

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Warszawskiego Zakładu dla zбочeń mowy.

Kilka słów o etyologii zбочeń mowy.

Podał

Dr. Władysław Ołtuszewski.

Od czasu powstania Zakładu, to jest od r. 1892 do 1902, ogłosiłem 8 rozumowanych sprawozdań pod nagłówkiem: „Przyczynki do nauki o zбочeniach mowy“. Obok naukowo opracowanego materiału klinicznego, zawierają one najważniejsze dane, dotyczące nauki o mowie (fizjologia mowy, rozwój mowy u dziecka, psychiczna jego podstawa, oraz stosunek tego rozwoju do inteligencji, psychologia i filozofia mowy), szereg ogólnych pytań, wiążących naukę o zбочeniach mowy z medycyną wewnętrzną (stosunek afonii spastycznej do jąkania, rola, jaką odgrywają neurony rzutowe i skojarzeniowe przy badaniach rozwoju umysłu, mowy, psychologii mowy, oraz nauki o niemocie, stosunek zwyrodnienia do różnych kategorii zбочeń mowy), historię nauki o zбочeniach mowy, patogenezę obrazów klinicznych zбочeń mowy, oraz jej higienę. W „Przyczynkach“ prace te pomieszczałem w całości, bądź też w mniej lub więcej obszernych streszczeniach.

Pierwsze trzy „Przyczynki“ zawierają dane, dotyczące niemoty, bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem, mowy nosowej, oraz jąkania; w czwartym i piątym zwróciłem uwagę na niemotę pozakorową we właściwym znaczeniu, a więc mającą swe źródło w uchu środkowym, lub wewnętrznym, afonię spastyczną, należącą zdaniem mojem do kategorii jąkania głosowego; w szóstym opisałem stosunek tak zwanych porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategorii zбочeń mowy; w siódmym wyjaśniłem stosunek niedorozwoju psychicznego do zбочeń mowy, wreszcie w ósmym jako zakończenie ostatnich dwu prac uwzględniłem doniosłego znaczenia w zapatrywaniu się na etyologię i patogenezę zбочeń mowy stosunek zwyrodnienia do różnych kategorii zбочeń mowy.

Ramy niniejszego artykułu nie pozwalają mi eboć w ogólnym zarysie skreślić znaczenia, jakie posiadają uskutecznione badania nad mową i zwyrodnieniem dla wyjaśnienia racjonalnego obrazów klinicznych zбочeń mowy w ogólności, zwłaszcza zaś prawie zupełnie dotychczas pomijanej niemoty u dzieci, oraz pozostającego z nią w związku bełkotania i mowy nosowej¹⁾. Ograniczam się więc do zaznacze-

¹⁾ Interesujących się szczegółowo tym przedmiotem czytelników odsyłam do następujących prac moich, drukowanych oddzielnie: 1) Szkic fizjologii mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego, Warszawa, 1893 2) Rozwój mowy u dziecka, oraz stosunek tego rozwoju do jego inteligencji, Warszawa, 1896. 3) Psychologia,

nia choć w kilku słowach roli najdonioślejszego czynnika etyologicznego zбочeń mowy—zwyrodnienia, jako przedmiotu, mogącego zainteresować każdego lekarza.

Pod mianem „zwyrodnienie psychiczne“ pojmuję ogólny termin dla chorych, obciążonych dziedziczością patologiczną, przekazywaną potomstwu. Obejmuje on: 1) zwyrodniały niższych, a mianowicie różne stopnie niedorozwoju psychicznego i padaczkę; 2) kategorię wyradzających się, do których zaliczam przeważną liczbę przypadków histeryi, neurastenii, a zapewne i innych cierpień układu nerwowego, zarówno pochodzenia czynnościowego (choroba Basedowa, Thomsena, *paramyoclonus multiplex*, *paralysis agitans*, *trzęsienia starcze*, *twardziel*), jak i organicznego (*paralysis progressiwa*, choroba Friedreicha, porażenia mózgowie wieku dziecięcego), wreszcie 3) niezrównoważonych.

Stwierdzony przezemnie wielokrotnie związek pomiędzy różnego rodzaju stopniem zwyrodnienia a niemotą, bełkotaniem, wadliwym wymawianiem i mową nosową, ilustrowałby nam najlepiej leczebny stosunek, jaki zajmuje zwyrodnienie w etyologii tych zбочeń. Niestety podane poniżej liczby z ostatnich lat dziesięciu możemy uważać tylko za przybliżone z następującego powodu: Kiedy przed 10 laty zacząłem pracować na polu zбочeń mowy, logopatologia pozostawała stosunkowo na niskim stopniu rozwoju, a o upatrywanie jakiegoś związku między zwyrodnieniem a zбочeniami mowy nie znajdowałem nigdzie żadnej wzmianki. Nawet, i obecnie, pomimo poważnych badań, dotyczących zwyrodnienia, porażeń mózgowych wieku dziecięcego i niedorozwoju psychicznego, etyologia najważniejszych zбочeń mowy, a mianowicie niemoty, bełkotania, względnie wadliwego wymawiania i mowy nosowej, w szczególności u dzieci, pozostaje dotychczas zagranicą na stopniu, na jakim przed ćwierć wiekiem znajdowała się za czasów Kussmaula. To też nie dziwnego, że dopiero uwzględniając cały szereg prac obcokrajowców, jak również opierając się na własnych, oraz skrzętnie zbierając wywiady i starannie badając każdego chorego, tylko z wolna zdołałem uzupełnić istniejące braki i opracować racjonalny

oraz filozofia mowy, Warszawa, 1899. 4) O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategorii zбочeń mowy, *Gazeta Lekarska*, 1898. 5) Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategorii zбочeń mowy, *Gaz. Lek.*, 1899. 6) Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategorii zбочeń mowy, *Gaz. Lek.*, 1901. 7) Krótki szkic historyczny nauki o zбочeniach mowy, oraz obecne jej zadanie, *Medycyna*, 1901. 8) O zбочeniach mowy: jąkaniu i bełkotaniu, *Medycyna*, 1892. 9) Ogólne uwagi o zбочeniach mowy, *Gaz. Lek.*, 1898. 10) Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii, *Kronika Lek.*, 1899. 11) Higiena mowy, Warszawa, 1896. 12) O zбочeniach mowy w ogólnym zarysie, *Nowiny Lek.*, 1897, — oraz *Przeгляд Lekarski*, 1896. 13) O zбочeniach mowy przy niedorozwoju psychicznym, *Przeгляд Lekarski*, 1901.

pogląd na etyologię tych zбочeń, a z tego względu w pierwszych latach nie zwracałem zapewne uwagi na wiele tu odnoszących się objawów pierwszorzędnej wagi. Pomimo pozwolę sobie przytoczyć odnośne liczby, oparte na materiale klinicznym z ostatnich lat dziesięciu. Otóż na 806 przypadków wymienionych zбочeń, a mianowicie: niemoty u dzieci 348 (45 przypadków u dorosłych, po wyłączeniu zaledwie kilku historycznego pochodzenia, nie należało do kategorii zwyrodnienia), belkotania 77, wadliwego wymawiania 319, mowy nosowej 62, niedorozwój spowodował je w 177, porażenia mózgowie w 59, razem w 236, z pozostałych zaś 570 różnego stopnia zwyrodnienie, oraz głuchoniemota wrodzona (nie pozostająca w związku ze sprawami patologicznymi w uchu środkowym lub wewnętrznym po porodzie), słusnie zaliczona według Ferego do kategorii zwyrodnienia, okalały się co najmniej w połowie przypadków. Ścisłej, aniżeli powyżej omówionych chorób, przedstawia leczebny stosunek etyologię jākania, gdyż już od samego początku zajmowania się zбочeniami mowy zwracałem baczną uwagę na dziedziczność patologiczną. Na 889 przypadków jākania odnotowałem dziedziczność patologiczną w 508 (ściśła w 286 przypadkach, w obszernem zaś znaczeniu w 222). Co się nakoniec tyczy trzepotania, to wszystkie 12 spostrzeganych przypadków miały miejsce u niezrównoważonych. Daleko już dokładniej wymieniony stosunek leczebny wykazuje nam materiał z ostatnich lat trzech. Na 232 przypadków niemoty u dzieci, belkotania, wadliwego wymawiania i mowy nosowej, a mianowicie niemoty u dzieci 116 (7 u dorosłych nie należały do kategorii zwyrodnienia), belkotania 19, wadliwego wymawiania 90, mowy nosowej 7, niedorozwój psychiczny okazał się w 34 przypadkach, porażenia mózgowie w 10, razem w 44, różnego stopnia zwyrodnienie w 63, głuchoniemota wrodzona w 57, na 248 zaś przypadków jākania dziedziczność patologiczna była w 143 przypadkach (ściśła w 69, obszerna w 74), a wszystkie trzy przypadki trzepotania miały miejsce u niezrównoważonych. Razem tedy na 492 przypadków zбочeń mowy różny stopień zwyrodnienia okazał się w 315, to jest daleko więcej, niż w połowie.

Uwzględniając wyżej podane liczby zwyrodniałych w różnych kategoriach zбочeń mowy, ośmielam się twierdzić, że najogólniejszym a zarazem najważniejszym czynnikiem usposabiającym do nich jest zwyrodnienie w obszernem znaczeniu, poczynając od idiotów, a kończąc na niezrównoważonych, przyczem o ile niedorozwój stanowi najważniejszy czynnik przyczynowy dla niemoty, belkotania, mowy nosowej, po części zaś tylko wadliwego wymawiania i jākania, o tyle znów to ostatnie łącznie z trzepotaniem nagabuje przeważnie niezrównoważonych. Tylko stosunkowo bardzo nieznaczny odsetek zбочeń mowy warunkują zmiany patologiczne w tkance mózgowej u ludzi, nie należących do zwyrodniałych, jak niemota pochodzenia niehistorycznego i niektóre przypadki belkotania u dorosłych, oraz nabyte cierpienia ucha i zmiany w jamie nosogardzieliowej, powodujące głuchoniemotę lub niemotę pozakorową, belkotanie lub wadliwe wymawianie, oraz mowę nosową przy wyrosłach gruczołowatych, porażeniach podniebienia miękkiego itd. Z powyższego wynika, że przeważną liczbę chorych ze zбочeniami mowy zaliczyć należy do zwyrodniałych, zwyrodniałych się lub niezrównoważonych, a same

zбочenia mowy do jednych z ważniejszych znamion zwyrodnienia.

Zapatrywanie na stosunek zwyrodnienia do zбочeń mowy, wypowiedziane w krótkości w szóstym „Przyczynku“, oraz w „Monatsschrift für die ges. Sprachheilkunde“ 1898, zaczynają już podzielać niemieccy autorowie, w szczególności odnośnie do jākania. Mam nadzieję, że w niedługim czasie pogląd ten utworuje sobie drogę i dla pozostałych kategorii zбочeń mowy.

Wyjaśniona etyologia zбочeń mowy ma niezmiernie ważne znaczenie dla najogólniejszych pytań, dotyczących logopatologii, a mianowicie określenia miejsca, jakie ona winna zajmować w rzędzie innych gałęzi wiedzy lekarskiej, rokowania i leczenia zбочeń, oraz higieny mowy.

Uwzględniając psychiczną degenerację w obszernem znaczeniu jako główną przyczynę zбочeń mowy (większość przypadków), oraz zmiany tkanki nerwowej, którym nie towarzyszą żadne znamiona zwyrodnienia, a tylko stosunkowo nieznaczna ilość przypadków ze zmianami w uchu po porodzie, lub w jamie nosogardzieliowej, sądzę, że możemy powiązać luźnie dotychczas stojące kategorie zбочeń mowy w jedną całość, a samą naukę zaliczyć do działu psychopatologii i neuropatologii, gdzie zapewne w niedługim czasie w odnośnych podręcznikach znajdzie swe miejsce, ponieważ z otaryą i rynolaryngologią wiąże się tylko pośrednio.

Tosamo *mutatis mutandis* dotyczy ważności wymienionego czynnika etyologicznego w stosunku do rokowania, leczenia i higieny.

Na rokowanie zбочeń mowy, łączących się z niedorozwojem, a mianowicie: niemoty, belkotania, oraz mowy nosowej, największy wpływ wywiera stopień upośledzenia umysłowego przy niedorozwoju, po części istnienie zmian anatomicznych w ośrodkach słownych, przy niedorozwoju łączącym się z zaburzeniami w sferze ruchowej (tak zwane porażenia mózgowie wieku dziecięcego), dalej istnienie zmian anatomicznych w narządach artykulacyjnych przy mowie nosowej i wadliwym wymawianiu, zależnych od defektów podniebienia twardego, skrócenia jego przednio-tylnego wymiaru i nieprawidłowej budowy szędek, wreszcie stopień niezrównoważenia przy jākaniu i trzepotaniu. Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia ośmielam się twierdzić, że z wyjątkiem zupełnych idiotów uleczalność zбочeń mowy, uwarunkowana zwyrodnieniem, łączącym się nawet ze zmianą anatomiczną, nie ulega żadnej kwestyi. Rozumie się, że czas trwania leczenia niemoty, względnie belkotania i mowy nosowej u niepełnego idioty, lub przy niemotach, zależnych od zmian anatomicznych, będzie dłuższy, aniżeli u głuptaka lub zacofanego, oraz w wymienionych zбочeniach bez zmian anatomicznych, a więc zależnych tylko od upośledzenia pamięci słownych. Również i zmiany w narządach artykulacyjnych bynajmniej nie uniemożliwiają leczenia, a jedynie przedłużają czas jego trwania. Co się nakoniec tyczy niezrównoważenia u jākających się, to tylko najcięższy jego stopień, łączący się z właściwymi dla jākania fobiami i ideami natrętnymi, znacznie pogarsza rokowanie.

Przy leczeniu zбочeń mowy, obok stosowania specjalnych metod, właściwych dla każdej ich kategorii, staramy się w zбочeniach, uwarunkowanych niedorozwojem, podnosić poziom umysłowy, gdyż mowa stanowi do pewnego

stopnia wykładnik inteligencji, a do jej powstania, względnie wytworzenia mowy prawidłowej, potrzebne są tesame czynniki, co do rozwoju sfery psychicznej. Przy leczeniu więc zбочeń mowy, łączących się z niedorozwojem, zwłaszcza niemoty i bełkotania, należy brać jednocześnie pod uwagę leczenie samego niedorozwoju, gdyż pozostaje on w związku ze zбочeniami mowy tak pod względem przyczyny, jakoteż i metody leczniczej. Oto dlaczego zakłady dla zбочeń mowy są jednocześnie instytucjami dla dzieci z niedorozwojem psychicznym, przedstawiającym rozumie się pewne widoki wyleczalności, a to tembardziej, że najcięższe postaci zбочeń mowy, mianowicie uwarunkowane zmianą anatomiczną, zostają tu zwykle kierowane. O ważności leczenia zбочeń mowy w niedorozwoju chyba rozwodzić się nie potrzebują. Najjaskrawiej dowodzą tego załączone w „Przyczynkach“ przypadki z niemotą, bełkotaniem lub mową nosową, gdzie niewleczone zбочenie pozostawało bez zmiany do okresu przedszkolnego, a nawet i później, pozbawiając dzieci jednego z najważniejszych czynników kształcenia ich umysłu. Możliwość leczenia zбочeń mowy, wylających różne stopnie zwyrodnienia, w szczególności niedorozwój, pomyślnie znów oddziaływa na rokowanie tego zбочenia. Przeważnie bierne, jak dotychczas, zachowywanie się lekarza przy niedorozwoju, z wyjątkiem pożytecznych nieraz rękoczynów chirurgicznych przy niedorozwoju, łączącym się z porażeniami, z chwilą przeświadczenia się o możności podniesienia rozwoju umysłowego i przywrócenia lub poprawienia niezrozumiałej mowy u tego rodzaju dzieci, pozwoli mu skutecznie dążyć do wyrównania stanu chorobowego, tembardziej, że jak się o tem niejednokrotnie przekonałem, w wielu przypadkach tego rodzaju niedorozwoju zaburzenia ruchowe nieraz w zupełności znikają, a pozostaje jedynie zбочenie mowy, utrudniające do wysokiego stopnia rozwój umysłu.

Co się nakoniec tyczy higieny mowy, to obok specjalnych higienicznych wskazówek, dotyczących każdego działu zбочeń mowy, nie powinniśmy również spuszczać z oka owego najogólniejszego czynnika przyczynowego zwyrodnienia. Pamiętając o tem, możemy uprzedzić większość przypadków zбочeń mowy, stosując odpowiednie przeciw niemu środki, jak powstrzymywanie się członków społeczeństwa, obciążonych dziedzicnością patologiczną, od wstępowania w związki małżeńskie, albo też łączenia się osób zdrowych ze zwyrodniałami, odosobnianie dzieci od rodziców z usposobieniem neuropatycznym, wzmacnianie pod względem fizycznym i duchowym dzieci, pochodzących z rodziców zwyrodniałych, rozpowszechnianie zdrowych poglądów na szkodliwość innych przyczyn zwyrodnienia, jak nadużywanie alkoholu i t. d.

Materyał kliniczny z ostatnich lat 10, na którym oparłem etiologię zбочeń mowy i zgodnie z tem przeprowadziłem leczenie, przedstawia się w następujący sposób:

W ciągu dzieiesięcioletniego istnienia Zakładu zgłosiło się 1752 osób. ²⁾ Liczba ta rozdzieliła się na różne kategorie zбочeń mowy w sposób następujący:

niemoty u dzieci	348
niemoty u dorosłych	45
bełkotania	77
wadliwego wymawiania	319

²⁾ Oprócz materyału poliklinicznego z ostatnich trzech lat.

mowy nosowej	62
jąkania	889
trzępotania	12

Na 1752 osób leczyło się 310, a mianowicie: na 393 przypadków niemoty 27, w tej liczbie cztery dorosłe i 23 dzieci; na 346 przypadków bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem — 9 dzieci od bełkotania i 74 dzieci i dorosłych od wadliwego wymawiania; na 62 przypadki mowy nosowej 10 osób dorosłych i dzieci; na 889 przypadków jąkania 190 dorosłych i dzieci.

Wyniki lecznicze okazały się zupełnie zadawalniające. Wszystkie przypadki niemoty, w szczególności u dzieci, o ile ukończyły kurację, zostały wyleczone. Tosamo odnosi się do bełkotania, wadliwego wymawiania i mowy nosowej. Co się tyczy jąkania, to chorzy, którzy ukończyli całkowity kurs leczniczy, otrzymali pożądany wynik, z wyjątkiem nielicznych ciężkich przypadków nerwicy, gdzie udało się jedynie uzyskać poprawę mowy.

Jeśli wziąć pod uwagę rzadkość zбочeń mowy w stosunku do chorób wewnętrznych, to chyba należy się zgodzić, że liczba zgłaszających się aż nadto usprawiedliwiła potrzebę otwarcia zakładu dla zбочeń mowy w naszym kraju, a to tembardziej, że nieliczne, istniejące na zachodzie pod kierunkiem lekarzy (a tylko o takich może być mowa), nie nadają się dla nas choćby z tego względu, że leczenie odbywa się tu w języku obcym, nie odpowiadają więc najelementarniejszym w tym względzie wymaganiom. Największa stosunkowo liczba leczących się przypadła na jąkanie, najmniejsza na niemotę, bełkotanie i mowę nosową. Nie usprawiedliwia danego faktu ani mniejsza ważność tych ostatnich zбочeń, zwłaszcza u dzieci, ani też wyniki lecznicze, które zarówno jak przy jąkaniu są dodatnie. Za najglówniejszy powód tego poczytuję brak rozpowszechnienia przez lekarzy odpowiednich w tym kierunku poglądów, oraz małą poczytność wśród ogółu publiczności popularnych prac, które w ciągu ubiegłych lat ogłosiłem ³⁾.

II. Z c. k. Zakładu seroterapeutycznego w szpitalu Rudolfa we Wiedniu. (Kierownik Prof. R. Paltauf).

O swoistości serodyagnostyki gruźlicy.

Podali

Dr. Filip Eisenberg	i	Dr. Ernest Keller
ówcz. aspirant II. klin. wewn. w Wiedniu.		operator kliniki położniczej w Pradze.

(Ciąg dalszy)

Przy wyborze materyału kierowały nami następujące rozważania: Aby stwierdzić bez zarzutu pewność nowej metody rozpoznawczej, należałoby przedewszystkiem rozporządzać materyałem, któryby pozwalał w każdym przypadku przedmiotowo kontrolować prawdziwość rozpoznania danego przez aglutynację. W braku tej kontroli każda, choćby pozornie najświetniejsza statystyka traci swą podstawę. Skoro Arloing i Courmont u 106 osobników z klinicznym rozpoznaniem gruźlicy wykazują 91% odczynów dodatnich,

³⁾ 1) Próba popularnego wykładu fizjologii i patologii mowy. Warszawa, 1892 2) Zadanie rodziców, oraz społeczeństwa względem dzieci umysłowo upośledzonych. Warszawa, 1900. 3) Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie, oraz higiena mowy. Warszawa, 1901.

któż nam zaręczy, że rzeczywiście w każdym z tych przypadków istniała gruźlica, gdy tymczasem widzimy wyniki ujemne właśnie w przypadkach niewątpliwych choroby daleko posuniętej? Skoro dalej, opierając się na 43% wyników dodatnich u chorych klinicznie nie-gruźliczych i na 30% u pozornie zdrowych, twierdzą, że liczby te są wyrazem częstości gruźlicy utajonej, zestawiając je z wynikami Becka, to wobec braku przedmiotowej kontroli nad poglądem tym trudno dyskutować. Leczenie przypadków, w których spotykamy tę kontrolę w postaci autopsji, próby tuberkulinowej lub wykazania prątków Kocha w płwocinie, jest dotąd nader szczupła. O 20 autopsjach, w których można było wyniki serodyagnostyki poddać kontroli, Arloing i Courmont wyrażają się nieco niedokładnie; 9 przypadków gruźlicy utajonej dało wynik dodatni; natomiast było kilka przypadków, w których mimo wyniku dodatniego nie można było stwierdzić anatomicznie gruźlicy. Przypadki te starają się autorowie wytłumaczyć w ten sposób, że albo jaka drobna zmiana w gruczołach uszła uwagi, albo też, że same osobniki z natury miały surowicę silnie aglutynującą (?), albo wreszcie, że ta zdolność aglutynacyjna została wywołana przez jaką inną chorobę — same przypuszczenia, usuwające się z pod dyskusji. Pozatem znajdujemy tylko u Becka i Rabinowitschówniej 23 przypadków z prątkami Kocha w płwocinie, 12 z próbą tuberkulinową (po części identyczne z tamtymi) i 3 autopsje. Wobec tego zdawało się nam wskazanem wybrać materiał, któryby pozwalał na przedmiotową kontrolę i w którymby przypadki gruźlicy i innych chorób w równym stopniu były uwzględnione. Jako taki wybraliśmy materiał sekeyjny, w którym niedokładności rozpoznania przy zwróconej w tym kierunku uwadze, o ile wogóle istnieją, sprowadzają się do *minimum* i w którym obie wymienione klasy w odpowiednim stosunku są zastąpione. Badaliśmy tedy materiał 81 przypadków sekeyjnych, biorąc krew jałowo z żyły udowej i używając wydzielonej z niej surowicy. Zgodność odsetkowa wyników dodatnich, zarówno w przypadkach klinicznych jak sekeyjnych, o której niżej będzie mowa, obala możliwy zarzut, jakoby siła aglutynacyjna surowicy po śmierci doznawała jakiegokolwiek zmian, wpływających na wynik badania. Obok tego, dla porównania i po części dla kontroli, badaliśmy 69 przypadków klinicznych (wśród nich kilka zdrowych osobników), a wyniki tego szeregu również mogą się przyczynić do wyjaśnienia niektórych pytań zasadniczych.

W dwóch przypadkach daleko posuniętej gruźlicy płuc z odczynem ujemnym napróżno szukaliśmy w surowicy własności antyaglutynujących, nie możemy tedy na razie potwierdzić odnośnych spostrzeżeń Bendixa. Nadzwyczaj ciekawym zdawał się nam przypadek kamicy żółciowej z zupełną niedrożnością dróg żółciowych i żółtaczką wysokiego stopnia, w którym to przypadku surowica dawała odczyn jeszcze w rozcieńczeniu 1/500. Zestawienie tego przypadku z drugim przypadkiem żółtaczki, w którym uzyskaliśmy odczyn przy 1/50 nasuwało możliwość przypuszczenia, że może składnikom żółci w niej zawartym surowica zawdzięcza w tych przypadkach swą wysoką siłę aglutynacyjną. Zbadaliśmy tedy działanie odpowiednio rozcieńzonej żółci ludzkiej na hodowle gruźlicze, tędnak z wynikiem zupełnie ujemnym. Wobec tego faktu nie zdziwiło nas, że w następnym badaniu przypadku żółtaczki nieżyłowej odczyn wypadł ujemnie.

Jeżeli teraz przystąpimy do krytycznego zużytkowania materiału zbadanego, musimy przede wszystkim, nie wdając się w szczegółowe wyliczanie przypadków gruźlicy z odczynem ujemnym i nie-gruźliczych z dodatnim, zestawić wyniki badań w liczbach, względnie w odsetkach, a te chyba najwymowniejszą nam dadzą odpowiedź na nasze zapytania. Mamy więc:

		odczyn:	
		dod.	uj.
I. Gr. 69 przyp. klin.	17 gruźl.	15 = 88%	2 = 12%
	52 nie-gruźl.	39 = 75%	13 = 25%
II. Gr. 81 przyp. sekc.	28 gruźl.	20 = 71.5%	8 = 28.5%
	53 nie-gruźl.	37 = 70%	16 = 30%

Przyjrźmy się zbliżka tym wynikom: w grupie drugiej a więc decydującej, znajdujemy uderzającą zgodność odsetków odczynów dodatnich i ujemnych w obu kategoriach (71.5—70% i 28.5—30%); zachodząca w grupie pierwszej różnica odsetków odczynów dodatnich, wynosząca 13%, między obiema kategoriami jest chyba za mała, żeby na niej można oprzeć jakiegokolwiek rozpoznanie. Liczby te jasno przemawiają przeciw stosowaniu odczynu; możnaby jednak może zarzucić, że podana przez Arloinga i Courmonta najniższa granica odczynu dodatniego, t. j. 1/5, może jest zbyt nisko wzięta i że może dopiero przy 1/10 lub 1/15 odczyn staje się swoistym. Proste jednak obliczenie przekona nas, że nawet przy takim założeniu odczyn nie uzyska swoistości. Jeżeli tylko wartość 1/10 i ponad nią uznamy za dodatnie, zaś 1/5 za ujemne, otrzymamy następujące zestawienie:

		odczyn:	
		dod.	uj.
I. Gr. 69 przyp. klin.	17 gruźl.	11 = 65%	6 = 35%
	52 nie-gruźl.	27 = 52%	25 = 48%
II. Gr. 81 przyp. sekc.	28 gruźl.	11 = 39%	17 = 61%
	53 nie-gruźl.	27 = 51%	26 = 49%

Wynikająca w pierwszej grupie różnica odsetków dodatnich wyników u gruźliczych i nie-gruźliczych (13%) znowu nie da się pogodzić z jakąkolwiek swoistością odczynu. W drugiej grupie różnica ta staje się paradoksalną; tu nie-gruźliczy dają o 11% więcej wyników dodatnich, jak gruźliczy. Do podobnych wyników doprowadziłoby ustanowienie granicy najniższej odczynu dodatniego przy 1/15 tak, że musimy się wogóle zrzec nadziei uzasadnienia swoistości odczynu na tej drodze. Dalsze jeszcze wnioski dadzą się wysnuć z naszych tablic, jeśli dodamy przypadki każdej grupy bez względu na rozpoznanie i uwzględnimy odsetki wyników dodatnich. Otrzymamy wtedy:

		Odczyn:	
		dod.	ujemny
I. Gr. 69 przyp. klin.	54 = 78%	15 = 22%	
II. Gr. 81 przyp. sekc.	57 = 70%	24 = 30%	

Wynikająca ztąd różnica odsetków wyników dodatnich w obu grupach (8%) pokazuje nam, że po śmierci nie następuje wybitniejsze osłabienie siły aglutynacyjnej, gdyż różnica 8% jest chyba za mała, żeby takie przypuszczenie usprawiedliwić. Jeden jeszcze szczegół chcielibyśmy podnieść. Jeżeli uwzględnimy ogólną sumę wyników dodatnich i ujemnych, otrzymamy:

150 przypadków: dod. 111 = 74%, ujem. 39 = 26%,
liczby, które dość dobrze zgadzają się z liczbami, podanymi przez Arloinga i Courmonta:

186 przypadków: dod. 128 = 69%, ujem. 58 = 31%.
Zgodność ta najlepiej chyba dowodzi, że technika nasza nie podlega zarzutom i że tylko przedmiotowe dane zmuszają nas do innego poglądu na fakty; a choćbyśmy nawet przypuścili, że w tym lub owym wypadku, mimo skrupulatnego badania jaka blizna gruźlicza lub odosobniony gruzełek lub

gruczoł gruczołowo zmieniony uszedł uwagi prosektora, to przez to wprawdzie zgodność wyników dodatnich u gruczołowych i nie-gruczołowych stałaby się mniejsza, ale mimo to jeszcze swoistość odczynu nie dałaby się utrzymać.

Wobec tych wyników wypada się zapytać, jak należy sobie tłómaczyć tak odbiegające od siebie wyniki różnych badaczy? Podczas gdy my wogóle mamy do zaznaczenia 74% wyników dodatnich, Arloing i Courmont 69%, Bendix 81%, znajdujemy u Becka i Rabinowitsch 31%, u C. Fraenkla 27%. Zdaje się nam, że fakt ten należy odnieść do zmieniającej się z wiekiem hodowli łatwości, z jaką ta hodowla ulega aglutynacji, jak również do różnic, jakie rozmaite hodowle pod tym względem przedstawiają. Dalej należy zaznaczyć, że niektórzy autorowie uważają odczyn już przy $\frac{1}{3}$ lub nawet $\frac{1}{1}$ za dodatnie; tem n. p. tłómaczy się u Buarda niesłychana liczba 100% wyników dodatnich u dzieci, dotkniętych gruźlicą; jeżeli od tej liczby odejmiemy wyniki dodatnie przy $\frac{1}{1}$, pozostanie 80%, liczba zbliżająca się już do naszej i do liczb Arloinga i Courmonta. Nadto należałoby jeszcze naszym zdaniem przy ocenie wyników serodyagnostyki uwzględnić jeden czynnik, na który dotąd nie zwracano uwagi, a który łatwo może powodować przeważanie wyników dodatnich u gruźliczych. Arloing i Courmont stwierdzili, że przez dodawanie eukalyptolu, gwajakolu, kreozotu, płynu Mialhego, surowica zdrowych kóz uzyskuje dość wysoką zdolność aglutynacyjną (aż do $\frac{1}{70}$). Otóż wiemy, że wielka część chorych, dotkniętych gruźlicą, których surowicę badamy, zażywa te środki, przez co niejedna surowica nieczynna sama przez się mogła nabrać własności aglutynujących. Jest dość prawdopodobnem, że w tej okoliczności należy po części szukać przyczyny tak wysokich odsetków wyników dodatnich, jak n. p. 91% z pośród gruźliczych (Arloing i Courmont). Wreszcie należałoby zaznaczyć, że niektóre liczby opierają się na zbyt małych szeregach doświadczeń, jak np. liczby Mongoura i Buarda, lub też nie są poparte dość licznymi badaniami, służącemi do kontroli u niegruźliczych, jak np. w pracy Bendixa, który badał tylko 6 osobników nie-gruźliczych.

Wobec tego wszystkiego jesteśmy chyba uprawnieni do twierdzenia, że aglutynacja hodowli Arloinga i Courmonta nie może na razie być uważana za swoisty objaw zakażenia gruźliczego, że tedy nie może być stosowana do rozpoznawania gruźlicy. Możliwem jest natomiast, że zdolność ta aglutynacyjna jest własnością prawidłowej surowicy ludzkiej w pewnej liczbie przypadków (30—80%), własności która wobec innych drobnoustrojów jest nam dobrze znana. Tak np. niektóre surowice ludzkie dość silnie aglutynują niektóre szczepy lasecznika okrężnicowego, tak surowica ludzka z reguły aglutynuje zmienionego lasecznika węglik (*Vaccin premier*) w rozcieńczeniach $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{500}$, tak wreszcie stwierdzili Bourges i Méry, że prawidłowa surowica końska aglutynuje prątek nosacizny aż do rozcieńczenia $\frac{1}{200}$, a o samej hodowli Arloinga i Courmonta wiemy, że ulega ona aglutynacji działaniem prawidłowej surowicy psa, żaby, karpia, konia, barana, przez co pogląd ten zyskuje na prawdopodobieństwie.

Przeciw swoistości odczynu przemawia dalej dokładniejszy rozbiór ogłoszonych dotąd doświadczeń na zwierzętach. Arloing i Courmont znaleźli np., że surowica praw-

dłowych świnek morskich nie aglutynuje, że surowica 14 zwierząt, którym zastrzyknęli osłabioną hodowlę gruźlicy (punkt wyjścia ich własnej hodowli), bez wyjątku dawała aglutynację, podczas gdy pośród 12 zwierząt zakażonych jadowitą gruźlicą tylko 2 dały odczyn, z pośród 14 zwierząt zakażonych masami serowatemi gruźlicy ludzkiej tylko 5. Jeżeli tedy Arloing i Courmont chcą tłómaczyć te doświadczenia, jak również analogiczne na królikach i psach, przypuszczeniem, że im słabsze zakażenie, tem silniejsza aglutynacja, to można temu poglądowi przeciwstawić inny, może prawdopodobiejszy, że zaszczepienie jednorodnego szczepu (Tbc. Arloing) wywołuje wprawdzie powstanie aglutynin, że jednak wobec zakażenia hodowlą nieosłabioną mechanizm ten niezupełnie dopisuje. W każdym razie doświadczenia te bynajmniej nie przemawiają za uprawnieniem odczynu w rozpoznawaniu gruźlicy; do tego samego zresztą wniosku prowadzi nas rozbiór doświadczeń Becka i Rabinowitsch. Z pomiędzy 3 prawidłowych morskich świnek jedna dała odczyn; z pomiędzy 8 zakażonych typową gruźlicą 3, z pośród 2 zakażonych hodowlą Arloing-Courmonta jedna; z pośród 8 królików prawidłowych i gruźliczych tylko jeden zakażony hodowlą Arloinga dał odczyn. Choć jednak na razie nie możemy jeszcze uznać swoistości odczynu, chcemy zaznaczyć, że ta zdolność aglutynacji hodowli gruźliczych, stanowiąca może własność prawidłowej surowicy ludzkiej i mechanizm jej powstawania jest zdaniem naszym zjawiskiem ze wszech miar zajmującym i zachęcającym do dalszych w tym kierunku badań.

Jedną jeszcze nasuwającą się uwagę chcielibyśmy tu uwzględnić, tem bardziej, że ma ona zastosowanie do każdego różniczkowego rozpoznania gruźlicy, opartego na podstawach etyologicznych (a więc także i do próby tuberkulinowej). Jeżelibyśmy mianowicie nawet przypuścili, że serodyagnostyka jest swoistą, jak twierdzą jej wynalazcy, to jeszcze należałoby być bardzo wstrzeźliwym i ostrożnym w stosowaniu jej przy rozpoznawaniu, skoro, jak twierdzą sami autorowie, i ogniska wygasłe gruźlicy nieczynnej także mogą się wyrażać obecnością odczynu. Mogłaby wtedy np. w przypadku niejasnej jakiej sprawy gorączkowej stara bliźna szczytowa, lub minimalna wyleczona sprawa gruczołowa wywołać dodatni odczyn i skierować rozpoznanie na fałszywe tory, podczas gdy w rzeczywistości mielibyśmy przed sobą dur brzuszny lub gorączkę ropniczą. A więc i ta okoliczność, że najdrobniejsze, a nawet wyleczone sprawy gruźlicze, mogłyby powodować odczyn dodatni, a więc innymi słowy: zbyt wielka czułość odczynu, nawet, gdyby był swoisty, utrudniałaby jego zastosowanie w praktyce różniczkowo-rozpoznawczej, nie obniżając co prawda teoretycznego jego znaczenia.

Spełniamy wreszcie miły obowiązek, wyrażając na tem miejscu WPanu Prof. R. Paltaufowi i WP. Asyst. Dr. R. Krausowi najserdeczniejsze podziękowanie za odstąpienie nam materiału i za życzliwe zainteresowanie się naszą pracą. Także WPP. Radey Dworu Prof. E. Neusserowi, Radey Dworu Prof. M. Kaposiemu, Radey Dworu Prof. Neumannowi i Prof. Langowi jesteśmy zobowiązani do wielkiej wdzięczności za łaskawe użyczenie nam materiału klinicznego. (Dok. nastąpi).

Wiedeń w grudniu, 1900 r.

III. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych.

Podał

Dr. R. Spira.

Kierownik ambulatorium otolaryngologicznego szpitala izraelskiego w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Po tym, wyżej podanym rozbiórce psychofizyologicznym mowy, powstanie różnych postaci afazyi staje się łatwo zrozumiałem. Jest to zasługą Liehtheima, który na podstawie spostrzeżeń klinicznych wykazał, że zależnie od miejsca uszkodzenia w ośrodkach lub w kojarzących je drogach nerwowych występują objawy i postaci niemal zupełnie różne. A teraz przypatrzmy się, w jaki sposób występują zbożenia mowy. Żeby to zrozumieć, należy nie zapominać o tem, że każda czynność, składająca się na mowę, odbywa się w ten sam sposób i temi samemi drogami, któremi rozwinęła się mowa u dziecka.

A. Zaburzenia na drodze dośrodkowej (afazyje impresyjne).

1) Przypuśćmy zatem, że jakaś przeszkoda lub zmiana chorobowa, upośledzająca czynność przewodzenia, znajduje się na drodze dośrodkowej $a-s$, t. j. od ucha do ośrodka czuciowego w korze mózgowej, to jakie w takim razie będą jej objawy? Chory taki albo nie słyszy, albo słyszy tylko niewyraźne szmery; w każdym razie nie jest w stanie ani powtórzyć, ani zrozumieć słów, które się do niego mówi. Natomiast mowa samodzielna będzie zupełnie poprawna, gdyż na drodze $P-s-m$ i $P-m-b$ niema żadnej przeszkody. Jest to tak zw. afazyja czuciowa podkorowa (*Aphasia sensorica subcorticalis* (Wernicke), albo *subcortical Worttaubheit* (Kussmaul). — Liehtheim słusznie zwrócił uwagę na to, że wyraz afazyja jest tu niewłaściwym, gdyż idzie raczej o rodzaj głuchoty przy mowie utrzymanej, dla tego proponował on nazwę *Sprachtaubheit*; Barth nazywa tę postać „głuchotą sensoryczną“.

2) Uszkodzenie znajduje się w zmysłowym ośrodku słuchowym, czyli pamięciowym dla obrazów dźwiękowych t. j. w s . Pamięć dla wrażeń słuchowych jest w mniejszym lub większym stopniu zniesiona. Chory słyszy, ale nie jest w stanie rozumieć tego, co słyszy, jak gdyby słuchał obcej, nieznaney mu mowy, lub jak gdyby nie rozbudził się jeszcze ze snu, lub był zamyślony, roztargnięty, albo w stanie wyczerpania fizyologicznego. Samodzielna mowa jest po części tylko utrzymana drogą $P-m-b$, ale nie poprawna z powodu braku współdziałania ośrodka s i kontroli, wykonywanej w stanie prawidłowym przez ten ośrodek. Wskutek tego chory nie powtarza dobrze, samodzielnie wymawia inne wyrazy, nie odpowiadające jego myślom; zamienia słowa, zniekształca je, wymawia mylnie, jednym słowem mówi parafatycznie. Choroba polega na utracie słuchowych obrazów pamięciowych. Czasem taki chory w monologii i mechanicznie mówi dobrze i rozporządza znacznym zasobem słów. Przy namyśleniu się zaś, przy szukaniu wyrazu stosownego w rozmowie, albo jeżeli jest o coś zapytany, ulega niemożności wyszukania odpowiedniego słowa. Jeżeli ośrodek s nie jest porażony, lecz podrażniony, mogą powstać mylne obrazy słowne i popęd do gadania z tworzeniem niedorzecznych zgło-

sek, albo dźwięków (*polyphrasia*). Taki chory nie wie nawet, że źle mówi, gdyż sam nie może skontrolować słuchem swojej mowy. Jest to tak zw. „*aphasia sensor. corticalis* = afazyja czuciowa korowa (Wernicke), „*cortical Sprachtaubheit*“ (Kussmaul), „głuchota wyrazowa“ (Oltuszewski), „*surdité verbale*“ (autorów francuskich), „*Seelentaubheit*“ (autorów niemieckich).

3) Jeśli przerwa w łuku psychicznym mowy znajduje się na drodze $s-P$, to pamięć słuchowa obrazów słownych jest utrzymana, ale chory wyrazów słyszanych nie może połączyć z pojęciem, więc ich nie rozumie. Natomiast powtarzanie mechaniczne wyrazów bez rozumienia ich znaczenia jest możebnem drogą $a-s-m-b$. Mowa samodzielna jest niepoprawna, zmieszana, t. j. parafatyczna, z powodu nierozumienia tego, co sam mówi, w następstwie przerwy w ciągłości drogi $P-s$. Ziehen postać tę odróżnia od poprzedniej tem, że tu pamięć obrazów dźwiękowych jest utrzymana, słowa choremu nie są obce, owszem — zdają mu się znane, chory przypomina, że już je słyszał dawniej, ale zapominał ich znaczenia. Piek wyraża z wszelkiem zastrzeżeniem przypuszczenie, że zdolność zapamiętania intonacji, t. j. barwy głosu, a więc poznanie człowieka po głosie, jest utrzymana w tej postaci, a zniesiona w poprzednich postaciach afazyi czuciowej, mogłaby może służyć dla odróżnienia pierwszej od ostatnich. Postać ta nazywa się według Wernickego *Aph. sensor. transcorticalis* = afazyja czuc. pozakorowa.

B. Zaburzenia na drodze odśrodkowej (ekspresyjnej).

4) Rozróżniamy dalej przeszkody w drogach ruchowych mowy. Przerwanie tej drogi między narządem artykulacyjnym a ośrodkiem ruchowym w korze, t. j. na drodze $b-m$, uniemożliwia mowę mechanicznie. Słuch i rozumienie mowy zupełnie prawidłowe, chory wszystko rozumie, co słyszy, a jednak nie jest w stanie mówić samodzielnie, ani powtarzać. Wyobrażenie wewnętrzne wyrazu wm jest utrzymane; postać ta stanowi przejście między afazyją i anartryą i nazywa się według Wernickego „*aphasia motoria subcort.*“ = afazyja ruchowa podkorowa.

5) Przypuśćmy siedzibę przeszkody albo choroby w m , t. j. w ośrodku dla wyobrażenia albo pamięci ruchów, potrzebnych dla wymawiania wyrazów, to z tego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika, że zdolność mówienia samodzielnego, jak również powtarzania, będzie stracona; wewnętrzne wyobrażenie słowa jest także niemożebne. Chory nie może nie mówić, albo mówi zaledwie i z wielkiem natężeniem kilka słów, gdyż zapas słów jego jest bardzo ograniczony. Ruchomość narządów artykulacyjnych utrzymana. Słuch, jak również rozumienie słyszanych wyrazów, — prawidłowe. Jest to postać tak zw. *aph. motor. corticalis* = afazyja ruchowa korowa (Wernicke) afazyja ataktyczna (Kussmaul). Objawy tej postaci są prawie identyczne z objawami postaci poprzedniej. Różnica występuje w tem, że tu ośrodek ruchowy sam jest niesprawny, a więc pojęcie słowne wadliwe, przez co chory taki, nie mając wyraźnego wyobrażenia wewnętrznego o wyrazie, nie jest w stanie nawet określić, ile głosek mieści się w pewnym słowie. Przy postaci zaś poprzedniej (pod 4) chory, mimo że nie jest w stanie wymawiać, może jednak własnowolnie inerwować ośrodki słowne m i s , ma słuszne wyobrażenie wewnętrzne o słowie, co się objawia

w tem, że jest w stanie n. p. znakami ręki podać liczbę głosek danego wyrazu, jak to Liechtheim na to zwrócił uwagę. Tak samo pisanie w przeciwieństwie do postaci poprzedniej nie jest tu możebnem (p. niżej).

6) Zmiana, znajdująca się na drodze między m a P , upośledza przewodnictwo głównej drogi od ośrodka pojęcia do ośrodka pamięciowego ruchowego mowy, przez co uniemożliwia mowę samodzielną. Chory taki słyszy i rozumie wszystko, jest także w stanie powtarzać wyrazy słyszane, stracił jednak zdolność mowy samodzielnej, nie jest w stanie swoich myśli wyrażać; jest to postać *aphasia motor. transcort.* = niemota ruchowa pozakorowa (Wernicke).

7) Przypuśćmy nareszcie zmianę chorobową na drodze $s-m$, to wtedy chory słyszy i rozumie wszystko, powtarzanie zaś wyrazów słyszanych i mowa samodzielna są wadliwe z powodu braku drogi przewodzącej od s do m , gdy odpada wpływ słuchowego ośrodka czuciowego. Chory taki mówi parafatycznie, poznaje jednak przez czynny ośrodek s , że źle mówi, niecierpliwi się i smuci z tego powodu. Jest to postać tak zw. *Leitungsaphasie* = afazya przewodnictwa (Wernicke).

Liechtheim nazywa postacie 2 i 5 „*sensorische*“, względnie *motorische Kernaphasie* (afazya jądrowa); postacie 1 i 3 obwodową, względnie ośrodkową afazją czuciową przewodnictwa; 4 i 6 obwodową, względnie ośrodkową, ruchową afazją przewodnictwa, a 7 afazją wysepkową (*Inselaphasie*)⁴.

Do tego szematu, podanego przez Liechtheima i Wernickego, należy dodać inny dla uzmysłowienia nauki o zбочeniach w pisaniu i czytaniu, które często łączą się z zaburzeniami właściwej mowy. Jak bowiem z wrażeniami słuchowemi, t. j. z głosem, możemy także skojarzyć nasze wyobrażenia z wrażeniami wzrokowemi. Obok mowy głosowej obdarzeni jesteśmy mową pisaną, gdyż możemy cudze myśli rozumieć, a własne wyrażać pismem, podobnie jak mową. Dalej możemy mowę słyszana uzmysłowić w piśmie, t. j. przenieść ją ze sfery słuchowej na wzrokową i odwrotnie: pisaną przenieść przez czytanie na narząd słuchu. Istnieje zatem ścisły związek między jednym a drugim sposobem wyrażenia i rozumienia myśli i znamy różne zaburzenia w tych czynnościach i w ich związkach. Dla wyłożenia tych czynności i ich zбочeń musimy znowu uciec się do sposobu pierwotnego ich wytwarzania się i rozwoju.

Dziecko, uczące się czytać alfabet dostaje wrażenia wzrokowe drogą n. wzrokowego $k-o_1$ (p. ryc. 2) do pewnego miejsca w korze mózgowej o_1 , które nazywamy ośrodkiem wzrokowym dla liter (*Buchstabenbildzentrum*). Na tem miejscu, odpowiadającym zakończeniu n. wzrokowego w korze potylicznej, albo w dolnym płacie ciemieniowym (p. niżej), wytwarza się pamięć dla obrazów optycznych pojedynczych liter. Przy nauce pisania odchodzą z tego miejsca podniety do p , gdzie się wytwarza przez ćwiczenie w pisaniu wyobrażenie pamięciowe dla ruchów ręki prawej, wykonywanych przy pisaniu poszczególnych liter, t. j. ośrodek obrazów ruchowych (*Schreibbewegungsvorstellung, Centrum für Schreibbewegungsempfindung*), z którego wychodzą bodźce, inerwujące do obwodu, t. j. do n. n. i mięśni ręki prawej drogą $p-r$. Z drugiej strony ośrodek dla obrazów wzrokowych o_1 łączy się drogami kojarzącymi z ośrodkami pojęcia słownego o_1-s i o_1-m , które pośredniczą w czytaniu i samodzielnem pisaniu. Drogą n. wzrokowego wrażenia dostają się do ośrodka wzro-

kowego, który łączy się ściśle ze sferą słuchową. Albowiem z obrazem optycznym litery ściśle się kojarzy jego obraz dźwiękowy i przy pobudzeniu pamięci obrazów optycznych liter budzi się zawsze wrażenie słuchowe, podobnie jak znak optyczny nuty muzycznej, n. p. c , łączy się z odpowiedniem wyobrażeniem słuchowem. Przez ośrodki s i m zostają połączone ośrodki dla pisania z ośrodkiem pojęciowym w P , które to połączenie umożliwia dopiero rozumienie pisma i pisanie samodzielne. Podobnie jak dla każdego słowa istnieje także dla każdej litery osobna pamięć obrazowa, słuchowa i pamięć ruchowa.

Tu musimy zaraz zwrócić uwagę na ważną różnicę, zachodzącą między uczeniem się mówić, a pisać i czytać. Przy mowie uczymy się odrazu wymówić całe słowo, cały wyraz, a rozkładania słowa na poszczególne jego części, t. j. litery

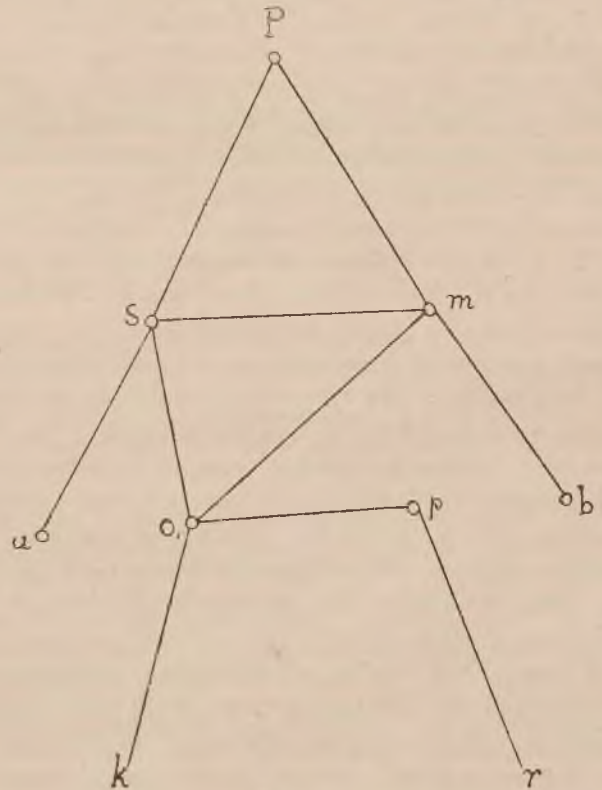


Fig. II. Szemat podług Małachowskiego.

i zgłoski uczymy się dopiero później. Odwrotnie, przy pisaniu i czytaniu najpierw zaczynamy od pojedynczych liter, potem sylab, a nakoniec piszemy i czytamy całe wyrazy. W ten sposób odbywa się także ta czynność u dorosłego, gdyż zawsze czytamy i piszemy tylko przez sylabizowanie, jak to wyjaśnił Grashay, przez co też w tych razach potrzebujemy dłuższego czasu do wytworzenia pojęcia słownego, aniżeli przy mowie.

Czytanie odbywa się w ten sposób, że od obrazu optycznego w o_1 zostają inerwowane drogi o_1-s , o_1-m , dalej $s-P$ i $s-m-b$. Przy pisaniu podnieta wychodzi od pojęcia i dochodzi drogami $P-s$ i $P-m$ przez $s-o_1$, $m-o_1$ i o_1-pr do ręki prawej. Przy pisaniu, jak również przy czytaniu, muszą według Wernickego być utrzymane i nietknięte pojęcia słowne w swych dwóch składnikach, t. j. w ośrodkach czuciowym i ruchowym dla mowy s i m , jakoteż droga kojarzenna między nimi. Stosownie do tego szematu (ryc. 2) przychodzi do skutku 1) czytanie bez zrozumienia drogą $k-o_1-s-m-b$, 2) czytanie z zrozumieniem przez dołączenie do poprzedniej drogi ośrodka pojęciowego drogą $s-P$. Jeżeli się czyta nie głośno, nie wymawiając, droga $m-b$ jest zbyteczna 3) Dla odpisa-

nia, kopiowania, bez rozumienia, wystarcza droga *k-o-p-r*, odpisanie bowiem mechaniczne ze wzoru figur, liter jest sprawą optyczno-ruchową i daje się wykonać bez wyobrażenia i zrozumienia znaczenia słowa. 4) Przy pisaniu dyktowanego musi być czynną cała droga od n. słuchowego przez pojęcie słowne *s* i *m* i ztąd do *o-p-r*. 5) Jeżeli piszący podług dyktowania ma także rozumieć to, co pisze, to musi także być pobudzone pojęcie *P* drogą, *s-P*. 6) Przy pisaniu samodzielnem podnieta, wychodząca od wyobrażenia w *P* inerwuje pojęcie słowne *s* i *m*, które wysyłają dalej bodźce do ośrodka obrazów piśmiennych *o₁* i drogą *o₁-p-r* do ręki prawej.

Wyobraźmy sobie teraz różne zmiany albo choroby w różnych punktach tego szematu i zastanówmy się, jakie z nich muszą wynikać następstwa i objawy.

Według Wernickiego odróżniać należy:

1) Aleksyę podkorową (*cécité verbale pure* autorów francuskich), jeżeli jest przerwana droga dośrodkowa z obwodowego narządu wzrokowego do ośrodka optycznego dla liter, t. j. między *k* a *o₁*. Przytem czytanie, jak również kopiowanie, jest niemożliwem. Natomiast pisanie samodzielne, jakoteż dyktowanego są wykonalne, gdyż drogi odpowiednie *P-s-m-o₁-p-r*, względnie *a-s-m-o₁-p-r*, są nienaruszone i czynne.

2) Aleksya korowa z zniszczeniem lub niesprawnością ośrodka *o₁*, powodującemi utratę pamięci optycznej dla znaków pisma. Tu pisanie samodzielne i dyktowanego, jak niemniej kopiowanie i czytanie pozostają niewykonalnemi.

3) Aleksya pozakorowa, polegająca na przerwaniu połączenia między *o₁*, a pojęciem słownem *s* i *m*. W tym stanie tylko kopiowanie mechaniczne jest możebne drogą *k-o-p-r*; natomiast czytanie i pisanie samodzielne, jakoteż dyktowanego jest niewykonalne. Postać tę nazywano także „ślepotą wyrazową“ (*Wortblindheit*). Chory widzi pismo dobrze, odróżnia kształty liter, może je nawet kopiować; nie jest jednak w stanie ich wyrazić, ani pojąć co one znaczą; rozumie zaś obrazy i może nawet rozwiązywać rebusy.

4) Agrafia podkorowa skutkiem przerwania drogi ośrodkowej między narządem ruchowym obwodowym a ośrodkiem ruchowym dla ręki prawej, t. j. *p-r*. Pisanie samodzielne, dyktowanego, jakoteż kopiowanie przynajmniej ręką prawą nie jest możebne; natomiast nie jest wykluczoną możebność pisania ręką drugą, lub inną częścią ciała, gdyż zdaniem Wernickiego tylko drogi ruchowe dla ręki prawej są przetrwane; zdolność czytania jest przytem oczywiście utrzymana.

5) Agrafia korowa przy niesprawności ośrodka ruchowego dla pisania w *p*. Utrata wyobrażenia ruchów potrzebnych do pisania, o ile odnoszą się do inercji ręki prawej, używanej do pisania. Objawy jak pod 4

6) Agrafia przewodnictwa (*Leitungsagraphie*), będąca następstwem przerwania drogi *o₁-p*. „*Lorsque l'image visuelle existe, mais que la voie de conduction entre le centre optique et le centre moteur de la main est détruite, celle-ci n'est plus actionnée par l'image et ne peut plus écrire*“ (Bernheim). Objawy, jak łatwo wywnioskować z szematu, będą tu te same, jak przy postaciach poprzednich (4 i 5), z tą tylko różnicą, że tu inne subtelne ruchy ręką prawą, jak wogóle ruchomość tej ręki, są zupełnie prawidłowe, gdy w postaciach 4 i 5 należy według Wernickiego i in.) przypuścić pewne porażenie, a co najmniej niedowład tej kończyny.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Th. Kocher: *Chirurgische Operationslehre* (IV Auflage Jena. G. Fischer 1902).

Książka Kochera cieszy się nie małym wzięciem w zamkniętym świątku chirurgów. Świadczy o tem IV wydanie w przeciągu kilku lat, a nie mniej przemawia za tem przekład polski, którego nie mógłbym nazwać wzorowym, mnóstwo bowiem świeżo wyszukanych wyrazów i styl chropawy czynią, że nawet dla polaka, umiejącego oczywiście coś-nie-coś po niemiecku, język oryginału jest jeśli nie przystępniejszym, to w każdym razie mniej nużącym. Może tłumacz w tym kierunku naśladował autora, o ile bowiem ocenę potrafię, to z kart książki Kochera przebiega nieszczerą dbałość o formę literacką, — co zresztą nie obniża wartości istotnej książki i co się częściowo tłumaczy sposobem pisania. W przedmowie bowiem wspomina autor, że wiele ustępów w „nauce o operacjach“ dyktował podczas samej operacji. A to chyba nie bardzo odpowiednia chwila do tworzenia zaokrąglonych okresów i po literacku wykończonych zdań.

Również nie zaliczyłbym do najszcześniejszych pomysłów wyboru samejże książki do przyswojenia naszemu piśmiennictwu. Nam brak elementarnych podręczników w tym kierunku, a luki tej nie wypełni książka Kochera. Sam autor już na karcie tytułowej zaznaczył poniekąd coś i stanowisko swaj książki, opuszczając stereotypowe „für Studierende und Aerzte“. Bo też książka Kochera, — tak myślę, — nie może służyć, jako podręcznik dla uczących się chirurgii wogóle, a tylko dla szczupłego koła bezpośrednich uczniów Kochera. Dla adeptów innej szkoły książka ta, jako podręcznik, ma bardzo względną wartość. Od karty tytułowej bowiem aż do ostatniej strony cała książka przesiąknięta jest Kocherem, a tem samym jest bardzo jednostronną i podmiotową. A taka jednostronność nie może być i nie jest zaletą podręcznika. Położywszy n. p. główny nacisk na rozszczepliwość skóry i od kierunku jej czyniąc zależnym kierunek cięć skórnych, zaleca metody operacyjne, które chirurgowi o zmyśle krytycznym, nie przyémionym dążeniem (niekiedy za każdą cenę) do oryginalności, wydawać się muszą trochę dziwnymi. (Porównaj końcowy ustęp oceny tej książki, napisanej przez prof. Rydygiera w „Nowinach lek.“ 1902 Nr. XI).

Natomiast dla tych, którzy chirurgię już umieją, książka Kochera ma ogromną, wyjątkową wartość. Kocher zajmuje w gronie współczesnych chirurgów zbyt wybitne stanowisko, abyśmy w kwestyach wątpliwych i nieścisłych nie zapragnęli dowiedzieć się, co też on o tej lub innej sprawie sądzi? Dzięki zaś tej książce poglądy tego chirurga i sądy o romantycznych zagadnieniach mamy zebrane w jednym dziele, obejmującym całokształt nauki i sztuki chirurgicznej i już nie potrzebujemy, uzbroiwszy się w niemąłą dozę cierpliwości i wytrwałości benedyktyńskiej, szperać w zakurzonych stosach zadrukowanej bibuły, przedstawiającej bieżące piśmiennictwo. Książka Kochera ma wartość dokumentu z pierwszej ręki. Pod tytułem jej, tam, gdzie inni piszą „podręcznik dla studentów i lekarzy“ mógłby Kocher podpisać „publiczne wyznanie osobistych przekonań i wiary chirurgicznej autora“. I uczyniłby to mógł tem śmieiej, że wyzwała się z pod ogólnie przestrzeganego szematu w tego rodzaju książkach i szeroko (z wielką korzyścią dla czytającego) rozwodzi się o aseptyce, antyseptyce i o znieczulanii.

Tyle ogólnie. Zapuszczać się w szczegóły niebezpiecznie. Trzebaby bowiem streszczać chyba stronę po stronie, tyle tam myśli i metod nowych, czasami naprawdę oryginalnych. Z każdego niemal wiersza przebiega się pewne, niekiedy... śmiałe, zaufanie do sił własnych, nie pozwalające Kocherowi iść drogą, którą już inni wygodnie i szczęśliwie przeszli, lecz każe mu zawsze i jakby... z zasady

wyszukiwać nowych ścieżek dla siebie, których racji i potrzeby istnienia czytający nie zawsze pojmuje. Ztąd też chirurg wychowany w innej szkole, czytając tę książkę, nie nad jedną stroną w skromności ducha swego zastanowi się dłużej i pomyśli, że tę lub ową operację możnaby przecież wykonać równie dobrze, ale sposobem prostszym i niekoniecznie... *modo* Kocher. Równie jednak często przyjdzie przyznać czytającemu, że tak jak Kocher robi, jest lepiej i że w przyszłości trzeba by tak robić, jak to on radzi.

Wszystko to jednak razem żadnym sposobem nie może wpływać na wartość książki, — bo wartość jej główna i nieoceniona spoczywa właśnie w tym subiektywizmie. Takich książek trzeba więcej i jak najwięcej, a wówczas piśmiennictwo nasze pozbyłoby się może nudnego szablonu, łatwiejszym stałoby się ogarnięcie ogromnie rozrastającego się piśmiennictwa specjalnego. W książkach tak pojętych i tak pisanych odbija się indywidualność chirurga, jak w zwierciadle i z takich „auto-sylwetek“ historyk chirurgii w dalekiej przyszłości nie jednego potrafi się dowiedzieć. *Mh.*

v. Wyciągi.

K. Israel. Przyczynnik do leczenia otoku ropnego. (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 47, 1902). W przypadku uporczywego otoku ropnego poprowadził J. prócz cięcia poprzecznego dla wycięcia żebra drugie pionowe od IX żebra w dół. Wynik był bardzo dobry. To też obecnie operuje wszystkie przypadki otoku ropnego w następujący sposób: wycina z IX żebra około 6 ctm., nacina opłucną dla wypuszczenia ropy; następnie prowadzi cięcie pionowe do XI żebra, przyczem wycina kawałek X żebra długości 4 ctm. Wprowadziwszy palec do utworzonego otworu opłucnej, znajduje położenie przepony i następnie przecina na $\frac{1}{4}$ ctm. nad przeponą tkankę międzyżebrową IX i X żebra wraz z opłucną, przyczem uważa na to, by nie przeciąć przepony; w końcu podwiązuje naczynia. Wytwarza w ten sposób bramę, którą się wylewa treść jamy opłucnowej. Zalety tego sposobu zdaniem autora są te, że wyodróżnienie jamy opłucnowej jest zupełne, jamę można dobrze wypłukać, niema uciążliwego podrażnienia do kaszlu, gojenie jest szybkie i bezgorączkowe, nie musi się zakładać sączków. *B. Żmigrod.*

Matzenauer. Przeciwkowe nacieczenie i ropień u kobiety; przewlekłe rzeźączkowe stwardnienie żeńskiej cewki. (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45, 1902). Podobnie jak u mężczyzn ulegają i u kobiety schorzeniu gruczoły błony śluzowej w ostrej rzeźączce. Błona śluzowa jest wtenczas dookoła gruczołów zaczerwieniona, ujścia gruczołków są ciemniej zabarwione, z miejsc tych przy ucisku wypływa ropa. Skutkiem zwiększonego obrzęku zapalnego zmniejszają się skośnie przebiegające przewody, w następstwie czego nie może ropa wypływać. W ten sposób tworzy się dużo maleńkich ropni. Im większa ilość ropni w ścianie cewki, tem grubsza i twardsza przedstawia się cała cewka. Nie zawsze ropień taki przebiega do cewki: często draży w głąb aż do ciał jamistych. Podobnemu sposobowi zropienia, jak gruczoły Littrego, ulegają także gruczoły Skene'go, leżące przy ujściu cewki i gruczoły Bartoliniego, znajdujące się niżej cewki. Jeżeli ropień przedostanie się przez zatoki jamiste cewki, tworzy się wtenczas naciek między cewką a przednią ścianą pochwy, wypuklający coraz bardziej tę ostatnią ku dołowi, w końcu może ropy nawet przedziurawić ścianę pochwy. Jeżeli ropień taki otworzy się do cewki, albo do pochwy, to powstała zatoka pokrywa się szybko po odpłynięciu ropy ziarniną i następuje wyleczenie. Jeżeli zaś powstanie równoczesne przebiecie i do cewki i do pochwy, powstaje przetoka moczowa. Nie zawsze jednak przychodzi w rzeźączce cewki do wytworzenia ropni; czasem zapalenie gruczołów, zwłaszcza w przewlekłym przebiegu, sprowadza wytworzenie większej ilości tkanki łącznej, w następstwie czego cała cewka staje się znacznie grubsza i twardsza, ujście cewki ma wtenczas brzozi wyinięte i twarde, z którego często wystają mięśka (*carunculae*) cewki, jako polipy śluzowe. W następstwie tej zmiany przychodzi często do zwężenia cewki. Zmiany te cewki różnią się od stwardnienia kiłowego bardzo dawnym przebiegiem, znaczną bo. esnością i brakiem zajęcia gruczołów pachwinowych. *P.*

Clairmont i Haberer. O zachowaniu się zdrowej i zmienionej otrzewnej zwierzęcej. (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45, 1902). Doświadczenia nad siłą wssysania otrzewnej

były robione na 200 zwierzętach. Autorowie wstrzykiwali 10 ctm.³ 2% wodnego roztworu jodku potasowego, następnie usiłowali wykazać jod w moczu próbą azotowo-chloroformową, która jest tak czuła, że daje wynik dodatni przy ilości $\frac{1}{1000}$ mgr. jodku potasowego. Oznaczyli przytem czas trwania wydzielenia się moczu, zachowanie się wssysania w otrzewnej przy wzmocnionym lub zmniejszonym ruchu kiszki, co się otrzymuje przez wstrzykiwanie wyroczynu jadowitego (*physostigma*) lub atropiny; dalej zachowanie się otrzewnej po jednorazowym nadęciu jamy otrzewnej powietrzem. Prócz wodnego roztworu jodku potasowego wstrzykiwali autorowie także jodek potasu w gotowanym moczu, w treści żółdkowej chorego na raka żołądka i w gotowanej żółci wołowej. Badali także wssysanie po otwarciu jamy brzusznej, po wywołaniu przedziurawienia jelita postrzałem, w powstającym zapaleniu otrzewnej, wpływ odurzenia narkotycznego na wssysanie, wywołanego rozmaitymi środkami narkotycznymi, starali się wyodrębnić pewną część otrzewnej (otrzewną przepony) przez pociągnięcie jej kolodynem. Rozpoczęli także badania nad przepacaniem po otwarciu jamy brzusznej. Doświadczenia te doprowadziły do następujących wyników: 1) wzmocniony ruch robaczkowy jelit przyspiesza wssysanie w otrzewnej; 2) przez jednorazowe wdmuchiwanie powietrza do jamy brzusznej wssysanie w otrzewnej nie ulega zmianie; 3) dla otrzewnej obojętne są płyny jałowe, jak mocz, treść pokarmowa itd.; wstrzyknięte do jamy otrzewnej, nie powstrzymują wssysania, podobnie też działa treść pokarmowa, wylewająca się po przedziurawieniu jelita postrzałem; 4) w początkach zapalenia otrzewnej wssysanie jest wzmoczone, zwolnione zaś w okresach końcowych; 5) przy otwarciu jamy brzusznej z aseptyką suchą wssysanie jest istotnie zwolnione; 6) przy aseptyce wilgotnej wssysanie się mało zmienia; 7) odurzenie narkotyczne wpływa zależnie od zastosowania środka narkotycznego; 8) przy wyłączeniu otrzewnej przeponowej występuje znaczne zwolnienie; 9) otwarcie jamy brzusznej nie wpływa na czynność przesączania się w niej. *B. Żmigrod.*

Grawitz. O blednicy. (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. Zeszyt* 25, 1902). Zdarzają się bezwzględnie przypadki prawdziwej blednicy i u młodzieńców słabiej zbudowanych i oddanych spokojnemu zawodowi, n. p. u krawców, pisarzy i t. p. Do szkodliwych czynników usposabiających zalicza autor podawanie wysokoku w wieku młodocianym. Dość często służące, zdrowe dziewczęta ze wsi, już po krótkim pobycie w wielkiem mieście zapadają na blednicę i tu z pewnością zmiana w odżywianiu i sposobie życia, jak późne udawanie się na spoczynek nocny, cięższa praca, chodzenie po piętach, pośpiech w życiu, zmartwienia, tęsknota i brak świeżego powietrza ważną odgrywają rolę. Powrót do domu usuwa chorobę w krótkim czasie bez stosowania jakiegokolwiek innych środków i dlatego autor określa tę postać, jako blednicę wielkomięską. Upośledzony rozwój układu naczyniowego sam bezwzględnie nie może być przyczyną blednicy; najwyżej jest on tylko ważnym czynnikiem usposabiającym i najcięższe przypadki są właśnie te, które z powodu upośledzonego rozwoju serea i naczyń są powikłane niedokrewnością. W wielu tych przypadkach sprawdza się zdanie Virchowa, że objawy blednicy pod wpływem leczenia stają się tylko utajone, lecz nigdy nie mogą być zupełnie wyleczone. Nieraz początki gruźlicy i przewlekłe zapalenie nerek przebiegają pozornie pod postacią objawów blednicy.

Zapamiętanie, jakoby przyczyną blednicy były zaburzenia w domniemanem wydzieleniu wewnętrznym narządu płciowego, autor nie uznaje; taksamo nie wytrzymuje według niego krytyki hipoteza, jakoby samozatrucia z powodu spraw gnilnych w jelitach były przyczyną blednicy. Zdaniem autora blednica polega więcej na nieprawidłowościach w wytwarzaniu limfy, aniżeli krwi. Tak w tkankach, jak i we krwi jest nagromadzona większa ilość płynu, gdyż z powodu zdaje się zaburzeń w czynności naczyń krwionośnych wymiana płynów pomiędzy krwią i tkankami jest upośledzoną tak, że płyny z powodu niesprawności wydzielniczej nie są dostatecznie odprowadzone i powodują zastój limfy. Zaburzenia te w krążeniu krwi i limfy pochodzą z nieprawidłowej czynności nerwów naczynioruchowych, co też jest przyczyną łatwo się zjawiającego i znikającego zblednięcia i zaczerwienienia u bledniczych. G. uważa zatem blednicę za nerwiec naczynioruchową, która nagabuje szczególnie, choć nie wyłącznie, dziewczęta w wieku pokwitania, a nieprawidłowy skład krwi jest tylko stałym najwyraźniejszym objawem tej nerwicy, polegającym jednak taksamo na upośledzonej czynności nerwów, jak wszelkie inne cechujące objawy nerwowe blednicy. Blednica stanowi młodocianą szczególną postać ogólnego zbioru objawów historycznych, a przy dokładnych wywiadach u kobiet historycznych bardzo często się pokazuje, że w młodości cierpiały one na blednicę.

Najskuteczniejszym środkiem leczniczym jest usunięcie chorej z dotychczasowego otoczenia i G. wyleczył już kilka przypadków

jedynie zapomocą środków przeciwnerwowych i dyetetycznych, oraz zabiegów wodolecznicych w tym samym okresie czasu, jakiego wymaga zwykle leczenie żelazem; przynajmniej jednak, że w pojedynczych przypadkach otrzymał wynik korzystniejszy pod wpływem stosowania żelaza. Autor uznaje wpływ żelaza na błednicę (poleca pigułki Blanda i rozczyn półtorachlorku żelaza 3 razy dziennie po 3—5 kropeł w wodzie), lecz nie uważa go za środek swoisty; jest to tylko przetwór pobudzający dla narządów krwiotwórczych i dlatego punkt ciężkości nie leży w podawaniu dobrego przetworu żelaza, lecz w leczeniu dyetetyczno-fizykalnem. Z początku najlepiej działa leżenie w łóżku; należy usunąć zaparcie żywota i pobudzać ląknienie. U chorych bardzo tłustych mleko tylko częściowo, lub wcale się nie poleca; jaja, przynajmniej w większej ilości, nie są pożądane, ponieważ stosunkowo bardzo łatwo powstaje gnicie w jelitach. U błedniczych ciastowatych poleca się w pierwszym czasie 2—3 razy tygodniowo gorące kąpiele z następowem poceniem się i mięsienie. Picie wód żelazistych i arsenowo-żelazistych tylko na miejscu u źródła ma wartość leczniczą.

Dr. Fels.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie narzycyjne w dniu 10 gruonia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Ozga demonstrował preparat z poprzednio przedstawionego przypadku ciąży zamacicznej.

III. Kol. prof. Rosner wygłosił odczyt: „O nowych teoriach menstruacji i implantacji jajka” (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos koll. Nowak, Siedlecki, Gertler, Ciecchanowski, Spira, Godlewski, Kostanecki, Bochenek i prelegent. Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwykajne w dniu 17 grudnia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący wita nowego członka honorowego kol. Jordana, poczem tenże dziękuje za zaszczyt, którym go obdarzyło Towarzystwo tem mianowaniem.

III. Kol. Cybulski odczytał sprawozdanie komisji, wybranej w sprawie dwurazowej nauki.

W dyskusji nad tym referatem zabierali głos koll. Borzęcki, Browicz, Braun, Ciecchanowski, Jordan, Surzycki, Poniżko i Cybulski, poczem sprawozdanie komisji uchwalono wydrukować jako dodatek do „Przegl. lek.” i uproszono kol. Jordana, ażeby referat ten przedłożył Radzie szkolnej krajowej.

IV. Następnie przystąpiono do wyboru funkcyjaryuszów Towarzystwa na rok 1903 i zgodnie z wnioskami Komitetu przedwyborczego, przedstawionymi przez kol. prof. Jakubowskiego, wybrani zostali: Prezesem kol. prof. Nowak, wiceprezesem kol. prof. Rosner, sekretarzem stałym kol. Borzęcki, sekretarzem dorocznym kol. Dobrowolski, bibliotekarzem kol. Wrzosek, redaktorem „Przeglądu lek.” kol. Kwaśnicki; do Komisji redakcyjnej koll. prof. Ciecchanowski, Cercha, prof. Raczyński i prof. Trzebiecki; do komisji kontrolującej koll. doc. Łepkowski i Maczka; delegatami do Rady zarządczej Tow. lek. galic. koll. prof. Gluziński i prof. Mars.

Wybór delegatów na Walne Zgromadzenie Tow. lek. galic. odroczone. Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VII. Korespondencye.

Kair, d. 31 grudnia 1902 r.

Zdając sprawę w 1-szym N. „Przegl. lekar.”, z ogólnego posiedzenia 1-go Zjazdu lekarzy egipskich, zakończyliśmy doniesieniem, że Prof. Bouchard (Paryż) miał na tem posiedzeniu wykład, p. t. „*Les tendances nouvelles de la thérapeutique*” (O nowych dążeniach w lecznictwie); odczyt ten przytaczamy w streszczeniu: Wyleczenie samoistne jest

prawie regułą w chorobach ostrych, w chorobach zaś przewlekłych konieczną jest pomoc lekarska. Leczenie jednak w rzadkich tylko przypadkach bywa w istocie leczące, n. p. przez zwalczanie miejscowo jakiejś przyczyny miejscowej; w przeważnej jednak części było łagodzące (paliatywne) i przyrodzone. Gdy leki, przynoszące ulgę chwilową zawodziły, uciekano się do przetworów, których nie znano własności i działania, ale których dobre skutki spostrzegano przypadkowo. Był to więc pospolity empiryzm; ale dzięki temu empiryzmowi posiadamy makowiec, który wprawdzie nie leczy, lecz zawsze przynosi ulgę, a nadto zdobyliśmy niektóre środki, które rzeczywiście leczą, a do tych zaliczam: chininę, rtęć, jod, arsen, sole salicylowe i t. d. Każdy z tych przetworów leczy jakąś właściwą chorobę i tylko tę chorobę, — jego więc działanie jest właściwe, swoiste; leczy, mimo że do ostatnich czasów nie wiedziano jakim sposobem. Dziś w przeważnej części znamy ich działanie; wywierają one wpływ na przyczynę chorobotwórczą i to przez działanie ogólne. Rzecz jeszcze dziwniejsza, że dotąd nieznamy tych przyczyn chorobotwórczych, choć znamy środki przeciw nim. Znamy wprawdzie przyczynę zimnicy i promienicy, ale nie znamy etyologii gościeca, przymiotu i t. d.

W najnowszych czasach poznaliśmy też surowice, — środki wybitnie swoiste, — których działanie jest rzeczywiście leczące. Wszystkie te przetwory, jak i surowice, działają do pewnego stopnia antyseptycznie, ale niektóre surowice mają oprócz tego własności antyseptyczne, zobojętniające jady bakteryj, albo czynią odporniejszemi komórki zwierzęce. Nic nie przemawia przeciw temu, aby leki o działaniu swoistem nie miały oprócz bakterjobójczego także działania antytoksykycznego. Bouchard przytacza Patellę, który po wstrzyknięciu soli rtęciowej dostrzegł pojawianie się leukocytozy wielojądrazstej. Jeżeli leukocyty dostają się do krwi w większej obfitości, należy przypuszczać, że spełniają swą rolę wylawiania bakterji i wydzielania fermentów w sposób bardziej wydatny. W każdym razie wszystkie te środki swoiste o działaniu ogólnem wywierają swój wpływ na zakażenie, bądź to bezpośrednio przez działanie bakterjobójcze, bądź pośrednio, pobudzając czynniki, z pomocą których ustroj atakuje zarazki, albo się przeciw nim broni.

Bouchard wpadł na myśl, że skoro w chorobach miejscowych, jak i w chorobach ogólnych, lecz umiejscowiających się, leczenie ogólne wywiera właściwy wpływ leczący, możnaby ograniczyć stosowanie środka leczniczego wyłącznie na tkankę chorobowo zajęta, czyli że możnaby próbować leczenia, wstrzykując w miejsce chorobą dotknięte ten lek, który okazał się skutecznym, gdy się rozjeździe po całym ustroju. Oblieza on, że jeżeli w gościecu stawowym ostrym człowiek, ważący 60 kgrm., dostaje drogą ustną 6 grm. dziennie salicylanu sodowego i po kilku dniach takiego leczenia zostaje wyleczony, to na każdy kilogram ciała tkanki zdrowej i chorej przypada 10 etgr. dziennie tego leku. Jeżeli jeden staw, a mowa o stawach większych, waży 50—100 grm. tkanki zajętej chorobowo, wystarczyłoby 5—10 mlgr. na wyleczenie każdego miejsca chorobowo zajętego. Nie mówię o dawkach tak małych, przytacza przykłady, gdzie 3 etgr. salicylanu sodowego, rozpuszczone w 2—4 ctm³ wody, a wyjątkowo dawki większe od 10—20 etgr., leczyły bezwarunkowo gościec stawu. Jeżeli wstrzykujemy w jeden staw zajęty, to leczenie odnosi się tylko do tego stawu, nie wywiera zaś żadnego wpływu na inne, a nawet nowe stawy w trakcie tego leczenia mogą być zajęte.

Kiedy więc idzie o jeden staw, leczenie miejscowe wystarczy. W gościecu ogólnym należy naturalnie stosować leczenie ogólne; ale jeśli leczenie ogólne nie wystarcza, trzeba mu przyjść z pomocą leczeniem miejscowem. Leczenie miejscowe skutecznem jest także w postaciach przewlekłych, ale aby osiągnąć trwałą poprawę, trzeba je przeprowadzać wytrwale. Równie dobre wyniki otrzymał Bouchard, lecząc miejscowo rozpoczynające się zapalenie osierdzia i opłucnej; nie udało mu się zaś leczenie miejscowe zapalenia śród-

sierdza. Nie udało się też leczenie bólów błyskawicznych w wiązce rdzenia. W tym ostatnim przypadku osiągał poprawę zapomocą wstrzykiwań jodku potasowego. Łącząc zaś ten przetwór z dwujodkiem rtęci w ten sposób, że na 100 grm. wody przypada 3 grm. jodku potasowego i 1 centgr. dwujodku rtęci i wstrzykując 2 ctm³ tego rozezninu, osiągał trwałe i dobre skutki.

Wyniki te skłoniły Boucharda do spróbowania leczenia miejscowego przyniotu przez stosowanie środków swoistych. Badania są jeszcze w toku, ale z tego, co dotąd zrobiono, można wnosić, że jakkolwiek przyniot wymaga leczenia ogólnego, mimo to można szybko usunąć zmiany miejscowe, ograniczone, samem leczeniem miejscowem, szczególnie w miejscach widocznych, jak na twarzy, oku, języku i że prawdopodobnie można będzie działać skutecznie miejscowo także na zmiany głębsze.

Nie wdając się w inne choroby, zdaje się prelegentowi, że leczenie miejscowe zapomocą dawek minimalnych jest pewne, — a nadto, że działanie to jest antyseptyczne, że wywiera wpływ miejscowy raczej na czynniki, wywołujące chorobę, niż na komórki zwierzęce, walczące z tymi czynnikami, choć i to drugie nie jest nie możliwe.

Byłoby rzeczą niemiłą, powiada prelegent, wyliczać leki ogólne, których używano przeciw chorobom miejscowym i obliczać ile kosztował jod, tran rybi i tyle innych, które podawano przeciw ropniom opadowym, wilkowi i t. d.; dopiero wyjaśnienie miejscowej przyczyny takich chorób, jak gruźlica gruczołów, lub też zapalenie otrzewnej zdecydowało lekarza — internistę do zawezwania chirurga. A zakres tego leczenia miejscowego nie ogranicza się jedynie do zakażeń; zrozumieli to już dawniej od internistów okuliści, stosując miejscowo różne środki swoiste.

Kończąc, nie stawia Bouchard horoskopów na przyszłość, gdyż jest przekonany, że nasi następcy otworzą nowe drogi, których my nie możemy przewidzieć, ale może powiedzieć stanowczo, na jakiej drodze znajduje się lecznictwo obecnie; nie odrzuca ono działania ogólnego na cały ustrój; postępuje w ślad za niem przez użycie ciał chemicznych, a przedewszystkiem przez stosowanie czynników fizycznych. Działa także na odżywienie, bądźto jeśli odżywienie samo przez się jest przyczyną, bądź jeśli zaburzenie w odżywieniu mogłoby sprzyjać rozwinięciu albo uporeczywości zakażenia. Terapia obecna zwalcza owo zakażenie środkami ogólnymi, ale przedewszystkiem i coraz to częściej środkami miejscowymi, — wywierając bądźto działanie antyseptyczne, bądź czynność antytoksyczną i przez te środki staje się prawdziwie leczącą. Udziela mu natchnienia poznanie zarazka, które jest chwałą XIX stulecia, a które rozwinięte jeszcze wiek XX, przechowując naukę i pamięć tych dwóch dobroczyńców wszystkich wieków — Pasteura i Listera. (Należałoby nie zapominać i o Kochu. *Przyp. sprawozdawcy*).

Dr. Batko.

VIII. Ginekologia Galena.

Studjum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

IV.

Fizjologia i patologia ciąży, porodu i pogoju. Dietyka noworodka.

(Ciąg dalszy).

Prócz nieprawidłowych położań płodu, które stanowiły najważniejszą przeszkodę porodową, były jeszcze inne, jak n. p. ciąża bliźniacza. Jak się na nią Galen zapatruje, tego nie powiada, pomimo sposobności, jaką miał, komentując Hipokratesa.

Plód nieżywy, nie mogąc współdziałać podczas porodu, sprowadza przez to pewne niebezpieczeństwo. Podobny wpływ, jak ten ostatni, ma na przebieg porodu także źle rozwinięty i chory plód, jako też nie mniej niedobry stan zdrowotny matki. W pierwszym bowiem razie odpada współdziałanie dziecka, jak przy płodzie nieżywym, a przy chorobie matki, — zwłaszcza ostrej, — jej współdziałanie. (*in aph. Hippocr. com. quint. 55* i *in I. Hippocr. de vulg. morbis com. sec. 68*). Z natury rzeczy wynika, że Galen, nie zajmujący się położnictwem, musiał w tym razie przedewszystkiem polecić użycie rozmaitych leków, jak n. p. mleka kobiecego z miodem i korzeniem macierzanki (*de remed. parabil. lib. III.*), środków pobudzających do kichania (*in aph. Hip. com. quint. 35*) i wiele innych (*de remed. parabil. lib. II. cap. XXVI.*), jakkolwiek nie obcem mu było wydobycie tych płodów zapomocą żelaznego haka, jak to wynika z komentarza do wyrazu „*ϕυλοσ*“ u Hipokratesa (*explanatio linguarum quibus Hippocr. usus est*).

Pod względem zapatrywania się na niebezpieczeństwa, wynikające z braku współdziałania płodu, nie było ono inne u Galena, jak u Soranusa, Celsusa i Hipokratesa.

Gdy wody płodowe podczas porodu wypływają, tem samem zwilżają i rozmiękczejają ujście macicy, przyczyniając się w ten sposób do łatwiejszego i szybszego jego rozwarcia się. Przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza brak współdziałania tego czynnika, a ujście rozwiera się z tego powodu powoli. W tych przypadkach, chcąc naśladować współdziałanie przyrody, poleca Galen wstrzykiwania do pochwy podczas porodu („... *cum repente ac simul humor effluere occupavit, ipsae (obstrices) naturam imitari coactae humores quosdam habent, quibus collum matricum perfundant*“ *de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. V.*), podczas gdy Soranus używał przy powolnem rozwieraniu się ujścia macicznego ciepłej oliwy i maści rozmiękczejających, polecając zarazem rozszerzanie palcem.

Późnego odejścia wód z powodu zbyt grubych błon płodowych, zdaje się, Galen nie znał, gdyż błony składają się wedle niego z bardzo cienkich warstw, których włókna w ten sposób są ułożone, by razem wzięte przedstawiały właśnie potrzebną siłę. (*ibid.*)

Do patologii porodu, wedle Galena, musimy zaliczyć i brudne wody płodowe, a to z powodu niebezpieczeństwa, jakie one przedstawiają dla przyszłego pogoju. Galen wprawdzie mówi jedynie o krwi czarnej, żółciowo zabarwionej, rdzawej, śluzowej i t. d. wydobywającej się z pochwy. (*in I. Hippocr. de vulg. morbis com. tertius. 21*); nie trudno jednak odgadnąć, że widział w tych przypadkach brudne wody płodowe, których istotę naturalnie po swojemu tłómaczył.

O nieprawidłowościach miednicy, jako o przeszkodach porodowych, nie wspomina wcale.

Podobnie, jak przy poronieniach, uciekał się Galen do spekulacji, o ile sobie w danym razie sprawy zdać nie mógł z etyologicznego czynnika, tak też w przypadkach ciężkich porodów, jeśli przyczyny ich znaleźć nie mógł, uciekał się do teorii, przeważnie pomocną mu była jego nauka o temperamentach. Jeżeli żadnej ze wspomnianych przyczyn, których zresztą dosyć dużo wymienia, znaleźć nie może, natenczas twierdzi, że kobieta, o którą chodzi, jest zimną i przez to poród utrudnia „*laborabant autem parientuli difficultate propterea quod frigidus status erat*“ (*in I. Hipp. de vulg. morbis com. secund.*).

Po odejściu płodu, odbierania którego nas zresztą Galen nie poucza, baczy on na to, czy łożysko odchodzi, czy też nie. Jeżeli się zatrzymuje, należy podawać leki, a gdy te nie skutkują, pobudzać matkę do kichania. (*in aph. Hipp. com. quint. 50*). O wydobyciu ręcznem łożyska, lub o jakichkolwiek innych zabiegach, by sprowadzić jego wydalenie, Galen nie wspomina. Nie wyklucza to naturalnie ręcznego wydobywania łożyska za czasów Galena; w każdym razie

jednak dowodzi, że się do niego nie uciekano, dopóki nie wypróbowano poprzód innych środków. Jeżeli po lekach wewnętrznych, które Galen w tym razie rodzajem podawał, nie możemy sobie dużo obiecywać, to przecież musimy pochwalić, że — jeżeli wogóle przystępował do wydobycia ręcznego łożyska — to nie szybko, przez co się zbliża do Soranusa. Różnica pomiędzy nimi polega tylko na tem, że podczas gdy Galen jest zwolennikiem użycia innych środków przed ręcznym wydobyciem, to Soranus, nie licząc w tym razie dużo na leki, radzi dla próby lekko pociągać za pępownię, a gdy to nie skutkuje, wprowadzić rękę do macicy i wypróżnić ją. (*Soranus lib. I. cap. XXI*). Celsus był przeciwny niebezpiecznemu pociąganiu za pępownię z obawy oderwania jej; sprzeciwiał się także podawaniu przetworów pobudzających do kichania, nie radząc wogóle dużo czasu tracić na podawanie leków, lecz był pod tym względem najenergiczniejszym z lekarzy starożytnego świata, przemawiając za ręcznym wydobyciem łożyska jeszcze nawet przed odpuśleniem noworodka. (*Celsus lib. VII. cap. XXIX*). Im dalej wstecz pójdziemy, tem więcej znajdziemy rad nieodpowiednich w tym kierunku, a nawet niebezpiecznych. I tak Euryfon i Dion podawali leki, Euenor, Sostratos i Apollonius pociągali za wystające błony, Straton wprowadzał ciepłą parę, — co wobec dzisiejszego ponownego wprowadzenia pary do terapii ginekologicznej zasługuje na uwagę, — a Mantias używał ciężarków ołowianych, które zawieszano na wystających błonach. (*Soranus l. c.*). Wszystkie te środki, z wyjątkiem ręcznego wydobycia łożyska znajdujemy już o wiele wcześniej u Hipokratesa.

Cały ten szereg lekarzy, zalecających różne metody, polegające w istocie rzeczy, na tej samej zasadzie, dowodzi, że starożytni położnicy znali niebezpieczeństwo, jakie grozi matce z zatrzymaniem łożyska, jak niemniej i z ręcznego jego wydobycia. Ztąd ta wielka liczba środków pomocniczych, zmierzających do uniknięcia tego zabiegu i z tego powodu upłynęło dużo czasu, zanim się nauczono dopatrywać nie tylko złych stron, ale i cenić korzyści, wynikające z tego zabiegu, ręcznego wydobycia łożyska; dopiero Celsus i Soranus stanęli na stanowisku zbliżonym do dzisiejszego

Po odejściu łożyska lub jaja płodowego w pierwszych kilku miesiącach ciąży rozpoczyna się połóg. Starożytni lekarze wiedzieli dobrze, jak ważne znaczenie przypisać należy temu okresowi w życiu kobiety i dlatego poświęcali mu wiele uwagi. Dziwnym zbiegiem okoliczności nie możemy się jednak wiele od nich dowiedzieć o traktowaniu połogu Hipokrates pozostawił tylko kilka historyj chorób nieprawidłowo przebiegających połogów (*Hippocrates, „de morbis vulgaribus“ lib. I. K. III*). Z nich dowiadujemy się o postępowaniu najdawniejszych lekarzy i opierając się na nich, możemy się domyślać, jakich prawideł przestrzegano w połogu fizyologicznym. Celsus, ten istotny Cycero między starożytnymi lekarzami, niestety tylko tu i ówdzie wspomina kilku zaledwie słowy o niebezpieczeństwie grożącym kobiecie, gdy połóg jej nie przebiega gładko, a dla ostrożności żąda, by położnicę traktowano tak, jak chorą gorączkującą. „*reliqua curatio talis esse debet, qualis in inflammationibus*“ (*Celsus lib. VII. cap. XXIX*). Załować musimy, że Celsus o tej sprawie, tak ważnej dla przyszłego życia kobiety, tylko ogólnikowo się wyraża. Od niego moglibyśmy się przecież najwięcej dowiedzieć wobec jego zwięzłości i wyrazistości. Strata to dla historii położnictwa tem większa, że odpowiednio rozdziały u Soranusa, który, jak wnosić możemy, zajmował się dyetetyką połogu dosyć obszernie, nas nie doszły. Z dzieł jego możemy sobie jednakowoż przynajmniej część jakąś odtworzyć na podstawie tego, co nas doszło; a nadto Moschion wynagradza nas do pewnego stopnia w tym kierunku. Galen poświęca wprawdzie więcej czasu połogowi, aniżeli porodowi, lecz to, co nas w tej sprawie doszło, jest tylko komentarzem do wspomnianych historyj chorób Hipokratesa (*in Hippocr. primum, tertium, sextumque de morbis vulgaribus commentarii*). Oryginalnej pracy

nie zostawił w tym kierunku żadnej, a przyczyny tego musimy znowu szukać w ówczesnych oplakanych stosunkach rzymskich i w specjalnych stosunkach lekarskich Galena. Z chwilą rozwiązania kobiety opiekowała się nią położna tak, że lekarze nie mieli wprost sposobności spostrzeżenia gładkiego połogu. W szczególności zaś odnosi się to do Galena, który przecież praktyki położniczej nie wykonywał w znaczniejszym stopniu. Lekarza wzywano dopiero wtedy, gdy zachodziły jakieś nieprawidłowości, z których sobie położna sprawy zdać nie mogła. Ztąd to pochodzi, że w traktowanie nieprawidłowego połogu u starożytnych jesteśmy stosunkowo bardziej wtajemniczeni, aniżeli się rzecz ma z połogiem prawidłowym. Wobec tego skąpego materiału jednakowoż, jaki nas w tym przedmiocie doszedł, musimy Galenowi i za to być wdzięczni.

Według niego powinna się kobieta po porodzie zachowywać spokojnie, pocić się, oddawać odpowiednią ilość moczu, wyglądamy fizyologicznie, przestrzegać ścisłej dyety; wypróżnienia powinny być regularne, zbitości i barwy prawidłowej, a co najważniejsze, odechody muszą się pojawiać w odpowiedniej ilości i mieć odpowiednią barwę. Położnica musi oddychać spokojnie, język jej powinien być wilgotny, kończyny ciepłe, pragnienie nie powinno zbyt jej dokuczać, a nadto powinna dostatecznie sypiać. Jeżeli którykolwiek z tych warunków nie dopisuje, natenczas powstaje połóg patologiczny.

Jak Galen kazał odżywiać położnice, tego nigdzie nie zdradza. Ponieważ jednak wiemy, że na punkcie dyety w przebiegu chorób przestrzegał przepisów Asklepiadesa z Bitynii, więc możemy przyjąć, że ich nie zaniedbywał w połogu, który przecież wszystkie starożytni lekarze uważali za stan patologiczny. Jedno miejsce wskazuje, że Galen nie był odmiennym pod tym względem. W komentarzu bowiem do piątej historyi choroby pierwszej księgi powiada, że u położnicy przychodzi z powodu przyjmowania stałych pokarmów do nagromadzenia się soków. Pozostaje więc tylko przypuszczenie, że albo nie podawał zdrowym położnicom żadnych pokarmów przez pierwsze trzy dni tak, jak to czynił Soranus, a za nimi Moschion, lub też że podawał jedynie płyny.

Pot ciepły uważał Galen, podobnie jak i dostateczną ciepłotę kończyn, za dobrą wróżbę.

Jak w całej patologii Galena, tak i w przebiegu połogu odgrywa rolę znaczącą jego urologia, którą zresztą doprowadził do niedorzeczności, chcąc podług moczu rozpoznawać chorobę i rokować. W połogu prawidłowym powinna położnica oddawać dostatecznie wielką ilość moczu, którego barwa ma być blado żółta. Co do gęstości, mocz nie powinien przekraczać w żadnym kierunku pewnej granicy, t. j. nie ma być zanadto rzadki, ani zbyt gęsty; nadto powinien być przezroczysty, a po odstaniu się powinien się w nim wytworzyć pewien osad.

Niemniej ważną rolę odgrywają w przebiegu połogu stolce, które mogą być twarde, rzadkie i płynne. Lecz nie tylko sama zbitość kału miała wielkie znaczenie, gdyż równie ważną jest jego barwa, która może być żółta lub blado żółta, czerwona lub czerwona, czarna lub zielona, jakby zgniła. Zdrowe położnice oddają stolce żółty lub blado żółty.

Największą wagę przykładali starożytni w nauce o połogu do odechodów. Galen nie był pod tym względem innym od swoich poprzedników. Wychodząc z zapatrywania, że pód rozwija się kosztem krwi miesięczkowej, przyczem zużywa to, co w niej lepszego, podczas gdy gorsze zostaje w ustroju matki, musiał także dla uprawdopodobnienia swej teorii wynaleźć sposób zużycia tych gorszych resztek. Wobec zbliżającego się połogu nie trudno o to. Odechody bardzo dobrze się do tego nadają. I ztąd to pochodzi, że Galen tak wielkie znaczenie przypisywał odechodom połogowym, bacząc nie tylko na ich ilość, ale barwę i inne ich własności, „gdyż odechody stanowią nie tylko opróżnienie położnicy, ale czynszczą ją zarazem“ (*in lib. II. Hippocr. de vulg. morbis com.*

tertius 73). W prawidłowym położeniu powinny być odchody obfite i barwy ciemnej.

Prócz tych najważniejszych okoliczności kładzie Galen wagę na sposób oddychania położnicy. Oddech nie powinien być zanadto przyspieszony, natomiast musi być lekki i niebolesny (*in VI. lib. Hippocratis de vulg. morbis com. quartus*).

W bystrych swych spostrzeżeniach i dbałości o dobro powierzonych sobie pacjentek, nie zapomina Galen o ich śnie; znając dobrze zbawienne jego skutki dla osób chorych, domaga się dostatecznego dla nich wypoczynku.

(Dok. nastąpi).

† KRAFFT-EBING.

(Wspomnienie pośmiertne).

Miniony dziesiątek lat zapisał się smutnie na karcie dziejów rozgłośniej szkoły wiedeńskiej. Szereg uczonych, którym nauka wielkie zawdzięcza postępy, lekarzy, których cierpiąca ludzkość z czcią wspomina, ustąpił przed czasem z pola swej znakomitej działalności, wyrwany nieubłaganą dłonią śmierci z pośród grona żyjących. Bamberger, Kahler, Meynert, Billroth, Hofmann, Kaposi, a świeżo Krafft-Ebing stali się już tylko wspomnieniem.

Ryszard baron Krafft-Ebing urodził się w Mannheim w Wielkim księstwie Badeńskim, nauki pobierał w Heidelbergu i Zurychu. W tem ostatnim mieście zamiłowanie do psychiatrii obudziły w nim wykłady głośnego klinicysty Griesingera. Zamiar pierwotny poświęcenia się praktyce lekarskiej w ściślejszej swej ojczyźnie spełził na niezem, gdy uzyskał posadę lekarza pomocniczego w zakładzie dla obłąkanych w Illenau. Tu pracował od r. 1864 do 1868 wspólnie z Schülem i Kirnem, ztąd też pochodzą pierwsze jego prace. Później oddawał się praktyce w zakresie chorób nerwowych w Baden-Badenie. Po skończonej kampanii francusko-pruskiej, w której brał udział jako lekarz wojskowy, osiadł w Strasburgu, gdzie w r. 1872 mianowany został profesorem psychiatrii. W rok potem powołano go na katedrę do Gracu i ofiarowano zarazem posadę dyrektora styryjskiego zakładu dla obłąkanych w Feldhof. Tu, t. j. w Gracu, dzięki staraniom Krafft Ebinga, stanęła klinika chorób nerwowych. Ponownego powołania do Niemiec nie przyjął, natomiast objął w r. 1889 po śmierci Leidesdorfa drugą klinikę chorób umysłowych w Wiedniu, którą już w r. 1892 zamienił po śmierci Meynerta na pierwszą klinikę, wystarawszy się u rządu o zamianę ówczesnego oddziału szpitalnego chorób nerwowych na klinikę i o połączenie jej z kliniką psychiatryczną. Na wiosnę r. 1902 przeszedł z własnej woli ze względów na podupadające zdrowie w stan spoczynku, poczem wrócił do Gracu, który stał się mu drugą ojczyzną i tu dnia 22 grudnia 1902 r. dokonał pracowitego żywota, opromienionego światowym rozgłosem.

Jako uczeń Griesingera zmarły należał do rzędu psychiatrów-klinicystów, a chociaż szeroki i świetny umysł jego oceniał należyte nowoczesne metody badań anatomicznych i doświadczalnych, to przecież czynnie do nich ręki nie przyłożył. Ten czysto kliniczny kierunek jego badań w przeciwieństwie do genialnych badań anatomicznych ostatniego jego poprzednika w pierwszej wiedeńskiej klinice psychiatrycznej, Meynerta, zgotował mu przeciwników, często niewłaściwie, bo na kartach dziennikarskich pośrednio go napadających. Mistrz słowa olśniewał potoczystym, łatwym wykładem, wygłaszanym bądź ustnie z katedry, bądź też spisany, w formie licznych jego dzieł. Styl jego wykwiłtny, a jasny, nadto lubujący się w zwrotach francuskich, zmienionych na modłę niemiecką, stanowił przeciwieństwo zawilego stylu Meynerta. Ten to jasny sposób pisania zjednał mu liczne grona czytelników, uczniów i wielbicieli. Z licznych prac zmarłego trzy głównie

zjednały mu światowy rozgłos: pierwszą z nich był „Podręcznik psychopatologii sądowej“ (do tej chwili 5 wydań, pierwsze z r. 1876); drugą „Podręcznik psychiatrii“ (sześć wydań, pierwsze z r. 1879), a trzecią i najgłośniejszą, bo czytowaną dla swego tematu przez niepowołane koła laików, „*Étychopathia sexualis*“, której od r. 1886 ukazało się 11 (1) wydań. Praca ta, druga z szerzej zakrojonych na ten temat, (pierwszą ogłosił Tarnowsky z Petersburga), rzuciła potężne światło na mało do tej chwili badane pole zaburzeń i zbroczeń popędu płciowego; nią też złożył Krafft-Ebing dowód odwagi poruszenia w nauce, wbrew przeciwnym zapatrywaniom obskurantyzmu, nawet tak drażliwych tematów, jakich dostarcza życie płciowe człowieka. Wyszedł on tu z założenia, później tak pięknie zdefiniowanego przez Mantegazzę „...dla nauki nie istnieje nie wstrętne; wszystko, co ludzkie, wchodzi w jej zakres“.

Znakomitemu uczonemu, doskonałemu nauczycielowi, rozgłośnieму lekarzowi tysięcy chorych, którym przywrócił najdroższy skarb, bo zdrowie umysłowe, los nie poskąpił uznania i zaszczytów. Najdroższym był mu zapewne urzędzony przez wdzięcznych uczniów (między nimi i naszego rodaka, Dra H. Halbana, jednego z ostatnich jego asystentów), przez przyjaciół i kolegów jubileusz 30-lecia nauczycielskiej pracy, który się odbył na wiosnę 1902 r., na krótki czas przed ustąpieniem z katedry. W tym dniu radości nikt nie był w stanie przewidzieć, że tylko kilka miesięcy odgranicza chwilę wesela od chwili śmierci mistrza, którego pamięć przetrwa wiecznie w świecie ścisłej nauki.

L. W.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15. stycznia.

* Powtórne uzupełniające wybory do Izby lekarskiej zachodniogalicyskiej rozpisano namiestnictwo na dzień 31 stycznia.

* Prezesem Towarz. lekar. warszawskiego wybrany został Dr. T. Dunin, wiceprezesem Dr. W. Kamocki, sekretarzem Dr. S. Kocyński.

* Dr. A. Wrzosek, bibliotekarz Tow. lek. krak., zawiadamia, że z wyjątkiem niedziel i świąt, biblioteka jest otwarta codziennie od godz. 9 do 10 rano.

* Komitet gospodarczy XIV-go międzynarodowego Zjazdu w Madrycie donosi, że podkomitet kwaterunkowy wszedł w porozumienie z właścicielami hoteli oraz mieszkań prywatnych. Cena od osoby za mieszkanie, usługę, światło i trzykrotne pożywienie, włączając w to przewiezienie rzeczy z dworca i odwiezienie ich w dzień wyjazdu, wynosi dziennie — w hotelach 15—50 peszetów (10—35 koron), a w pensjonatach 10 do 30 peszetów (8—20 koron). Komitet uprasza o zgłoszenia najpóźniej do 31 marca pod adresem Dr. Ulrico Frei (Wydział lekarski Uniwersytetu w Madrycie), który na żądanie przysyła formularz meldunkowy.

Wiadomości o zniżkach na kolejach wkrótce zostaną ogłoszone.

* Drugi międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej odbędzie się w Madrycie 20—22 kwietnia b. r. Członkowie tego Kongresu korzystają będą z tych wszystkich ułatwień, które przyznano członkom XIV międzynarodowego Zjazdu lekarskiego. Wpisowe dla członków zwykłych wynosi 25 peszetów, dla przybranych 10. Językami urzędowymi tego Kongresu będą: hiszpański, francuski, angielski, niemiecki i włoski. Prezesem Komitetu gospodarczego jest Dr. Cortezo, redaktor czasopisma „*Siglo médica*“; sekretarzem generalnym Dr. Larra Corezo (Madryt, 17, Leganillos), do którego należy się zgłaszać o wszelkie wyjaśnienia.

* Dyrektorem Zakładu w Kulparkowie mianował Wydział krajowy prymariusza tego szpitala, Dra Władysława Kohlbergera.

* Stopień doktora medycyny otrzymała w Zurychu p. Bronisława Salomonowicz z Lublina.

* Dzienniki wiedeńskie donoszą, że komitet, zarządzający Wiec lekarzy rakuzkich, jednomyślnie uchwałił zadośćuczynić życzeniom lekarzy czeskich, którzy zawarowali sobie równouprawnienie językowe. Komitet przyznał tem samem słuszność żądaniom Czechów, a przede-

wszystkiem zdaje się miał na względzie wielką potrzebę zgody i jedno-myślności w tym istotnie doniosłym wiecu dla bytu lekarzy w Austrii.

* Robert Koch udaje się d. 15 stycznia w towarzystwie Neufelda i Kleina do Rodezyi, w celu badania zaraźliwych chorób bydła. Roczne wynagrodzenie Kocha, według umowy, wynosi 150,000 fran., pomocnicy jego dostaną po 25,000 franków.

* Między 11 a 17 grudnia, a zatem w tygodniu bezpośrednio poprzedzającym dzień otwarcia egipskiego Zjazdu lekarskiego, zachorowało w Aleksandryi na cholere 44 osób, z których 35 zmarło. Jest to rzekomo nawrót epidemii, która według sprawozdań urzędowych była już wygasła.

* Jak wiadomo, parlament angielski ograniczył w r. 1898 obowiązek przymusowego szczepienia przeciw ospie. Nierozważna ta uchwała, która w ciągu paroletniej epidemii ospy w Londynie kosztowała tyle ofiar, zdaje się zostanie zawieszoną, o ile sądzić można z silnej agitacji za ponownem zaprowadzeniem obowiązkowego szczepienia.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień Lit. (21—27—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 5, urodziło się dzieci 89, zmarło osób 60, mianowicie: z gruźlicy 19 (8 zam.), z zapalenia płuc 1, z płonicy 3 (1 zam.), z duru brzuszego 1 (zam.), z cholery niemowląt 1

* Między 24 a 30 grudnia z. r. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicji: dolniańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.).

Mianowania i odnaczenia. Dr. Spee mian. profesorem zwyczajnym w Kilonii. Berlińscy docenci: Posner, Koblanek, Bennecke mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi, a Meyer i Zinn dostali tytuł profesorski. Prof. Steinach mianowany został kierownikiem nowoutworzonego oddziału ogólnej i porównawczej fizjologii w Instytucie fizyologicznym w Pradze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Max Schede prof. anatomii — w Bonn. Dr. Rapin prof. ginekologii — w Lozannie. W Wrocławiu zmarł prof. Kast, kierownik kliniki lekarskiej, licząc lat 46. W Pilicy zakończył życie dr. Stefan Garlicki, w 31 roku życia. Dr. Pfitzner, nadzwyczaj. profesor anatomii w Strasburgu, zmarł, licząc lat 50. Dr. Sängner, prof. położnictwa i ginekologii, zmarł w Pradze. W Paryżu zakończył życie sławny chirurg i okulista, prof. Panas, licząc lat 71.

W Wilnie zmarł w 92 r. życia Dr. Fr. Nowicki. Nauki rozpoczął w b. Uniwersytecie wileńskim, a po jego zamknięciu doktoryzował się w Akademii petersburskiej. W długim i pełnym przygód życiu, niezłamany na duchu, niósł pomoc bliźnim, jako prawdziwy lekarz filantrop.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 1. Wrzosek: Listy Jędrzeja Śniadeckiego do Ks. Adama Czartoryskiego. H. Hoyer: O pracowniach naukowych. Bregman: O przymusowym leczeniu alkoholików.

— *Zdrowie* Z. 1. Serkowski: O fałszowaniu produktów spożywczych. Tyszecki: Statystyka wychowania fizycznego w Galicji. Lud. Korczyński: Technika w usługach balneoterapii.

— *Nowiny lekarskie* Z. 1. Moraczewska: Wpływ podawania alkaliów na stopień kwasoty moczu w anemiach. Sędziak: Higiena i profilaktyka gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych, oraz uszów. Herman: O ranach postrzałowych.

— *Medycyna* Nr. 1. Barącz: W sprawie leczenia węgla za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra (collargolum) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych. F. Arnstein: Kilka uwag o leczeniu stosowaniu kofeiny w ostrych stanach adynamicznych.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 11. Krakowski: Nowe leki, zalecane do celów dentystycznych. Ziements: Jak badać sztuczne zęby?

— *Gazeta lekarska* Nr. 52. Pruszyński: Ś. p. prof. Wacław Sobierański. Pawiński i Karoli: Tętniak aorty zstępującej, skrycie przebiegający, z przedziurawieniem do przełyku.

— Nr. 1. Pawiński Apocynum cannabinum, jako środek nercowy i moczopędny. Róbin: Dwa przypadki zapalenia okrężnicy, wywołanego obecnością woruszków (balantidium colitis).

— *Sbornik klinický* Nr. 2. Plavec: O diuretickém účinku preparátů theobrominových. Haškovec: Poznámky ku reflexu pilomotorickemu. Kose: O cytodiagnostice exsudátů

— *La Presse médicale* Nr. 1. Nageotte: Etiologia władu rdzenia pacierzowego. Trémolières: Wskazania i wyniki leczenia wyłysienia drogą terapii działowo-zębowej. Buck i Linden: Wzmocnienie odruchów w przebiegu raka. Nowy objaw guzów złośliwych.

— Nr. 2. Merklen: Znużenie zawodowe a rozszerzenie przeto-stowe serca z jego zwapnieniem. Canac—Marquis: Nefrografia. Nowy sposób operacyjny.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 1. Angerer: O wydobyciu kul z jamy czaszkowej. Bollinger: Pierwotna promienica kości śródstopowych. Merkel: Dwa typy lekarzy bawarskich w połowie XIX. stulecia. Michel: Gruźlica pnia nerwu wzrokowego. Penzold: Oznaczenie stopnia ruchu w leczeniu gruźlicy płucnej. Ranke: Stare i nowe uwagi nad patologiczną anatomią zgorzeli w raku wodnym. Winckel: O znieczulaniu narkotycznym mieszaniną Schleicha N I. Rumpel: Doświadczenia z zastosowaniem w praktyce kryoskopii krwi i moczu w chorobach nerek. Schwartz: Dzisiejszy obrót handlowy przetworami leczniczymi i jego wpływ na leczenie chorych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 1. König: Operowanie bez użycia bezpośredniego palców. Disse: Badania nad zdolnością przepuszczania prątków gruźliczych przez młodą ścianę jelitowo-żołądkową. Düring: O odporności przeciw przymiotowi, szczególnie ze względu na tak zwane »prawo Profeta«. Neufeld: Guzy gruźlicze krtani. Weber: Symptomatologia i terapia dziurawiącego zapalenia otrzewnej przy wrzodzie żołądka. Moser: O surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy. Baginsky: Uwagi nad poprzedzającą rozprawą. Aronson: Uwagi nad poprzedzającą rozprawą (Mosera) Krause: Stan lecznictwa i jego wykonywanie w Chinach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. Moszkowicz: Wstrzykiwania podskórne parafiny Neutra: Dwa przypadki Dupuytrenowskiego skurczu palców w przebiegu władu rdzenia, względnie władu z rozsianem stwardnieniem rdzenia. Czerwenka: Flebolity kobiecego narządu płciowego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 2. Friedmann: Samotna gruźlica z wielką jamą w płucu u żółwia. Conradi: O płynnej substancji trującej czerwonej i duru, otrzymanej zapomocą aseptycznej autolizy. Runeburg: Kiłowe schorzenia serca (dok.). Ebstein: Przyczynę do patologii i terapii twardzieli skórnej u dzieci (dok.).

Redakcja otrzymała. Szuman: Ueber die Anomalien der Reflexe (insbesondere des Patellarreflexes) und die sie begleitenden Sensationen (Unlustgefühle un Affecte) in Fallen von Neurosen.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 21. stycznia, o godzinie 6-tej wieczorem, w sali wykładowej prof. Szajnochy, posiedzenie zwyczajne, na którym kol. Dr. Surzycki wyłoży rzecz: „O leczeniu ostrych chorób zakaźnych i o środkach przeciwgorączkowych.“

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Woda Krościeńska ze źródła Stefana

o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opieka i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Źródlowy w Krościeńku nad Dunajcem.

Główny skład dla Galicji i Bukowiny:

Pomiędzy naturalnymi wodami szczawowymi zajmuje Woda **Krondorfska** alkaliczna szczawa podług analiz naszych pierwszych powag jakościowo naczelnie miejsce.

Perlbirger Schemker Kraków, Grodzka 48