej ludzi albo wykolejonych, albo początkujących w zawołzie i uważających szpital za pierwszy jego szczebel. Tylko za dobrą zapłatą można mieć rzecz dobrą i tylko wyższe zasługi mogą utrzymać na stałe dobrego pracownika. Trudno chyba się łudzić,

aby mogła to sprawić nadzieja żetonu lub medala, albo odczyt z obrazami niknącemi.

Za najważniejsze uważamy we wnioskach „komisyi“ przebłytski myśli o ubezpieczeniu służby niezdolnej już do pracy — ale sposób przeprowadzenia jej w życie wydaje się bardzo niepewnym. Przywilej pierwszeństwa w przytułku dla sług i wyrobników, w instytucyi samej przez się nie wystarczającej, może siłą faktów — np. z powodu braku miejsc — pozostać *pium desiderium*. nie jest więc korzyścią bezwzględna. Przytem sądząc z obietnic na przytułek ma się na widoku tylko wiek, a nie nieudolność np. z powodu choroby, kalectwa; tacy inwalidzi nie mają prawa na miejsce w omawianych przytułkach.

Myśl o samodzielnem zabezpieczeniu na starość służby szpitalnej jeszcze okazuje się przedczesną, tembardziej taką być musi troska o zabezpieczenie jej na wypadek nieudolności do pracy spowodowanej przez sam charakter służby — łatwą możność zarażenia się przez obcowanie z chorymi na choroby zaraźliwe, wypadki w prosektoryach i t. p.

Tymczasem zabezpieczenie tej właśnie kategorii wypadków nieudolności należy poniekąd do obowiązku zarządów szpitali — jako chlebowodawców — według analogii obowiązków fabrykantów względem swych pracowników. Sprawę tę z powyższego punktu widzenia poruszył świeżo d-r Arapow w Gazecie Botkina (№ 39). Odnośny wyjątek z prawa (par. 1470 i 1495 ułoż. o nak. po razjasn. Senata) brzmi, że chlebowawcy przedsiębiorcy są odpowiedzialni: „za przyczynienie śmierci, uszkodzeń cielesnych i uszkodzenie zdrowia służących, jeżeli tylko nie stało się to wypadkowo, nieprzewidzianie, wskutek błędu lub podejścia“.

Otóż statystyka częstości zarówno t. zw. przypadków nieszczęśliwych jak i chorób zawodowych wykazuje pewną prawidłowość, która je wyklucza z końcowego zastrzeżenia. Niezawodnie skrzętne poszukiwania wykazałyby podobne stosunki i w życiu służby szpitalnej — będącej więcej, niejako profesjonalnie, narażonej na choroby niż inni mieszkańcy — i określiłyby obowiązki zarządów miast, rad szpitalnych i t. d. względem służby szpitalnej, do którego dzisiaj się nie pozuwają.

D-r A r a p o w sądzi, że najłatwiejszym sposobem wprowadzenia tej myśli w życie byłoby ubezpieczenie służby szpitalnej na wypadek choroby, nieudolności i śmierci — w istniejących już towarzystwach ubezpieczeniowych, jak to zresztą robią dość często fabrykanci.

Przykłady takiego postępowania, chociaż tylko czasowe, — bywały już w Rosyi — tak np. w czasie epidemii cholery ziemstwa Saratowskie zabezpieczyło na życie wszystkich studentów-medyków, którzy przyjmowali udział w walce z epidemią. U nas sprawę tę poruszał kol. Szwajcer; starał się mianowicie o ubezpieczenie przez pośrednictwo Rady dobroczynności Publicznej ordynatorów szpitala S-go Stanisława, szczególnie narażonych ze względu na przeznaczenie tego szpitala.

Projekt kol. S z w a j c e r a znalazł nawet uznanie i poparcie

Rady, a nie przyszedł do skutku z powodu niemożności do porozumienia z towarzystwem askuracyjnem, do którego się zwrócono wtedy.

Wobec przychylnego usposobienia Rady nie należało by zamiaru porzucać a przeciwnie rozszerzyć go na niższy personel służby szpitalnej i to nietylko szp. S-go Stanisława, ale i innych szpitali. Mamy wszakże nie jedno towarzystwo ubezpieczeń w Warszawie.

Może wiadomość o poruszeniu tej kwestyi przez d-ra A rap o w a w Petersburgu i przyjazne usposobienie dla niej w sferach lekarskich i oficjalnych—będzie pobudką do wprowadzenia jej na porządek dzienny i u nas.

(OH) Otrzymałiśmy anons „zakładu chemiczno-parowego dezynfekcy i czyszczenia“ parowego wraz z kopia ekspertyzy higienicznej, którą poniżej przytaczamy dosłownie.

„Ekspertyza higieniczna, dotycząca pierwszego warszawskiego zakładu chemiczno-parowego dezynfekcy i czyszczenia pierzy i puchu. Badania bakteryologiczne pierzy przeznaczonych do czyszczenia i dezynfekcy a następnie pierzy, które już zostały oczyszczone i dezynfekowane w powyższym zakładzie za pomocą maszyn parowych L. H. Loreha. Wyniki naszych badań bakteryologicznych były następujące. Dokonano trzech prób a mianowicie: I. Próby po oczyszczeniu i dezynfekcy. II. Próby przed oczyszczeniem i dezynfekcją. III. Próby badania nieczystości odeszłych z pierzy. Każdą z tych prób w ilości 10,⁰ pomieszczono w kolbach Erlenmeyer'a z wodą dystylowaną przedtem wyjałowioną a następnie oziębioną. Kolby z wodą i pierzami dobrze kłócono w przeciagu 24 godzin, a następnie zcentryfugowano. Otrzymany osad z każdej kolbki oddzielnie przeszedziono na płytki Petry'ego i w probówkach z agarem gliceryno-surowicznym z bulionem, żelatyną i na kartoflach, pomieszczono w termostacie przy 37^o C. Probówki i płytki Petry'ego z żelatyną postawiono w zwyczajnej pokojowej ciepłocie. Już po 24 godzinach z osadu we wszystkich trzech próbach pierzy rozwinęły się kolonie, które po dniach 3, 4-ch rozpatrywane pod mikroskopem wykazały: W próbie 1-ej, to jest w pierzach po wyczyszczeniu i dezynfekcy, *nie znaleziono żadnych bakteryi chorobotwórczych ani też ich zarodków*. Zaś w próbie 2-ej i 3-ej znaleziono prócz lasecznika silnego *kokki, diplokokki, streptokokki, staphylokokki, laseczniki dyfterytyczne i laseczniki gruźlicze*. Widzimy zatem, że gdy w pierzach niepoddanych czyszczeniu i dezynfekcyi można z całą ścisłością wykazać zarzki chorobotwórcze, to natomiast w pierzach oczyszczonych i dezynfekowanych nie znaleźliśmy żadnych tworów chorobotwórczych ani też ich zarodków.

Podpisano:

Dr. Leon Nencki. Dr. H. Dobrzycki. Dr. Tchórzniński.“

Ekspertyza powyższa dowodzi dwóch faktów: primo, że zjawiają się zakłady przemysłowe, pragnące postawić swą działalność pod kontrolę nauki, i secundo, że bakteryologia w Warszawie, dotąd więcej teoretycznie badana, wchodzi, dzięki świeżym badaczom, w fazę wykazywania jej zdobyczy dla celów praktycznych.

Przedsięwzięte badania, jak tego zresztą należało się spodziewać, wykazały, że w pierzach przechowywuje się mnóstwo różnych drobnoustrojów; w szczęśliwie zaś wychwyconej próbie dała sobie jakby rendez-vous cała garstka drobnoustrojów chorobotwórczych: „oprócz lasecznika silnego (sic!) kokki, diplokokki, streptokokki, staphylokokki, laseczniki dyfterytyczne i laseczniki gruźlicze“.

Chciało by się prawie wykrzyknąć, szkoda że choleryczne i dżumowe nie dopisały. Ale za to w braku tych potężnych były „laseczniki silne“.

Żałujemy, że nie podano, skąd pochodziły owe pierze, czy z zjaskiej starej poduszki szpitalnej, czy wprost od gęsi. W ostatnim razie można by prawie na pewno twierdzić, że znalezione laseczniki gruźlicze były lasecznikami gruźlicy ptasiej. Nie potrzebna to wprawdzie specyfikacja, ale ponieważ rozpoznawanie stawiano przez rozpatrywanie kolonii po dniach 3—4 pod mikroskopem, można by było i ten szczegółik uwzględnić.

Po tych kilku uwagach zaznaczymy jeszcze raz skonstatowany powyżej fakt, że bakteriologia schodzi u nas na... nowe tory.

—z— Dnia 10 Stycznia 1903 roku otwarta będzie w Łodzi na korzyść miejscowego Pogotowia Ratunkowego Wystawa Hygieniczno-Spożywcza, mająca na celu przedstawienie całokształtu higieny żywienia. W tym właśnie zakresie pożądanem jest nadesłanie do działu naukowego tablic i okazów w kwestyi odżywiania niemowląt, domowych sposobów pasteryzacji mleka, żywienia ludu, różnych sposobów przyrządzania pokarmów, stanu kuchni publicznych (dla ludu, dla chorych), stanu wody do picia i odnośnych filtrów, sposoby usuwania i niszczenia odpadków, stanu higienicznego rynków, kontroli produktów spożywczych, higieny jatek i sklepów spożywczych, urządzenia rzeźni i sposobów bicia bydła, w różnych stronach kraju, w ogóle w kwestyi przemysłu w zakresie spożywczym lub związanym z higieną kuchni i żywienia.

Prócz tego wystawa ma na celu zgrupować kolekcje doborowych materiałów surowych i przetworów spożywczych, oraz produkcji w oczach publiczności (cukrownictwo, mleczarstwo, pszczelnictwo, serowarstwo i t. d.) a to w tej intencji, aby uczynić wystawę pouczającą.

Zbiorowe opracowanie tych ważnych kwestyi i wykazanie ujemnych i dodatnich stron może mieć niezmiernie doniosłe znaczenie w kierunku zdrowotnym i ekonomicznym dla rozwoju całego kraju. Adres: Pogotowie Ratunkowe w Łodzi, Spacerowa Nr. 11.

—z— 23 z. m. otwarto w Zakopanem sanatorium dla suchotników w obecności władz miejscowych i licznych lekarzy. Nowemu zakładowi życzymy jeszcze raz pomyślnego rozwoju.

—z— Wyszedł z druku, jak corocznie, *Kalendarz lekarski*, wydawany przez J. P o l a k a, na r. 1903. W r. b. większy znać postęp w układzie kalendarza, który prócz zwykłych działów zawiera: szkoły lekarskie, podział środków lekarskich najczęściej używanych, wska-

zówki dyetetyczne, kilka notatek z higieny, ławki szkolne oraz 4 notatniki etc.

Gdyby wydawca dał jeszcze dane cyfrowe z anatomii, fizjologii i chemii, wydawnictwu, jak zwykle, wydanemu wytwornie i starannie nic byśmy nie mieli do zarzucenia.

Nie wątpimy, że, jak i lat innych, kalendarz wyczerpie się wkrótce.

—z— Kol. Stan. Orłowski, członek naszej redakcyi, został mianowany ordynatorem szpitala Ewangelickiego.

—z— Pisma codzienne donoszą, że powołano komisję do opracowania projektu pomocy lekarskiej dla wsi. Nie posiadając danych konkretnych z narad komisyi, przypominamy, że w r. 1898 Kronika sprawę tę poruszała systematycznie i podała wszystkie projekty, poświęcone tej sprawie pałacej. Do tego rocznika odsyłamy czytelników.

Z M A R L I.

D-r Wacław Żyliński w wieku lat 32, dnia 16 listopada we wsi Niedzingi (gub. Wileńska).

D-r Bronisław Grabowicz, dnia 1 listopada r. b. w Chicago, w wieku lat 39.

Od Administracyi.

Upraszamy pp prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na r. 1903 oraz uregulowanie zaległej prenumeraty.

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

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

KAPSKA LUBSKA
CAPSULES

Libanol-Boisse

(po 0,3).

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

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

Apteka H. Biertümpfla

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

JEDYNE PRZEDSIĘBIORSTWO

DEZYNFEKCYI

Mieszkań i Rzeczy

z bakteriologicznym badaniem
prowizora farmacyi

Jana Zawadzkiego

33 Mokotowska 33.

2100 Telefon 2100.

Dezynfekcyja mieszkań trwa 5 godzin.

Za każde 80 metrów sześciennych przestrzeni liczy Rb. 5.