

GAZETA LEKARSKA

T R E S C. I. ANTONI RYDYGIER. Kilka słów o wydobywaniu ciał obcych z przełyku Str. 1135. II. C. BARSZCZEWSKI. Zastosowanie promieni ROENTGEN'a w klinice chorób wewnętrznych. Str. 1139. *Dział sprawozdawczy.* 164. CHOLCOW. Leczenie chirurgiczne przerostu gruczołu krokowego. Str. 1143.—165. BRAMANN. O wszczepianiu gruczołu tarczowego przy obrzęku śluzowym i matołectwie. Str. 1144.—166. FROELICH. Leczenie zwłchnienia wrodzonego w stawie biodrowym u dorosłych. Str. 1145.—167. RITTER. Leczenie ostrych spraw ropnych zapomocą częstych nakłuć. Str. 1145. *Przegląd bibliograficzny.* BRONISŁAW ZIEMIŃSKI. Zarys okulistyki. Oceniał KAMOCKI. Str. 1146. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Posiedzenie dnia 30-go czerwca 1909 r. Str. 1147. I-y Zjazd Neurologów. Psychiatrów i Psychologów Polskich. Posiedzenie wtorkowe poobiednie. Str. 1149. Posiedzenie śródowne ranne. Str. 1152. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. KILKA SŁÓW O WYDOBYWANIU CIAŁ OBCYCH Z PRZEŁYKU.

Według wykładu w Tow. Lek. Lwowskiem

Podał

Dr Antoni Rydygier,

I. asystent kliniki chirurgicznej we Lwowie.

Ciała obce, uwiązłe w przełyku, nie należą bynajmniej do rzadkości patologicznych. Jeżeli więc przedstawiam przypadek tego rodzaju z naszej kliniki, to właśnie dlatego, że wypadki te nieszczęśliwe, właśnie wydarzające się często i bardzo niebezpieczne, nadto wymagające szybkiej pomocy, zajmować muszą w wysokim stopniu uwagę każdego lekarza. Dodać należy, że właśnie w ostatnim czasie coraz to częściej i natarczywiej odzywają się głosy, potępiające wszelkie przyrządy dawnego typu, a zachwalające jedynie wyjmowanie przy pomocy ezofagoskopu, jak np. LUNZER ACH, który wypowiedział zdanie, że używanie innych przyrządów, nie ezofagoskopu, należy uważać za wielki błąd w sztuce lekarskiej. Metoda ta jest mało dostępna, bo przecież nie można od każdego lekarza wymagać ani specjalnej wprawy, potrzebnej do ezofagoskopowania, ani posiadania tak drogiego przyrządu, do użycia którego może będzie miał sposobność raz na lat kilka. Stanowczo zaś nie jest w interesie chorego, żeby go w każdym przypadku odsyłać do specjalisty, a są i takie przypadki, w których stan chorego wymaga koniecznie natychmiastowej pomocy, a tej udzielić mu może i powinien każdy lekarz,

na miejscu się znajdujący. Toteż w klinice naszej, hołdując zasadzie tak często przez ojca mego wypowiedanej: „najprostszymi środkami osiągnąć najlepsze wyniki, powinno być ideałem także i chirurga“, używamy spokojnie obok ezofagoskopu często i chętnie także przyrządów dawnego typu, specjalnie koszyka GRAEFE’go, żeby studentom—a przyszłym lekarzom—pokazać, że przy dobrej technice i tem prostym narzędziem w największej liczbie przypadków można wydobyć ciała obce z przełyku, i żeby ich tej dobrej techniki nauczyć. Wszakże i przy pomocy ezofagoskopu nie wszystkie ciała obce z przełyku można wydobyć, jak to przyznają i najgorliwsi jego zwolennicy [BLAUER i ACH podają na 16 udanych ekstrakcyi aż 12 nieudanych], jak tego dowodzi także właśnie własny przypadek KADER’a ¹⁾, przy którego przedstawieniu tak ostro potępił przyrządy dawnego typu, jak tego nareszcie dowodzi i nasz oto tu przypadek, w którym przecież bez wątpienia wprawni specjaliści w klinice JURASZA ani dojrzeć nie mogli ciała obcego z powodu obrzęku błony śluzowej na okolo niego, a tem mniej go uchwycić i wydobyć. W tym przypadku nie kusiliśmy się wcale próbować wydobyć cia zapomocą koszyka z powodu dłuższego trwania uwięźnięcia, ale są znane i takie przypadki, gdzie po nieudanej próbie przy pomocy ezofagoskopu wydobyto uwięzłe ciało obce koszykiem GRAEFE’go [patrz np. 5 ty przypadek DANIELSEN’a ²⁾ z kliniki wrocławskiej].

W największej liczbie przypadków zatrzymuje się ciało obce połknięte w górnej części przełyku w okolicy chrząstki pierścieniowej, a więc w miejscu dla wybadania go i wydobycia ezofagoskopem najmniej dogodnem. Jeśli bowiem przypomnimy sobie, że prawie wszystkie ezofagoskopy wprowadzamy początkowo bez kontroli wzroku i dopiero w dalszym ciągu wsuwamy je głębiej, już patrząc to łatwo zrozumiemy, że mimo największej wprawy trudno poznać, czy nieco większy opór w tem miejscu pochodzi od ciała uwięzłego, czy też jest naturalnym oporem w miejscu chrząstki pierścieniowej. A jest to właśnie miejsce, w którem w 60—90% przypadków ciała obce się znajdują. Przy wprowadzaniu więc ezofagoskopu albo popchniemy ciało głębiej [KADER], albo, w razie gdy mocno utkwilo, zranimy przełyk, albo wreszcie narzędzie przesunie się obok szukanego przedmiotu, co będzie najmniej sztem złem.

Dlatego też HACKER nazwał początek przełyku „miejscem, którego lusterkiem krtaniowem już nie widzimy, a ezofagoskopem jeszcze nie widzimy“. Co do rozpoznania uwięźnięcia ciał obcych w przełyku, to niezawsze możemy polegać na wywiadach, ponieważ najczęściej chodzi o małe dzieci, dorośli zaś również mają nieraz uczucie ciała obcego w gardle, pomimo, że już ono opuściło swoje poprzednie miejsce, podobnie jak to bywa przy ciałach obcych w worku spojówkowym. Obmacywanie przełyku od strony szyi pozwo-

¹⁾ Przegląd Lekarski 1909, str. 611.

²⁾ Deutsche med. Wochenschrift 1908, Nr. 50.

li nam nieraz wyczuć większy przedmiot, np. pieniądz, jeżeli znajduje się w najwyższej jego części.

Stosunkowo dobrym sposobem jest badanie zapomocą sondy elastycznej, zakończonej kulką czyto metalową, czyteż kościaną, gdy miękka sonda żółdkowa najczęściej wyminie ciało obce, nie dając nam pojęcia o jego położeniu. Najlepszym może środkiem rozpoznawczym jest fotografia promieniami ROENTGEN'a, nie będąca dla chorego wcale uciążliwą, a dająca prawie w każdym przypadku dodatni wynik nie tylko co do stwierdzenia obecności ciała obcego w przełyku i jego w nim umieszczenia, lecz także pouczająca nas o kształcie danego przedmiotu. Nie trzeba tylko zadowalać się samem prześwietlaniem na ekranie, lecz w każdym przypadku robić także fotografię na płycie i to w kierunku z boku na bok, bo przy kierunku strzałkowym, jak doświadczenie poucza, gorzej występują połknięte przedmioty. Nie można zaprzeczyć, że ezofagoscopia w ręku odpowiednią wprawę mającego badacza da również dobre i pewne wyniki, o ile nie będzie chodziło o sam początek przełyku, o czem zdanie tak wybitnego ezofagoskopisty, jak HACKER, już przytoczyliśmy. Nadto badanie ezofagoskopem jest dla chorego bardzo przykre, tem bardziej, że tkwiące w przełyku ciało obce jeszcze je czyni nieznosienszem, co nas może nawet zmusić do ezofagoskopowania w uśpieniu; jeśli zaś chodzi o małe dzieci, to może też niepropozycya między wielkością narzędzia a małenkością badanego przełyku stanąć na przeszkodzie, chociaż dzieci do lat ośmiu mają stosunkowo bardzo szeroki i rozciągliwy przełyk, i znane są przypadki połknięcia w tym wieku tak znacznej monety, jak talar [SEBILEAU].

Jeśli stwierdzimy ciało obce w przełyku, wtedy powinniśmy przyjąć tę samą zasadę, co przy przepuklinie uwiązłej, że nie należy ani chwili czekać, bo zwłóczenie do niczego nas nie doprowadzi, a narazić może chorego na poważne powikłania, jak np. zapalenie śródpiersia (*mediastinitis*) i t. p. Nie mówię już o tem, że sam bezpośredni stan chorego wymaga nieraz natychmiastowej pomocy [duszność].

Znane są przypadki [BURMEISTER, LANGENBECK, ALBERT], w których zdrów zresztą człowiek nagle padał na ziemię i wezwani lekarze rozpoznawali udar mózgowy, tymczasem chodziło o połknięcie zębów sztucznych; w innym przypadku nastąpiła natychmiastowa śmierć z powodu połknięcia dużego kęsa mięsa, w innym wreszcie jedynie szybkie wydobyte protezy z gardła duszącego się chorego uratowało mu życie. Niema wtedy czasu na odsyłanie chorego do specjalisty, wprawnego w ezofagoskopowaniu, lecz wezwany lekarz musi sam czem prędzej działać. I tutaj można się nieraz przekonać o dobroci tych niemodnych dziś narzędzi dawnego typu, t. j. koszyka GRAEFE'go (*Münzenfaenger*) i WEISS'a (*Gractenfaenger*), zakończonego zazwyczaj na jeduym końcu gąbką, na drugim parasolikiem ze szczeciny. Jeśli chodzi o ciała drobne, jak ości i małe kosteczki, to przyrząd WEISS'a, wprowadzony delikatnie i wyciągnięty przy rozszerzonym parasoliku z włosia, najczęściej nam je wydobędzie; przy większych zaś ciałach, jak monety, sztuczne zęby, większe

kostki, należy użyć koszyka GRAEFE'go, a jeśli uczyniliśmy to umiejętnie i delikatnie, to najczęściej zabieg nasz będzie uwieńczony dobrym skutkiem. Należy używać zawsze tylko narzędzia o ruchomym koszyku, bo trafiające się w handlu koszyki nieruchome są znacznie gorsze i grożą nadto czasem uwiąznięciem pod ciałem, tkwiącem w przełyku. Trzeba też wiedzieć i pamiętać, jakie jest działanie koszyka: nie starać się gwałtem od jednego razu wyrwać ciało obce, lecz powolnem pociąganiem z różnych stron starać się znaleźć pozycję najdogodniejszą i wydobyć ciało obce ostrożnie bez użycia wielkiej siły. Mieliśmy w ostatnim dziesiątku lat kilkanaście razy sposobność przekonania się o dobroci tego tak taniego i łatwego w użyciu narzędzia. Stosowaliśmy je zawsze z dobrym skutkiem po krótszych lub dłuższych próbach. Podobnie opisuje DANIELSEN z kliniki KUETTNER'a z Wrocławia przypadek, gdzie próby wydobywania sztucznych zębów zapomocą ezofagoskopu nie udawały się, wobec czego zalecono choremu operację, przed którą ten uciekł ze szpitala, a udał się do kliniki, gdzie bez wielkiej trudności wydobyto protezę koszykiem GRAEFE'go.

Chory, którego Panom przedstawiam, połknął przed pięciu tygodniami w śnie swoje sztuczne zęby i dopiero po upływie trzech tygodni zgłosił się na klinikę laryngologiczną, gdzie go badano ezofagoskopem, lecz ciała obcego z powodu granulacji, których ze względu na długi czas trwania uwięźnięcia nie chciano mijać z obawy zranienia przełyku, nie zobaczono. Podzielając tę zupełnie słuszną obawę, nie badaliśmy również chorego, ani nie próbowaliśmy wydobywania ciała obcego drogą ust, lecz przystąpiliśmy do nacięcia bocznego przełyku i wydobywania ciała tą drogą, co się z łatwością udało. Pierwszego dnia po operacji karmiliśmy chorego przez sondę, założoną na stałe, którą jednak z powodu narzekania chorego, że go drażni i do wymiotów pobudza, nazajutrz usunęliśmy [była to cienka sonda, przez nos założona]. Przez pierwsze trzy dni dostawał chory jedynie ławatywy odżywcze, potem mógł sam płynić połykać, zatykając sobie wacikiem otwór na boku szyi. Obecnie po upływie dwu tygodni rana jest prawie zupełnie zagojona i widzicie Panowie jedynie ziarninę powierzchowną.

Celem mego dzisiejszego przemówienia była obrona koszyka GRAEFE'go, który mi nieraz wielkie oddawał usługi; z drugiej zaś strony nie uważam za słuszne zdanie coraz częściej powtarzane, że jego używanie jest „błędem”; sądzę, że nie każdy przypadek wymaga ezofagoskopii, a w niektórych nagłych, a gwałtownych przypadkach ezofagoskopowanie byłoby wprost szkodliwe dla chorego.

II. Z PRACOWNI DYAGNOSTYCZNO - RENTGENOWSKIEJ DRA CZESŁAWA
BARSZCZEWSKIEGO W WARSZAWIE.

Zastosowanie promieni Roentgen'a w klinice chorób wewnętrznych.

Podał

Dr C. Barszczewski.

Odczyt wygłoszony na I Zjeździe internistów polskich w Krakowie w dniu 20-go lipca 1909 roku z pokazem radiogramów w obrazach niknących.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 50].

Z tych 300, t. j. 60%, spostrzeganych przeze mnie przypadków zwiśnięcia żołądka (*gastroptosis*), ewentualnie zwiśnięcia żołądka wraz z okrężnicą (*gastrocoloptosis*) u zwykłych chorych, jakich my interniści miewamy na naszych ambulansach domowych w godzinach przyjęć, najczęściej widuję przy



Rys. 6.

Badanie kliniczne. M. H. lat 44 mężatka, badana 19-go maja 1909 r. Budowy słabej, wrażliwa łatwo wyczerpuje się przy każdym zajęciu, choruje od 20-u lat i leczy się na nerwy. Zwykle zaparcia stołca, czasami występuje biegunka bez przyczyn widocznych, która pod wpływem ogólnego leczenia przechodzi. **Rozpoz. kliniczne:** *neurasthenia*.

Badanie radiologiczne. Obraz na ekranie fluoryzującym. Prześwietlenie przednio-czołowe w pozycji stojącej, śniadanie bismutowe (15.0 bismutu w szklance kefiru). Żołądek pionowo zwiśnięty *in parte media et pylorica*, obie krzywizny pod pępkiem. **Rozpoz. radiologiczne:** *gastroptosis gravis III ordinis*.

jak zwanej i przez nas lekarzy i przez szeroki ogół publiczności anemi, nie tylko u osób dorosłych, lecz u chłopców i dziewcząt w wieku szkolnymi a nawet u dzieci.

Dalej widuję nie mniej często takie żołądki przy neurastenii, która dzisiaj towarzyszy wszystkim zawodom i wszystkim klasom społecznym, niewyłączając ludu wiejskiego.

Następne miejsce co do częstości zajmuje t. zw. przez szeroki ogół migrena czyli upaite, okresowo powtarzające się bole głowy.

Przy gruźlicy płucnej widuję bardzo często zwisłe żołądki nie tylko w okresach wyraźnych już nacieczeń i poczynającego się rozpadu, lecz i w okresach poczynających się, wstępnych (*phthisis incipiens*).

W przypadkach rzekomej duszniczy bolesnej (*pseudoangina pectoris*) daje się wykryć większe lub mniejsze zwiśnięcie żołądka i okrężnicy.



Rys. 7.



Rys. 8.

Badanie kliniczne. O. J., lat 16, uczennica, badana 11-go czerwca 1908 r. Błada, szczupła, szmery skurczowe serca, huczenie w żyłach,⁹ zawroty głowy, ból w dołku, brak apetytu. Rozpoznanie kliniczne: *anemia chlorosis*.

Badanie radiologiczne. Obraz na ekranie fluoryzującym rys. 7-y *en face* i rys. 8-y z profilu, prześwietlenie w pozycji stojącej, śniadanie bismutowe (15,0 *Bism. Carb.* w szklance kefiru). Żołądek niewielkiej pojemności, pionowo zwiśnięty, obie krzywizny poniżej pępka. Rozpoznanie radiologiczne: *gastroptosis gravis IV ordinis*.

W cierpieniach narządów brzusznych, jak: przy rzekomej kamicy wątrobowej i nerkowej, przy przewlekłych i trudno uleczalnych katarach kiszek, spostrzegałem ptozę żołądka nie mniej często, niż w wyżej wymienionych chorobach.

Według stopnia wszystkie zwiśnięcia żołądka dzielą się na formy lekkie i ciężkie.

Do lekkich form zaliczam pierwsze dwa stopnie i mianowicie te przy-

T A B L I C A I.

300 przypadków *gastroptosis* według poszczególnych chorób.

Dyagnoza kliniczna	Mężczyzn	Kobiet	Razem	%
Anaemia	23	73	96	32
Neurastenia	40	21	61	20
Migrena	22	26	48	16
Gruźlica płuc	32	10	42	14
Rzekoma duszn. serc. .	11	3	14	5
Rzekoma kamica żółc. .	7	13	20	6
Gast. enter. chronica . .	6	5	11	4
Nephrolitiasis	3	5	8	3

T A B L I C A II.

300 przypadków *gastroptosis* według stopnia opuszczenia.

	Lekkie formy		Ciężkie formy	
Stopień	I	II	III	IV
Liczba .	49	100	127	24
%	16	33	42	8

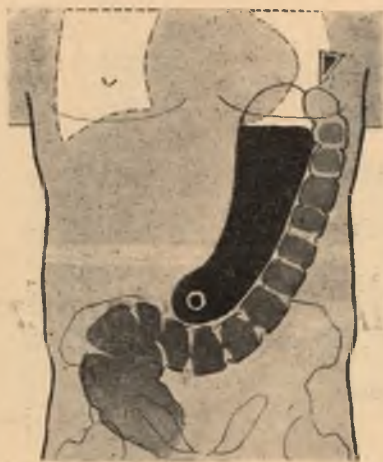
padki, gdzie dolna granica żołądka sięga zaledwie pępka, a właściwiej wysokości grzebieni biodrowych i gdzie dolna granica żołądka znajduje się poniżej, a górna jeszcze powyżej pępka.

Do ciężkich form zaś zaliczam te przypadki 3-go i 4-go stopnia, gdzie obie granice żołądka są poniżej pępka, a właściwiej grzebieni biodrowych i gdzie żołądek dolną granicą sięga spojenia łonowego i niżej w rozpaczliwych przypadkach tego cierpienia.

Takie żołądki pozbawione są wszelkich ruchów zarówno przeponowych, jak i brzusznych, a samoistne ruchy robaczkowe są wielce upośledzone.

Powyżej przytoczone tablice podają w liczbach spostrzeżone fakty według klinicznie dyagnozowanych chorób i stopnia posuniętego zwnięcia.

[Patrz tabl. na str. 1141].



Rys. 9.

Badanie kliniczne. J. K., lat 45, urzędnik, badany 21-go maja 1909 r. Budwy mocnej, dawniej otyły, obecnie schudł. Choruje od lat 10-u na niepokój serca, który od czasu do czasu wzmagą się do ataków duszności, bólu w okolicy serca i ogólnego przerażenia; *purgativa* szybko sprowadzają ustrój do równowagi i o tem chory pilnie pamięta. Ze strony serca i aorty zmian żadnych. Brzuch nieco wzdęty, zwłaszcza w okolicy żołądka, którego dźwięk tympaniczny wysoko podchodzi w lewej połowie klatki piersiowej. Rozpoznanie kliniczne: *pseudoangina pectoris*.

Badanie radiologiczne. Obraz na ekranie fluoryzującym. Prześwietlenie czołowo-przednie w pozycji stojącej. Po 24-ch godzinach po zjedzeniu obiadu bismutowo (talerz kaszy drobnej, gęsto na mleku gotowanej z dodaniem 30,0 bismutu) przy ponownym napełnieniu żołądka bismutem w kefirze (15,0 *B. carb.* w szklance kefiru). Żołądek pod względem kształtu i wielkości dosyć prawidłowy, lecz zwnięty *in parte pylorica* z wybitnie wyrażonym bąblem gazowym *in fundo*. Kątka biodrowo-wątrobowo (*flex. coli hepatica*) poniżej grzebienia biodrowego. Poprzecznicę—*mesocolon* przebiega pod żołądkiem skośnie od prawego dołu biodrowego w lewo ku górze pod samo sklepienie przepony lewej i tu pod kątem ostrym przechodzi w kątka biodrowo-śledzionową—*flexura coli lienalis*, gdzie zbierają się gazy kiszko-we. Trójkąt oznacza miejsce bólu, na który stale chory się skarży. Rozpoznanie radiologiczne: *gastroptosis levis II ordinis c. plosi flexurae coli hepaticae*.

Sz. Panowie! Z przedstawionych tu spostrzeżeń wynika, iż metoda radiologiczna wykazuje zwisnięcie żołądka b. często, a przynajmniej częściej, niż można było przypuszczać; rodzi się więc pytanie, czy ta nowa metoda nie stoi w jawnej sprzeczności z kliniką, a tem bardziej z rzeczywistością i czy sama nie jest na błędnej drodze.

Pierwszy zarzut, z jakim mogę się spotkać, jest ten, że bismut w tych ilościach dawany chorym, może być sam przez się przyczyną zwisnięcia żołądka.

Zarzut ten, mojem zdaniem, nie jest usprawiedliwiony i najprostszy dowód tego służy ta okoliczność, że niekiedy bismut ten z kefirem lub kaszą waży mniej, niż najzwyczajniejsze śniadanie, złożone z 1 szklanki herbaty i choćby 1 tylko bułki. [Śniadanie takie waży 300 grm., śniadanie zaś bismutowe może ważyć 150 grm.].

Drugi zarzut ważniejszej natury, wielokrotnie i słusznie podnoszony przez kolegów w dyskusji ze mną, jest ten, że przy nekroskopii w ogóle nie widzi się tak często gastropnozy, a tem bardziej w tej liczbie, jaką badania moje wykazują.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— * * * —

164. Cholcow. Leczenie chirurgiczne przerostu gruczołu krokowego.

Na podstawie zebranych danych z piśmiennictwa, oraz osobistych spostrzeżeń, autor stawia szereg następujących wniosków:

1. Nie wszyscy chorzy z przerostem gruczołu krokowego podlegają leczeniu chirurgicznemu. W olbrzymiej większości przypadków odpowiednie postępowanie [nie operacyjne] może całkowicie usunąć lub, co najmniej, spowodować do *minimum* zaburzenia, spowodowane przez przerost gruczołu krokowego.

2. Z pośród licznych operacji palliatywnych, proponowanych w prze-roście gruczołu krokowego, należy stosować jedynie przekłucie włosowe pęcherza i nadłonowe jego otwarcie; z operacji radykalnych — wycięcie nasieniowodów i całkowite usunięcie gruczołu krokowego (*prostatectomia*).

3. Przekłucie włosowe [igłą Pravaz'a] pęcherza jest wskazane przy zupełnym lub prawie zupełnym zatrzymaniu moczu, ostrem lub przewlekłym, gdy w żaden sposób nie można wprowadzić cewnika przez cewkę moczową dla opróżnienia pęcherza.

4. Przekłucie włosowe przy moczu czystym stanowi operację zupełnie bezpieczną, którą można kilkakrotnie powtarzać. Nie można jednak bezkarnie stosować tego zabiegu przy moczu mętnym; toteż, jeśli przy 1 m przekłuciu pęcherza mocz okaże się bardzo mętnym, to powyższy zabieg można powtarzać tylko o tyle, o ile przez to uda się zupełnie opróżnić pęcherz, poczem należy wykonać operację mniej niebezpieczną dla chorego — cystotomię.

5. Cięcie nadłonowe pęcherza jest też wskazane w ciężkim porażeniu pęcherza moczowego, umiarkowanym porażeniu miedniczek nerkowych i mięszu nerkowego, przy znacznym krwawieniu i kamicy pęcherzowej.

6. Przed przecięciem pęcherza należy go napełnić, lecz nie płynem, a powietrzem przefiltrowanem, po otwarciu zaś nie tworzyć syfonu [z drenów], a tamponować pęcherz. Napełniając pęcherz powietrzem i tamponując go, unikamy możliwości zakażenia tkanki łącznej w miednicy.

7. Gdy chory wróci do sił po otwarciu pęcherza, należy dokonać operacji radykalnej, aby wznowić opróżnianie się pęcherza *per vias naturales*. Do operacji radykalnej należy się uciekać i wtedy, gdy niema istotnych wskazań do otwarcia pęcherza, lecz istnieją wskazania do operacji radykalnej.

8. Operacja radykalna jest bez porównania mniej niebezpieczna, niż paliatywne leczenie nieoperacyjne z ciągłą katetyzacyą.

9. Należy zarzucić operacyę Bortini'ego, którą do niedawna uważano za jedną z lepszych, wobec wyższości *prostatectomiae*.

10. Wobec wskazań do radykalnej operacji w 1-m okresie przerostu gruczołu krokowego, gdzie przerost jest miękki i równomierny, należy wykonać wycięcie nasieniowodów (*vasectomia*), operacyę zupełnie bezpieczną, w 2-m zaś i w 3-m okresie przerostu i wobec bezskuteczności *vasectomiae* w 1-m okresie—*prostatectomiam*.

11. *Prostatectomia perinealis* przedstawia mniejsze niebezpieczeństwo, niż typowa nadłonowa, zato jednak rzadziej daje pożądaný wynik czynnościowy i niekiedy miewa przykre następstwa w postaci przetok cewkowo-kroczowych, cewkowo-prostnicowych i mimowolne oddawanie moczu.

12. Typowo wykonana *prostatectomia* nadłonowa stanowi, bez wątplenia, operacyę ciężką dla chorego i można ją uważać za bezpieczną tylko u chorych z dobrym odżywieniem i z dobrym stanem narządów moczowych.

13. Wykonana dwuczaso­wo, *prostatectomia* nadłonowa jest na tyle bezpieczna, że łatwo ją znoszą chorzy nawet bardzo starzy, których stan ogólny, jak również stan dróg moczowych włącznie z nerkami jest zły. Okres czasu od utworzenia przetoki pęcherzowej do usunięcia gruczołu krokowego waha się, zależnie od stanu chorego, od 3-ch tygodni do 3-ch miesięcy.

14. Przy wycięciu sterca nadłonowem lepiej usuwać gruczoł razem z częścią stercową cewki moczowej. Zmieniona w powyższy [13] sposób *prostatectomia* nadłonowa jest lepszą od kroczowej.

15. Wynik czynnościowy *post prostatectomiam* zależy nie tylko od usuniętej przeszkody mechanicznej dla oddawania moczu, lecz i od stanu kurczliwości mięśnia pęcherzowego. Toteż przed operacyą należy przez pewien czas dać odpoczynek mięśniowi pęcherzowemu, czemu właściwie czyni zadosyć dwuczaso­wa nadłonowa *prostatectomia*.

(*Russkij Wracz.* 1909, NN. 42, 43).

W. Dobrowolski.

165. Bramann. O wszczepianiu gruczołu tarczowego przy obrzęku śluzowym i matoleństwie.

Za przykładem CHRISTIANI'ego i in., autor w trzech przypadkach obrzęku śluzowego—w dwu z nich jednoczesne matoleństwo—zaszczepił kawałek gruczołu tarczowego, ponieważ pierwiastkowe leczenie przetworami tegoż gruczołu nie dało żadnego wyniku trwałego. Stosownie do rady KOCHERA, wszczepił Br. w szpik kostny, w tej nadziei, że obfity rozwój naczyń i swoistość ich układu prędkiej zapewni odżywianie wszczepionemu narządowi, niż obficie unaczyniona śledziona, gdzie zresztą napotyka się większe trudności techniczne. Autor postępował w ten sposób, że po otwarciu jamy szpikowej w piszczeli na przestrzeni 7-u ctm. wyskrobywał dokładnie szpik kostny z obaażonej jamy

i układał w niej tejże długości kawałek gruczołu tarczowego, świeżo wyjętego u chorej z powodu wola, grubości i szerokości 1 ctm., a następnie zakrywał to szczelnie płatem kostno okostnowym wraz z częściami miękkimi. We wszystkich 3-ch przypadkach wyniki były zupełnie zadowalające: obrzęk powoli zniknął, sfera psychiczna szybko się rozwijała. Czy trwałem będzie działanie tych wszczepionych kawałków gruczołu, za to, oczywiście, ręczyć nie można. To też należy wszelkimi siłami dążyć, aby się udało wszczepiać cały gruczoł przy zastosowaniu szwu naczyniowego; co, zresztą, udało się już Strich'owi dokonać na zwierzętach. Tymczasem zaś musimy się zadowalać możliwością przeszczepiania cząstek tego gruczołu. Jest rzeczą sporną, jaka ma być wielkość i liczba wszczepionych cząstek, jak również i miejsce, gdzie wszczepiać należy. Jedni radzą wiotką tkankę łączną, drudzy—otrzewną, inni szpik kostny, okolicę wielkich naczyń, wreszcie—śledzionę. Na zasadzie osobistego doświadczenia, Br. za najodpowiedniejsze miejsce uważa jamę szpikową.

(*Deutsch. med. Woch.*, 1909, Nr 40).

W. Dobr.

166. Froelich. Leczenie zwichnienia wrodzonego w stawie biodrowym u dorosłych.

Zwichnienie wrodzone w stawie biodrowym u dzieci do 3-ch lat w większości przypadków może być wyleczone w przeciągu 4-ch—5-u miesięcy. Od 3-ch do 7-u—8-u lat wyniki dodatnie bywają jeszcze częste i redukcya bezkrwawa stanowi правило. Co się tyczy osobników starszych, pozostajemy wciąż w okresie poszukiwania nowych metod. FROELICH wspomina o trzech sposobach: 1) ściśle mechanicznym, 2) osteotomii podskrętowej KURMISSON'a, 3) od prowadzeniu forsownem operacyjnem LORENZ'a i REDARDA. Podławszy każdy z tych sposobów ściślejszemu badaniu, autor przychodzi do wniosku, że wszystkie one razem służą tylko, jako środki palliatywne, które sprawiają ulgę choremu, ale go nie leczą radykalnie.

Powstało dążenie do wynalezienia i dla starszych redukcji bezkrwawej, dającej takie świetne wyniki u dzieci.

FROELICH podaje jeden taki sposób, stosowany przez niego w 10 u przypadkach, a mianowicie zalecany na ostatnich zjazdach chirurgii ortopedycznej w Niemczech: Onodzi tu o stały wyciąg, poprzedzający przez dłuższy czas redukcję, ciężarkami, dosięgającymi 50-u kilogramów. Niestety, tylko w trzech przypadkach otrzymał autor względnie dobre wyniki. Doświadczenia w owych 10-u przypadkach wykazały autorowi z jednej strony bezpodstawność odrzekania się pierwszych trzech metod leczenia; z drugiej strony naprowadziły na myśl, kiedy leczenie sposobem czwartym jest możliwe. Wiek nie odgrywa tu wielkiej roli. Pomimo to tylko bardzo niewielka liczba chorych starszych ze zwichnieniami wrodzonymi może korzystać z radykalnego leczenia. Leczenie to może być stosowane z pewnem powodzeniem i bez obawy: kiedy zwichnienie nie przekracza 3-ch ctm. powyżej pauwki, kiedy układ mięśniowy uległ zanikowi i kiedy główka udowa nie jest umocowana. Prócz tego, gdy wyciąg 10—12 - kilogramowy w ciągu 8-u dni nie spowodził opuszczenia główki przynajmniej na 1 ctm., należy wyciągu zaniechać, ponieważ albo chory nie będzie go mógł znosić, albo też może nastąpić porażenie nerwu kulszowego.

(*Revue d'orthopédie*, 1909, Nr 1).

J. Cywiński.

167. Ritter. Leczenie ostrych spraw ropnych zapomocą częstych nakłuć.

Autor stosuje swój sposób od lat czterech. Zachęcony dobrymi wynikami przy leczeniu początkowo niewielkich ropni twarzy i karku, Ritter postanowił

wił wypróbować swój sposób i w przypadkach dużych ropni, powstałych w następstwie zapalenia gruczołu sutkowego, które przy zastosowaniu szerokiego cięcia często zostawiają po sobie długo nie gojące się przetoki.

Autor opróżnia ropień o ile możności przy pierwszym nakłuciu, co udaje się łatwo przy zastosowaniu odpowiedniej grubości igły lub troakaru. Na drugi dzień jama ropnia wypełnia się tylko do połowy i, co najważniejsze, zamiast ropy znajdujemy płyn surowiczy z dodatkiem niewielkiej liczby ciałek ropnych i bez kłacek włókniaka. Jeżeli zrobić nakłucia na trzeci i czwarty dzień, to widzi się, że wysięk staje się czysto surowiczym lub surowiczo-krwawym. Dostateczne jest wtedy powtarzanie nakłucia co drugi dzień, aby otrzymać w przeciągu jednego—dwu tygodni zupełne wyleczenie i to nawet w tych wypadkach, gdy ropnie są bardzo duże. Wyniki otrzymuje się świetne nie tylko z punktu widzenia estetycznego, ale nawet i pod względem czynnościowym; w zapaleniu sutka, na przykład, chora rozpoczyna karmienie na trzeci dzień.

Autor posługuje się swoją metodą z dobrym wynikiem w zapaleniach gruczołów limfatycznych, w zapaleniu pochewek ścięgnistych (*panaritium*), przy leczeniu ropnych zapaleń stawów. W ostatnim przypadku sposób RITTERA zasługuje na wyróżnienie jeszcze z tej racji, że nie daje zeszytnienia stawu, co często się zdarza przy szerokich cięciach, na przykład w zapaleniu stawu kolanowego u dorosłych. W przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowo rdzeniowych RITTER zaleca stosować częściej nakłucia łądźwiowe.

(*Semaine Méd.* 1909, Nr 31).

J. Cywiński.

Przegląd bibliograficzny.

Dr BRONISŁAW ZIEMIŃSKI. *Zarys okulistyki*. Warszawa, 1909, nakładem autora. Str. XII i 410, rysunków 161, kolorowych tablic litograficznych 4.

Kilka przyczyn złożyło się na to, aby okulistykę uczynić piętą Achillesową zawodowego wykształcenia olbrzymiej większości naszych lekarzy praktyków. Wieloletni brak kliniki chorób ocznych w Uniwersytecie warszawskim obok nieodpowiedniego kierunku wykładów, nie liczących się z potrzebami ogólnej praktyki lekarskiej z jednej strony, z drugiej zaś zupełny brak oddziałów ocznych w ogólnych szpitalach naszych, które pomimo opłakanego stanu swego dały możność jednak wyrobienia się na dzielnych praktyków całym szeregom lekarzy, przyczyniły się do zdepopularyzowania okulistyki w szerokich masach lekarzy i zatracenia żywego odczucia związku pomiędzy cierpieniami narządu wzrokowego a chorobami ogólnymi. Przyzwyczajono się uważać choroby oka poniekąd za eksterytoryjalną dziedzinę, w której lekarzowi—praktykowi wolno było być ignorantem, w chorych zaś wyrobiło się przekonanie, że na oczy najlepiej nie leczyć się wcale.

W tak ubogiem, w podręczniki zwłaszcza, piśmiennictwie lekarskiem naszym tem żywiej dawał się odczuć brak książki, któraby zajętemu ogólną praktyką lekarzowi mogła być przewodnikiem w mniej znanej dziedzinie lecznictwa i bez niepotrzebnego balastu okazowej erudycji, dała całokształt wiedzy naszej o chorobach oczu z takim ugrupowaniem materiału, aby codzienne jego potrzeby, jak najprzystępniej i najpraktyczniej wyłożone zostały.

Tak pojąwszy zadanie swoje, jak widzimy z przedmowy, przeprowadził dr Z. plan swój wszechstronnie, stwarzając poniekąd nowy typ podręcznika. W niewielkiej względnie liczbie stron została zawarta niezmiernie obfita treść, doskonale przetrawiona i skondensowana, a jednak co do formy bynajmniej nie sucha. Przytoczenie rozdziałów książki wydaje mi się na tem miejscu zbyt liczne; autor trzymał się ogólnie przyjętego podziału chorób według tkanek oka, z wyjątkiem rozdziału o nowotworach śródocznych, obejmującego nowotwory naczyniówki i siatkówki, dające często jednakowy obraz kliniczny. Pobieżnie tylko zazwyczaj traktowane w innych podręcznikach oględziny oka, badanie dotykaniem, badanie podmiotowe oka, oraz osobny rozdział o leczeniu twardzielą — wdrażają do systematycznego badania i zawierają mnóstwo cennych wskazówek. Dla lekarzy fabrycznych, kolejowych i wojskowych niemniej ważnym jest rozdział o udawaniu wad oka i o kalectwie ocznym z wypadku.

Jedynym, nie zarzutem, ale dezyderatem, jaki mógłbym książce dra Z. postawić, jest brak osobnego rozdziału, omawiającego stosunek chorób ocznych do cierpień ogólnych. Należące tu sprawy wprowadzić w tekst wyczerpująco omówione zostały, a staranny skorowidz ułatwia w tym względzie orientację, osobny więc rozdział o tym przedmiocie byłby właściwie tylko rekapitulacją, niemniej jednak powtórzenie takie wydawałoby mi się ze względów pedagogicznych i pożytecznym i właśnie w książce dla lekarzy praktyków szczególnie potrzebnym. Stosunek wzajemny cierpień oka i ogólnych chorób uwydatniłby się w ten sposób plastyczniej, co ułatwiłoby lekarzom, leczącym te ostatnie, i rozpoznanie i zrobiełoby ich więcej czujnymi na wszelkie powikłania, grożące ze strony narządu wzrokowego.

Książka dra Z. stanowi cenny nabytek piśmiennictwa naszego; obok naukowej zaśluzgi autora, niechaj mi wolno będzie podkreślić i ohywatelską, której dowiódł znacznym nakładem pieniężnym na bardzo staranne pod względem typograficznym wydanie, objaśnione nader pouczającymi rysunkami.

W. Kamocki.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 30-go czerwca 1909 r.

1) BREGMAN przedstawił preparat guza złośliwego z okolicy *foramen occipitale magnum* i przytoczył historię choroby danego przypadku.

2) S. MUTTERMILCH pokazał płyn, pochodzący z torbieli trzustki, oprowadzonej przez SŁAWIŃSKIEGO. Ilość płynu wypuszczonego wyniosła około 10-u litrów, barwa krwista, odczyn alkaliczny. Ciężar gatunkowy 1006, zawartość białka 2,5‰. Odczyn z kw. octowym stwierdza obecność w płynie mucyny [zmętnienie]. Próba MERT'a oraz próba z mlekiem na zaczyn tryptyczny ujemna [próba z mlekiem: do płynu badanego w kolbce dodaje się niewielką ilość mleka, pozostawia na kilkanaście godzin w cieple, następnie po strąceniu kazeiny i białka wykonywa się odczyn biurowy na albumozy]. Również po dodaniu do płynu enterokinazy [wzgl. zawartości kiszek cienkich świnki morskiej] w celu zamiany trypsinogenu na trypsynę — trawienie białkowe ujemne. Brak trypsyny w płynie torbieli trzustkowych stwierdzano w przeważnej części przypadków. U nas w przypadku ZAWADZKIEGO płyn ten zawierał trypsynę, w przypadku MALINKA — trypsinogen.

Z pozostałych fermentów—lipolitycznemu M. przyznaje większą wartość, niż diastatycznemu; ten bowiem znajdowano w różnych płynach ustrojowych [w wysiękach]. W danym przypadku stwierdzono w płynie badanym oba te zaczyny. Próba na zaczyn diastatyczny: dodano do płynu w próbówce nieco roztworu krochmalu i wstawiono na pół godziny do ciepłarki; poczem odczyn z jodem na krochmal okazał się ujemny, odczyn zaś redukcyjny z siarczanem miedzi—maltoza—dodatni.

Steapsynę—zaczyn lipolityczny—wykryto próbą GRUETZNER SAMGE'go: do szeregu próbek z 10-u ctm. sz. obojętnej nalewki lakmusowej dodano po 5 kropel zawiesiny z oliwy [10 cz. oliwy + 5 cz. gumi + 35 cz. wody] oraz wzrastające ilości kropel badanego płynu [5—30]. Probówki po zamieszaniu wstawiono do ciepłarki. Dodatni wynik ujawnia się po godzinie zmianą fioletowej barwy nalewki na czerwoną pod wpływem kw. tłuszczowych, powstałych przy rozszczepieniu tłuszczów. W danym przypadku odczyn dodatni otrzymano w próbówce z 10 u kroplami płynu trzustkowego.

Cięż. gat. płynów torbielowych wahał się od 1007 do 1028; ilość białka od 0,5% do 10%.

W osadzie odwirowanym znaleziono kryształy cholesteryny, czerwone krążki i białe ciała krwi, owalne komórki wypełnione kuleczkami tłuszczu. Kryształów leucyny i tyrozyny nie stwierdzono. Mocz chorego nie zawierał białka ani tłuszczu; odczyn CAMMIDGE'a dawał dodatni.

3) Sr. KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek nowotworu przysadki mózgowej z objawami akromegalii i zaburzeniami odżywczemi. Chory lat 37 u. Skargi—osłabienie ogólne, bóle głowy, nudności i wymioty, wzrok słabszy. Początek zaburzeń podmiotowych od roku. Od 8-u lat chory utracił owłosienie w okolicy części płciowych; od tego czasu *libido sexualis* i *potentia coeundi* wygasły. Owłosienie twarzy zawsze było słabe. Chory jak gdyby zlekka odurzony. Późewia. Odpowiada niechętnie. Tętno 44—52. Nadmierny rozwój dolnych szczęk i kości palców rąk. Prognatyzm. Zmniejszenie, niemal zanik jąder. Czaska przy opukiwaniu bolesna. W układzie nerwowym—pewna nadczułość na ból, na ciepło i na zimno. Rozszerzenie i nieruchomość zwrotna prawej źrenicy: lewa—znacznie mniejsza, oddziaływa leniwie, okazuje niezbyt wyraźną reakcję hemiopiijną. Wzrok osłabiony; brak zewnętrznych połów pola widzenia (*hemianopsia bitemporalis*). Na dnie oka—zanik prosty tarczy. Prześwietleniem stwierdzono nieznaczne zagłębienie siódła tureckiego [JUDT]. K. zamierza poddać chorego operacji metodą EISELSBERG'a.

4) FR. KIJEWSKI i SOLMAN mówili o fulguracji nowotworów złośliwych podług metody de KEATING-HART'a, przedstawił odpowiednie przyrządy i omówili technikę zabiegu. KIJEWSKI wykonał na posiedzeniu fulgurację u chorego, dotkniętego rakiem piersi. Na podstawie własnego doświadczenia K. i S. nie uważają fulguracji za metodę, leczącą doszczętnie nowotwory złośliwe. Sądzą jednak, że po usunięciu nowotworu zapomocą wycięcia lub wyłuszczenia, fulguracją można wywołać w tkance łącznej siedliska nowotworu silny odczyn odżywczy, sprzyjający zbliznieniu rany i zapobiegający nawrotom i przytem częstokroć fulguracja znacznie łagodzi bole. Na komórki rakowe fulguracja nie działa niszcząco w ścisłym znaczeniu; jeżeli niszczy, to tylko warstwy ich powierzchowne. Stąd wskazanie do uprzedniego doszczętnego usunięcia nowotworu i fulgurowania dopiero rany po nim. Bezpośredni następstwem fulgurowania bywa zmniejszenie krwawień z naczyń włosowatych, oraz złagodzenie bólów. Do objawów następnych należy *lymphorrhoea*, wytworzenie strupa, a dalej doskonałej ziarniny oraz szybkie zagojenie się rany pozostałej po zabiegu. Jako objawy oddalone notowano zmniejszenie się [krótkotrwałe] najbliższych gruczołów. W razie nawrotu, ogniska rakowe w tkance bliznowatej przedstawiają się jako oddzielne guziczki. K. i S. stosowali

fulgurację w przypadkach raka i mięsaka, pozatem z doskonałym wynikiem w *lupus vulgaris* i *lbc. cutis*.

W dyskusyi JAN ŚWIĄTECKI zaznacza 3 czynniki w działaniu fulguracji: mechaniczne działanie na tkanki [rozrywanie], termiczne oraz chemiczne działanie, zależne od promieni na obu końcach widma świetlnego. Mechaniczne rozrywanie tkanek nowotworowych nie może mieć tu znaczenia leczniczego. Przyżeganie w stopniu silniejszym da już zęgadło PAQUELIN'a, nawet zastowane z odległości. Działanie chemiczne bardziej skuteczne dadzą promienie ROENTGEN'a i radium. Zdaniem S., fulguracja ze względów powyższych nie ma przed sobą przyszłości.

KOZERSKI stosował fulgurację w *lupus erythematosus*, *lupus vulgaris*, *epithelioma* i t. d. Przed 1½ rokiem dokonał wspólnie z LEWENSTERNEM fulguracji w przypadku bujającego raka policzka. Na zasadzie tego doświadczenia K. zalicza fulgurację do zabiegów bardzo bolesnych. Fulguracja słabsza, niesprawiająca bólu, nie wiadomo, czy odpowiada wskazaniom inicjatorów zabiegu.

KRYŃSKI sądzi, że dotychczasowe doświadczenie w sprawie fulguracji nie rokuje tej metodzie świetnej przyszłości; jednakże wypróbowanie jej uważa za potrzebne i słuszne. Modyfikacje, zaprowadzone przez KIJEWSKIEGO w stosowaniu fulguracji w porównaniu z zaleceniami de KEATING-HART'a, KR. uważa za niepożądane, jako dające pole do błędnych wniosków; sądzi, że należy ściśle trzymać się przepisów autora.

Cz. STANKIEWICZ podnosi, że iskry, otrzymywane z aparatów francuskich, są znacznie dłuższe i silniejsze, niż te, które przedstawiono. Metoda KEATING-HART'a polega na bezpośrednim stosowaniu fulguracji po zabiegu chirurgicznym; stosowanie jej w kilka godzin po zabiegu, S. uważa za odstępstwo od metody klasycznej.

W. Starkiewicz.

I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich

w Warszawie, 11-go, 12-go i 13-go października 1909 r.

SEKCJA PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie wtorkowe poobiednie.

1) T. JAROSZYŃSKI. „Kilka uwag o psychoterapii“.

Referent odróżnia psychoterapię niższego rzędu, czyli niewiedomie działającą [sugestia, hipnotyzm], oraz psychoterapię wyższego rzędu, t. zw. „racjonalną“. Zastosowanie hipnotyzmu jest w lecznictwie dzisiejszem bardzo szczupłe, gdyż nawet nie w każdym przypadku histeryi [która jedynie daje pole do podatności na hipnozę] daje ono wynik pomyślny. Wyrugowywać jednak całkowicie hipnotyzmu nie należy [jak to referent dowodzi na przykładach klinicznych]. Podobnie powinno być ograniczone stosowanie sugestyi w lecznictwie, która pozornie tylko jest pożyteczną, a na dalszy dystans podtrzymuje chorobę nerwową.

Psychoterapia „racyjalna“ wprowadza nowy sposób oddziaływania lekarza na chorego — perswazyę, działającą na jawie, z udziałem świadomości i krytyki chorego. Dużo zdziałał na tej drodze DEJÉRINE i DUBOIS, błędzący jednak, jako przesadni racjoniści. Dalej znacznie posunął naprzód sprawę BABIŃSKI, skutecznie stosujący perswazyę przy objawach ruchowych w histeryi. Specyalne metody leczenia histeryi podają JANET i FREUD, niewątpliwie wnoszący wiele nowego na drodze do przyczynowego leczenia nerwic. Mimo te postępy psychoterapii naukowej, należy podnieść, że skuteczniejsze wyniki daje nieraz psychoterapia nienaukowa. np. lecz-nie t. zw. „cudowne“ [np. w Lourdes], przez znachorów, przez niektóre sekty religijne, jak *Christian Science* w Ameryce.

Referent analizuje ten fakt i dochodzi do przekonania, że przyszłość psychoterapii jest w zbadaniu, jaką drogą można oddziaływać na uczucie chorego — dziś bowiem przez sugestyę oddziaływamy tylko na idee i wyobrażenia.

W dyskusyi: WIZEL. BABIŃSKIEGO poglądy grzeszą przesadą, jak również przesadną jest t. zw. racjonalna terapia DUBOIS, DEJÉRINE'a. Przekonywanie chorego to sugestyonowanie mu pewnych idei. CHARCOT miał racyę, twierdząc, że *c'est la foi qui guerit*.

JEKELS: BABIŃSKI tylko ułatwia rozpoznanie różniczkowe cierpień czynnościowych i organicznych. Histerya, wywołana przez sugestyę [pitiatyzm], nie da się oddzielić od histeryi wzruszeniowej, i niema sugestyi bez zabarwienia wzruszeniowego. Tylko metoda psychoanalityczna może zgłębić przyczynę i mechanizm powstania objawu histerycznego.

STERLING: Teorya BABIŃSKIEGO opiera się na założeniu apriorystycznym, metoda lecznicza DUBOIS nie obejmuje objawów somatycznych.

BREGMAN: W praktyce metoda psychoanalityczna w histeryi prowadzi często do nieprawdopodobnych wniosków. Moment płciowy odgrywa rolę poważną, lecz nie wyłączną w powstawaniu objawów histeryi.

RYCHLIŃSKI: Psychoterapia powinna dążyć do wytworzenia sądów prostujących. Sądy te powstają rozmaicie, stosownie do różnych dróg kojarzenia myślowego. Psychoterapia będzie skuteczniejsza, im lepiej lekarz wejdzie w mechanizm psychiczny lezonego osobnika.

ŻUNIEWSKI protestuje przeciw metodzie krytyki teoryi FREUD'a, użytej przez BREGMANA, który cytując autorów, nie podał ogniwi pośrednich myślenia badaczów.

W odpowiedzi JAROSZYŃSKI zaznacza:

Opisywane fakty gorączki histerycznej, obrzeków, wybroczyn i t. p. odnieść należy albo do błędów dyagnostycznych, albo do symulacyi. BABIŃSKI wytworzył swe określenie drogą empiryi. BABIŃSKI twierdzi, że objawy histeryi mogą powstać [nie wyłącznie powstają] pod wpływem sugestyi, i przez perswazyę mogą być usunięte. Teorya FREUD'a ma swe zasługi i swe zalety, raz i jednak jednostronnością.

2) L. JEKELS. „Leczenie psychoneuroz za pomocą metody psychoanalitycznej FREUD'a“.

Mowca rozpatrzył podstawę teoryi FREUD'a, według której przyczyną choroby są nieświadome zespoły wyobrażeń, symbolizowane już to przez cielesny, już to przez psychiczny objaw chorobny. Te zespoły, będące w niezgodzie z resztą świadomości osobnika, zostały drogą tłumienia celowo usunięte ze świadomości w celu uniknięcia nieprzyjemnych wzruszeń. Tłumienie to odbywa się nieumyślnie w dzieciństwie i umyślnie w późniejszych latach [wstydlivość, obrzydzenie, wstręt, wyobrażenia estetyczne i moralne i t. p.]. Stąd psychoseksualizm istoty ludzkiej jest wielokrotnie spaczony. Waleząc i opierając

się naporom popędu, osobnik ucieka się do choroby, tem bardziej, że wyobrażenia świeżo tłumione kojarzą się z materiałem, wypartym w dzieciństwie. Istota leczenia psychicznego ma polegać, zdaniem FREUD'a, na zniesieniu amnezji, na uświadomieniu zespołów wyobrażeńowych, popadłych, wskutek tłumienia, w nieświadomość. To uświadomienie odbywa się drogą badania myśli pozornie luźnych, a wykazujących ów spór ze strony wspomnianych zespołów, drogą badania marzeń sennych. Mówca przytacza w końcu szereg przypadków kazuistycznych, leczonych pomyślnie tą drogą.

W dyskusji WIZEL przypomina, że teoria FREUD'a poddana została surowej krytyce na Zjeździe w Budapeszcie. Teoria ta znajduje oparcie w psychologii JUNG'a, który podnosi ważność zespołów wyobrażeńowych, zabarwionych uczuciowo, a toczących walkę z osobowością. Największym brakiem w psychoanalizie FREUD'a jest to, że wszystkie wyparte zespoły sprowadza on do mianownika płciowego. Ignoruje on przypadki hysterji, w których o patogeniezie seksualnej mowy być nie może. Wreszcie wyparte zespoły wyobrażeńowe natury płciowej znaleźć można u zupełnie zdrowych osobników. Z drugiej strony można łatwo te zespoły zasuggestyjonować, zwłaszcza osobnikom historycznym. FREUD dowolnie komentuje różne ukryte wyobrażenia, sny i t. p. Jego metodę analityczną należy ściśle indywidualizować.

RYCHLIŃSKI uważa teorię FREUD'a za znaczny krok naprzód w pojmowaniu różnych stanów nerwowych; wyjaśnia nam ona mechanizm t. zw. zwyrodnienia. Jest to przeważnie metoda rozpoznawcza, nie lecznicza.

P. KAPIŃSKA jest zdania, że metoda psychoanalityczna FREUD'a sięga najdalej, ponieważ wyjaśnia powstanie zjawisk chorobnych i ich związek. Chory powinien w dalszym ciągu stosować podobną samoanalizę. Teoria FREUD'a na uniwersytetach szwajcarskich cieszy się dużem uznaniem.

ŁUNIEWSKI: Seksualizm FREUD'a należy pojmować szerzej, nie tylko jako akt płciowy; w warunkach dzisiejszej cywilizacji mamy do czynienia tylko z pochodniami instynktu płciowego. Znaczenie myśli FREUD'a wielkie: on pierwszy zajmuje się treścią zaburzeń psychicznych. W spowiedzi liczne rzesze osób nerwowo chorych uciekają się do psychoanalizy.

JEKELS odpowiada oponentom: uwięzienie afektu odbywa się nie w dzieciństwie, a w teraźniejszości. Przy stosowaniu tej metody niema mowy o wzajemnej sugestji ze strony lekarza lub chorego. J. nie widział nigdy złych następstw ze strony tej metody.

3) THURSZ. „Hipnoza i sugestya jako środki znieczulające przy zabiegach chirurgicznych, ginekologicznych i akuszerjnych“.

Hipnozą i sugestją daje się wywołać znieczulenie na ból, zupełnie wystarczające ze względu na intensywność i długotrwałość do wykonania mniejszych zabiegów chirurgicznych lub ginekologicznych. W pewnej grupie chorób tylko sugestya lub hipnoza może być stosowana, jako środek znieczulający. Akcja porodowa niekiedy przez sugestję może być przyspieszona.

W dyskusji JAWORSKI oświadcza, że ustępowanie zaburzeń w czasie miesiączkowania pod wpływem traktowania właściwego t. zw. punktów FLEISS'a w nosie, nie można odnosić do działania suggestyjnego. Praca JAWORSKIEGO, dokonana wspólnie z IWANICKIM przed laty na dużej liczbie kobiet, przedstawiona w Tow. Lek. Warsz., przekonywa o tem najlepiej. Badania w klinice prof. CHROBAKA w Wiedniu również potwierdzają, że działanie w tych razach nie jest suggestyjne.

4) JAWORSKI JÓZEF. „O wpływie miesiączkowania na sferę nerwowo-psychiczną kobiety“.

Mówca najpierw przedstawił dawne i obecne teorie, objaśniające miesiączkowanie. Zdaniem mówcy: miesiączkowanie jest wyrazem sprawy złożo-

nej o charakterze rytmicznym, odbywającej się w całym ustroju kobiecym w okresie jej życia płciowego. Podczas miesiączkowania zachodzą wahania w czynnościach ustroju, które przejawia się w ciepocie ciała, w tętnie, w zmianach wydzielniczych, w sile mięśniowej. Na każdy niemal narząd i na każdą czynność miesiączkowanie oddziaływa jako czynnik chorobny. Napięcie czynności płciowych w czasie miesiączkowania wywiera wpływ wyraźny na „ton psychiczny” osobowości kobiecej, a nawet wiadomo, iż pewne nerwice i psychozy posiadają związek genetyczny z miesiączkowaniem. Zaburzenia w czynności psychicznej w czasie miesiączkowania nie mogą być objaśnione wyłącznie wrażeniami bolowymi, gdyż oba te zjawiska nie przebiegają ani co do czasu, ani co do napięcia równolegle. Wahania w dziedzinie psychicznej zależą prawdopodobnie od zmiany charakteru podrażnień wewnętrznych, otrzymywanych przez korę mózgową, podrażnień występujących na tle wahań cyklicznych przemiany materii i czynności ustroju. Sprawność pracy umysłowej i wogóle dziedziny intelektualnej zwłaszcza jej strona jakościowa zdaje się nieco obniżać podczas miesiączkowania

W dyskusji ŁUNIEWSKI zaznacza, iż u kobiet umysłowo chorych, nie samo pojawienie się miesiączkowania, lecz pewien okres bezpośredni przedtem wywołuje obostrzenie sprawy chorobnej.

Mówca odpowiada, iż jest to fakt zrozumiały ze względu na przyczynowość. Tak zw. fala miesiączkowa, właściwe jej *maximum*, zależy od wzmożonej czynności jajników, przypadającej właśnie na parę dni przed wystąpieniem miesiączkowania. W tym czasie odbywają się najważniejsze zmiany w jajnikach.

Posiedzenie środowe ranne.

- TREŚĆ: 1) HIGIER. Referat p. t. „Klasyfikacya idyotyzmu”.
2) HORNOWSKI i RUDZKI. „O t. zw. *sclérose tubéreuse* BOURNEVILLE’a.
3) SZUMAN St. „Rozpoznawanie i rokowanie jako sugestya i stosowanie jej psychoterapeutyczne”.
4) KONN A. W sprawie włóczęgostwa, jako objawu degeneracyi”.

1) HIGIER odczytał referat p. t. „Klasyfikacya idyotyzmu”. Patrz Gazetę Lekarską Nr. 37—39.

W dyskusji WIZEL podnosi wartość naukową klasyfikacyi, przedstawionej przez referenta; jedną tylko widzi w niej stronę ujemną. Jeśli zarodek cierpi wskutek alkoholizmu lub syfilisu rodziców, to niema racyi dostatecznej uważać taki idyotyzm za zewnątrzpochodny i w tych razach sprawa jest wewnątrzpochodna.

2) HORNOWSKI i RUDZKI. „O. zw. *sclérose tubéreuse* BOURNEVILLE’a”.

Mówcy rozpatrzyli spostrzegany przez nich klinicznie przypadek tego cierpienia u dziewczynki 10-letniej, dziedzicznie ciężko obciążonej wrodzonym niedołęstwem umysłowym i padaczką od 3-go miesiąca życia, oraz licznymi nowotworami skóry. Anatomo-patologicznie stwierdzono guzowate stwardnienie mózgu z bujaniem glei, nowotwory w komorach mózgowych, nowotwory serca i nerek. Szczegółowo analizowali obraz zmian mikroskopowych w mózgu oraz patogenezę całego cierpienia i przedstawili preparaty makro- i mikroskopowe.

W dyskusji BORNSTEIN podnosi ogromną wartość opisanego przypadku,

zwł. że jest to pierwsze spostrzeżenie tego rzadkiego cierpienia, ogłoszone w piśmiennictwie polskim.

HIGIER rozpatruje sprawę wad sercowych, wikłających często cierpienia wewnątrzpochodne układu nerwowego i zwraca uwagę, że w przypadku mowcy mamy do czynienia nie z wadą serca, lecz z licznymi guzami mięśnia sercowego. *Sclerosis tuberosa* jest nader ciekawa i z tego względu, że stanowi łącznik między uowotworami a wrodzonymi chorobami mózgowymi wewnątrzpochodnemi.

3) SZUMAN [St. Kochanowka]. „Rozpoznanie i rokowanie jako sugestia i stosowanie jej psychoterapeutyczne“.

Mowca określił najpierw pojęcie sugestyi, a następnie rozpoznawanie i rokowanie jako samą sugestię. Najważniejszym momentem psychicznym dyagnostycznej i prognostycznej sugestyi jest pojęcie bezpieczeństwa i niebezpieczeństwa. Z pojęciami temi łączą się u chorych rozmaite inne ważne zespoły [kompleksy] pojęć, uczucia, nastroje i wzruszenia, mające charakter autosugestyi bądźto dodatkowego, bądźto ujemnego znaczenia. Sugestia dyagnostyczna i prognostyczna wpływa na poznawanie, na uczucie i na wolę, na samowiedzę jaźni i świata zewnętrznego, na osobowość i na uwagę. Wrażliwość poddawcza chorych stanowi moment psychiczny, potęgujący wpływ sugestyi. Pomiędzy osobowością psychiczną a fizyczną istnieje ścisły związek i wpływ wzajemny. Chorzy rozmaitej kategorii rozmaicie oddziałują na podobną sugestię. Lekarz powinien pod tym względem zachować wielką ostrożność i mieć też zawsze na uwadze etyczny punkt widzenia.

W dyskusyi WIZŁŁ podkreśla, że należy być bardzo ostrożnym w wypowiedzianiu wobec chorego poglądów na istotę choroby i jej rokowanie. Nieoględność w tym kierunku może choremu niesłuchanie zaszkodzić, przylem nie tylko choremu nerwowemu, lecz i cierpiącemu na jakąkolwiek chorobę somatyczną. Chorzy często z urywków rozmowy lekarzy na naradach wyciągają dla siebie wnioski niepożądane.

ŁUNIEWSKI zwraca uwagę, że co do umysłowo chorych, warunki są wręcz przeciwnie, ponieważ chorem tym prawdę dyagnostyczną wypowiadać należy zupełnie otwarcie. Wynika to z potrzeby badania krytycyzmu u takich chorych, a także z konieczności szczerego stanowiska lekarza względem umysłowo chorych.

4) KONN H. A. „W sprawie włóczęgostwa jako objawu degeneracyi“.

Walka ze zwyrodnieniem prowadzona jest od dawna. Bezskuteczność dotychczasowych usiłowań wpływa stąd, że walka ze zwyrodnieniem prowadzona jest nie w związku z jego pochodzeniem, lecz w oderwaniu od gruntu rzeczowego. Badając niedorozwój moralny i fizyczny, ujawniający się w włóczęgostwie, sięgnąć należy do czasów, kiedy ludzkość z tułaczki bytu barbarzyństwa wstępowała w szranki osiadłego bytu cywilizacyi. Typy, niezdolne do tego przystosowania, wpadają w ową nerwicę, jaką jest popęd do włóczęgostwa. Należy pomyśleć o urządzeniach, któreby na tym właśnie gruncie zło zwalczały.

Stanisław Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od d. 28-go listopada do 4-go grudnia r. b. do szpitali warszawskich zgłosiło się 98 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 17, odrą 8, płonicą 16, różą 16, błonicą 8, tyfusem brzuszny 16, tyfusem plamistym 7, zimnicą 1 i grypą 9.

W tymże czasie zmarło osób 11, mianowicie: na ospę 8 i tyfus brzuszny 3.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach w dniu 28-m listopada wynosiła 3102, w dniu zaś 4-m grudnia 3168 osób.

— Prof. SZAWZOWSKI po wysłużeniu 25-u lat w Akademii Wojskowo-Lekarskiej w Petersburgu został zatwierdzony na następne 5 lat.

— W Akademii Lekarskiej w Paryżu prof. MISCZYŃKOW zawiadomił, że odkrył łasiecznika cholery dziecięcej i że jest nim *bacillus proteus vulgaris*.

— Na kursa lekarskie w Krakowie zapisało się tak mało lekarzy, że całkowicie zorganizowano dotąd tylko kurs medycyny wewnętrznej i okulistyki; inne tylko częściowo.

— Ministerium oświaty uznało za wielce pożądane zaprowadzenie wykładów higieny, jako przedmiotu nieobowiązkowego, w dwu wyższych klasach szkół średnich męskich i żeńskich. Wykłady mają prowadzić lekarze szkolni.

— W sądzie okręgowym moskiewskim rozpatrywano sprawę właściciela lecznicy prywatnej dra ZYMUŁAŃSKO, oskarżonego o wykonywanie pod chloroformem operacji usuwania pieńków zębowych bez asystencji drugiego lekarza, lecz przy pomocy akuszerki i dwu dozorczyń; pacjentka zmarła podczas operacji. Sąd wydał wyrok uniewinniający, po uwzględnieniu motywów obrońcy, który tłumaczył, że prawo, wymagające obecności podczas operacji drugiego lekarza, wydane zostało jeszcze przed 100-u laty, t. j. wtedy, gdy operacje mogli wykonywać nie lekarze, lecz „chirurgowie“, posiadający technikę operacyjną, ale nie mający ogólnego wykształcenia lekarskiego; dziś takich „chirurgów“ już nie ma i dlatego prawo to nie może mieć zastosowania.

Od Wydawcy.

Upraszamy Szanownych kolegów o nadesłanie prenumeraty na rok 1910. Zalegających w opłacie za rok bieżący lub lata poprzednie upraszamy o wpłacenie należności do Administracji [Zielna 11].

Redaktor, Doc. Dr J. Pruszyński.

Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 5.