

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O ostrem zapaleniu ucha średniego w przebiegu influenzy. Podał L. Guranowski. (Dokończenie).—Przyczynę do nauki o zboczeniach mowy (logopatologii). Przez D-ra Władysława Ołtuszeńskiego. (Dokończenie).—Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 26-go Września r. b. — Streszczenia i wyciągi. 165. a) O długości życia i ropotwórczem działaniu lasecznika durzycowego w ustroju ludzkim. b) Leczenie duru brzusznoego za pomocą wyjąłowanej hodowli lasecznika niebieskiej ropy (bacilli pyocanei). c) O swoistem leczeniu duru brzusznoego — List otwarty do Redakeyi Medycyny. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedzi Redakeyi. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

O OSTREM ZAPALENIU UCHA ŚREDNIEGO W PRZEBIEGU INFLUENZY.

Podał

L. Guranowski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 44).

Zc względu na to, że przypadki powyższe jasno wykazują niebezpieczeństwa, na jakie chorzy z ostrem zapaleniem ucha średniego po influenzy są narażeni, pozwolę sobie przytoczyć w krótkości historię choroby 2 przypadków zakończonych śmiercią z powodu zapalenia opon mózgowych.

Przypadek I. Weronika C., 37 lat, zachorowała na influenzę 10 grudnia 1889 roku i leczyła się u kol. SZYSZŁO. 15 grudnia chora czuła się zdrowszą i poszła na pogrzeb męża swego, zmarłego dnia 12 grudnia na suchoty płucne. Powróciwszy z pogrzebu, dostała w nocy z dnia 15 na 16 grudnia silnych wstrząsających dreszczy, bólów we wszystkich kończynach, szalonych bólów głowy, kataru i kaszlu. Stan ten powoli zaczął się poprawiać, gdy nagle w nocy dnia 19 grudnia pojawił się gwałtowny ból ucha lewego. 20 grudnia widziałem chorą po raz pierwszy i odrazu zrobiła na mnie wrażenie ciężko chorej. Chora leżała w łóżku pokryta potem, co chwilę ręką chwytiała się za lewe ucho i błagała o uwolnienie jej od strasznych bólów.

Badanie chorej wykazało co następuje:

Ciepłota ciała 38°. Puls 80 twardy i pełny. Przy badaniu narządów wewnętrznych znalazłem przewlekły katar oskrzeli, dużą wątrobę i śledzionę, silne wypełnienie kiszek gazami. W nosie ostry katar z obfitą śluzoropną wydzieliną, w gardzieli *pharyngitis granulosa*. Język obłożony.

Badanie ucha lewego: przy ucisku na wyrostek sutkowy silna bolesność, daleko silniejszego bólu doznaje jednak chora przy ucisku na skrawek. W przewodzie słuchowym żadnych zmian nie widać. Błona bębenkowa przedstawia się tak jak zwykle w ostrych przypadkach zapaleń ucha średniego, t. j. wykazuje rozlaną czerwonosć. Słuch zupełnie zniesiony; chora nie słyszy ani zegarka, ani też kamertonu przez przewodnictwo powietrzne. Wysokie kamertony słyszy chora przez przewodnictwo kostne po stronie chorej. Zalecono pijawki na wyrostek sutkowy i na okolicę przedskrawkową, a następnie lodowe okłady. Do wewnątrz *Inf. sennae salinum*. Na drugi dzień t. j. dnia 21 grudnia nastąpiło małe przedziurawienie w przednim dolnym odcinku z wysiękiem krwawym. Bóle bez zmiany. Temp. 39°. Chora skarży się prócz tego na silne bóle w potylicy. Ponieważ chora nie znosiła lodowych okładów, zamieniono je na okład ciepły PRIESNITZ'a. Do wlewania w ucho zalecono 10% roztwór kokainy.

22. XII. Bóle trwają bez zmiany. Zupełny brak apetytu. Ciepłota z rana 39°, wieczorem 40°. Puls 100. Z jamy bębenkowej wydziela się cokolwiek ropy. Przemycie antyseptyczne ucha. Błona bębenkowa w dalszym ciągu mocno zaczerwieniona i wypukłona w górnym tylnym odcinku. Ponieważ ropa z trudnością wydobywała się z małego otworu w błonie, rozszerzyłem więc tego dnia otwór już istniejący i dodałem jeszcze drugie cięcie w tylnym odcinku, zachowując przytem ostrożności przeciwnie. W nocy tegoż dnia dreszcz wstrząsający. Silne bóle wyrostka sutkowego i potylicy.

23. XII. Ciepłota 41°. Puls 140. Chora nieprzytomna, jęczy bezustannie, rzuca się w łóżku i z trudnością daje się rozbudzić ze śpiączki. Żrenice oddziałują leniwo na światło, szczególnie lewa, przytem są nierówne. Sztywność w karku. Język suchy. Obfite poty. Zalecono po 8 pijawek na okolicę obu wyrostków sutkowych, pęcherz lodowy na głowę, wewnątrz kalomel z jalappą.

24. XII. Kilka obfitych stolców. Chora przytomna, utrzymuje, że się ma lepiej i odpowiada, chociaż leniwie, na zadane pytania. Ciepłota 39°. Puls 120. Bóle tylko w karku bardzo silne. Ogólna nadczułość skóry. Pęcherz lodowy. Przemycie jamy bębenkowej. Wypływ z ucha bardzo skąpy. W ciągu dnia kilka dreszczy. Wieczorem ciepłota 41,5°, Puls 160 mały i bardzo łatwo znikający pod palcem. Chora nieprzytomna. Antypiryna 1,0 d. t. dos. N-r 3 w odstępach godzinnych.

25. XII. Ciepłota 38,9°. Puls 140. Oddech przyspieszony. Obfite poty. *Sopor*. Zalecono kamforę, wino. Pęcherz lodowy. Wieczorem ciepł. 41,5°, tętno nie daje się zliczyć. W nocy wystąpiły ogólne drgawki i z rana dnia 26 grudnia chora zmarła.

W przypadku tym bardzo prędko po wystąpieniu ostrego zapalenia ucha średniego po grypie, chora zmarła na zapalenie opon mózgowych.

Przypadek II. S. K., lat 53, z prowincji, zapadł na grypę dnia 21 grudnia 1889 roku. Jako początek choroby ucha podano mi datę dnia 28 grudnia. Na chorobę ucha chory, zarówno jak i lekarze, nie zwracali żadnej uwagi, gdyż sądzono, że bóle głowy nie były zależne od ucha. Chorego widziałem dopiero w początkach lutego roku 1890, w kilka dni po przywiezieniu go do Warszawy. W Warszawie przez dwa dni leczony był przez jednego z chirurgów, mnie zaś wzywano na dwa dni przed śmiercią chorego. Dowiedziałem się od rodziny, że chory w tydzień po przebytej grypie miał silne bóle ucha i że krew się z ucha pokazała. Następnie wystąpiły bóle wyrostka sutkowego i pojawiła się wydzielina ropna z ucha. Przy badaniu chorego w dniu 5 lutego zanotowałem co następuje: Chory nieprzytomny, w stanie śpiączki, trudno się daje rozbudzić. Na zapytanie daje odpowiedzi niejasne, od czasu do czasu zrywa się i chwytą się za ucho prawe. Badanie ucha wykazało: przedziurawienie błony bębenkowej w przednim dolnym odcinku i mocne zaczerwienienie i obrzmienie błony. Wydzielina nieznaczna, ropna. Okolica wyrostka sutkowego zewnętrznie nie zmieniona. Ucisk bardzo bolesny, przy najłżejszem dotknięciu chory usuwa głowę w stronę przeciwną. Badania słuchu ze względu na stan chorego nie można było przedsięwziąć. Żrenice nierówne, słabo oddziałują na światło, prawa żrenica mocno zwężona. Sztywność w karku. Temp. 41. Puls 160 ledwie dający się zliczyć. Zaleciłem pijawki na wyrostek sutkowy, pęcherz lodowy na głowę, kalomel z jalappą do wewnątrz. Następnego dnia wystąpiły drgawki, a wieczorem tego samego dnia chory zmarł.

I w tym przypadku mieliśmy do czynienia z zapaleniem opon mózgowych po zapaleniu ucha średniego w przebiegu grypy.

W dwóch przypadkach spostrzegałem, jako powikłanie zapalenia ucha średniego, różę okolicy ucha zajętego, rozszerzającą się na głowę i szyję. W obu przypadkach zejście było pomyślne. W 8 przypadkach, w których dokonano (w 4 kol. KRAJEWSKI) trepanacji wyrostka sutkowego, już w bardzo wczesnym okresie, gdyż pomiędzy 4—5 tygodniem choroby, kość okazała się zniszczoną ostrem próchnieniem na znacznej przestrzeni (*caries acuta*).

Do przykrych, choć nie zagrażających życiu chorych powikłań, należą następne zapalenia przewodu słuchowego, występujące jako ograniczone za-

palenie—*otitis externa circumscripta s. furunculus*, lub też rozlane zapalenie—*otitis externa diffusa*. Przy odpowiednim leczeniu sprawy te bardzo szybko przechodzą.

Bardzo długotrwałe są ropienia z ucha średniego po grypie u osobników gruźliczych, syfilityków i chorych na cukrzycę. Stan ostry u tych chorych nie ma tak gwałtownego przebiegu, lecz zato zawsze prawie przechodzą zapalenia te w przewlekłe.

Przypadki ostrego zapalenia ucha średniego przy grypie, które miałem sposobność spostrzegać w pierwszym dniu choroby i w których udało mi się wykonać przekłucie błony bębenkowej, przebiegały znacznie łagodniej i daleko prędzej kończyły się wyzdrowieniem. Rzecz prosta, że przekłucie dokonywało się po poprzednim odkażeniu przewodu słuchowego za pomocą sublimatu i wyjałowieniu igieł. Po operacji nie przepłukiwałem ucha, lecz nakładałem opatrunek z gazy jodoformowej i waty sublimatowej. Chorego trzymałem przez kilka dni w łóżku, traktowałem go jako ciężko chorego i pozostawiałem na ścisłej diecie. Pijawek nie stosowałem, natomiast lodowe okłady, nawet w tych przypadkach, w których nie było bolesności przy dotykaniu wyrostka sutkowego. Na drugi dzień po przekłuciu błony bębenkowej, ta ostatnia była mniej zaczerwieniona i obrzmiała. Bóle głowy i ucha zmniejszały się i często już na 3, a najdalej na 5-ty dzień słuch zaczynał się poprawiać.

Chciałbym w tem miejscu ostrzedz przed przedmuchiwaniem w początkowych okresach choroby i przed wdmuchiwaniami tak rozpowszechnionymi sproszkowanego kwasu bornego. Przedmuchiwania bądź sposobem POLITZER'a, bądź za pomocą kateteru są przy ostrych zapaleniach ucha średniego przy istniejących bólach stanowczo przeciwwskazane. A nawet przy istniejącem już ropieniu należy być z przedmuchiwaniem bardzo ostrożnym. Widziałem przypadki, w których po zastosowaniu przedmuchiwania w drugim tygodniu choroby już po zmniejszeniu się ropienia i bólów wystąpiło ponowne i daleko obfitsze ropienie, niż poprzednio, a także bóle się wzmogły. W przypadkach tych następuje powtórne zakażenie jamy bębenkowej przez wpędzanie zawartości z jamy nosowej do trąbki EUSTACHIUSA i do jamy bębenkowej. Należałoby poprzednio dokładnie zdezynfekować jamę nosową, co jest rzeczą nie łatwą. Natomiast przy obfitem ropieniu i przy dostatecznie dużem przedziurawieniu bardzo skutecznymi są przemywania jam bębenkowych przez kateter. Używać w tym celu można słabych roztworów soli kuchennej lub kwasu bornego. Zasypywania kwasu bornego sproszkowanego, tak zachwalane przez BEZOLD'a, są tylko dozwolone przy dużych przedziurawieniach i przy odpowiedniej kontroli lekarskiej. Przy małych przedziurawieniach i przy ostrych sprawach wogóle powinny być stanowczo zarzucone jako szkodliwe i narażające chorego na ciężkie powikłania. Zwracam na takie zasypywania dla tego uwagę, iż stanowią one dzisiaj jedną z metod leczniczych ogólnie stosowaną przez lekarzy specjalistów i niespecjalistów, jako panaceum na wszelkie wycieki z ucha, bez odpowiednich wskazań. Co gorsza, często chorym zamiejscowym lekarze zalecają zasypywanie proszku kwasu bornego przez kilka tygodni, a nawet miesięcy, tak, że proszek taki w końcu zamienia się na zbitą masę twardą, składającą się z kwasu bornego i z zaschłej ropy, a zatykając otwory błony bębenkowej, może wywołać zamykanie odpływu ropy i wszystkie stąd wyniknąć mogące następstwa ⁸⁾).

⁸⁾ Porównaj D-r Koehler—Nowiny lekarskie, Nr. 10. 93 r.

Przestrzykiwania ucha roztworami środków przeciwnilnych należy również ograniczyć do przypadków przebiegających z obfitem ropieniem. Przy skąpej wydzielinie daleko stosowniejsze są wlewania *resp.* kąpiele uszne z roztworów przeciwnilnych. W tym celu mogę zalecić od lat 6-iu przezemnie stosowaną wodę utlenioną w 6% roztworze. Rp. *Hydrogenii hyperoxydati solut.* 6,0. *Aq. destillatae* 100,0 *MDS.* Co 2 godziny po 20 kropel ogrzanych wlewać do ucha. Woda utleniona, zalecana przez BOERNE BETTMAN'a, OLE B. BULL'a, WILLIAM A. DAYTON'a i CHARLES H. BURNETH'a, jest środkiem znakomicie odkażającym i zmniejszającym ropienie. Zamiast wody utlenionej można stosować wlewania kwasu bornego, rozpuszczonego w wodzie destylowanej, z dodaniem spirytusu, roztwory sublimatu 1—2‰ i t. p.

Ponieważ zarówno moje obserwacje jak i obserwacje licznych autorów wykazały, że przekłucia błony bęb. we wczesnych okresach zapalenia ucha średniego przy grypie nie tylko skutecznie wpływają na zmniejszenie bólu, lecz i znakomicie skracają przebieg sprawy zapalnej, powinniśmy więc paracentezę błony w każdym przypadku stosować. Przy zapaleniach ucha średniego po grypie mamy bardzo silne przekrwienie nie tylko błony bębenkowej, lecz wszystkich warstw błony śluzowej jamy bębenkowej i błony śluzowej, wyściełającej ściany komórek wyrostka sutkowego. Przez przekłucie błony bębenkowej zmniejszamy z jednej strony przekrwienie błony bębenkowej i jej napięcie, z drugiej strony, wypuszczając wysięk nagromadzony w jamie bębenkowej, ułatwiamy wessanie tegoż, przez co w następstwie zmniejsza się obrzmienie błony śluzowej i jej przekrwienie.

Przekłucie błony bębenkowej jest operacją łatwą i może być dokonane przez każdego lekarza, należy tylko nabyć pewnej wprawy w badaniu zwierciadłem usznym. Badanie zaś takie powinno być przez każdego lekarza, a szczególnie pediatrę, dokonywane. U dorosłych, którzy skarżą się na ból ucha, łatwiej można się już będzie domyśleć, z czym mamy w danym przypadku do czynienia, u dzieci jednak, a głównie u małych dzieci i ssawców, lekarz pediatra, bez badania uszów, często bardzo popełni błędy rozpoznawcze. Zapalenia ucha średniego u małych dzieci i u ssawców przebiegają bardzo często przy objawach zupełnie takich, jak to zwykliśmy widzieć przy ostrym zapaleniu opon mózgowych (nieprzytomność, śpiączka, wysoka ciepłota, puls przyspieszony, drgawki).

W przypadkach tych najczęściej rozpoznawana bywa przez lekarzy *meningitis*, a to dla tego, że nie badają uszów, a właściwa dyagnoza wyłania się dopiero 3 lub 4 dnia, t. j. po zjawieniu się wycieku z jednego lub obu uszów. To są moim zdaniem owe przypadki szczęśliwych, wyleczonych zapaleń opon mózgowych. Gdyby badano uszy, przekonano by się o właściwym siedlisku choroby, i wtedy przekłucie błony bębenkowej od razu by wszystkie objawy usunęło. Często przy opóźniającem się samowolnem pęknięciu błony przekłucie błony bębenkowej może być uważane za *indicatio vitalis*.

W przypadkach późniejszych t. j. kiedy ropienie z jamy bębenkowej już się pojawiło, należy zwracać baczną uwagę na ogólny stan chorego i na charakter ropy. Jeżeli gorączka jest ciągła, chory z każdym dniem mizernieje, zaś ropienie jeśli obfite, przytem bóle nie ustępują, wtedy należy, nie zwlekając, przystąpić do trepanacji wyrostka sutkowego. Zwykle metody lecznicze, używane przy ostrych zapaleniach z wydzieliną ropną, nawet częste przemycanie jam bębenkowych w przypadkach po grypie nie prowadzą do celu. Każdy opóźniony dzień w tych przypadkach może narazić życie chorego. W przypadkach ropnych zapaleń ucha średniego po grypie już w 3-im lub

4-ym tygodniu znajdujemy ostre próchnienie wyrostka sutkowego na znacznej przestrzeni. Wobec więc możliwości rozszerzenia się sprawy chorobowej na opony mózgowe, wytwarzania się zakrzepów w zatoce poprzecznej i wystąpienia posocznicy i ropni przerzutowych w różnych narządach (mózgu, płucach, wątrobie, stawach), należy trepanację wykonywać już najpóźniej na 5-ty tydzień od początku choroby. Operacja w tych razach jest nawet wtedy wskazana, jeżeli zewnętrznie na wyrostku żadnych zmian nie znajdujemy i gdzie tylko ropy z jamy bębnekowej jest bardzo obfite i wskazuje na zajęcie sprawą chorobową głębszych jam, przylegających do jamy bębnekowej t. j. *antrum mastoideum i cellulae mastoideae*, a których dokładne przemywanie i dezynfekcja tylko po trepanacji wyrostka sutkowego staje się możliwą.

Przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (logopatologii).

Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 26 Września 1893 r.

przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 44).

Pozostaje nam teraz choć w paru słowach wyjaśnić, jakie miejsce wobec podanego szematu zajmuje t. zw. afazyja ataktyczna KUSSMAUL'a i afazyja amnestyczna. Ataktyczna afazyja KUSSMAUL'a, termin bardzo niedokładnie obrany dla ruchowej afazyji BROCA, nic nam nie oznacza i winien być stanowczo usunięty. Co się zaś tyczy afazyji amnestycznej, to w tem znaczeniu, jak ją dotąd pojmowano, nie jest to żadna forma oddzielna, a objaw towarzyszący różnego rodzaju afazyjom, i to nie tylko afazyjom, a wogóle wszelkiego rodzaju nieprawidłowościom funkcji mózgu. Tego samego zdania jest i WERNICKE. Wedle jego zapatrywania afazyja amnestyczna nie da się podciągnąć pod żadną z wyżej opisanych form afazyji, a pozostaje w związku z zaburzeniami pamięci. W dzisiejszem pojmowaniu amnestyczna afazyja została dopiero wyjaśniona przez GRASHEY'a. Wykazał on, że dla wytworzenia pojęcia słownego potrzeba pewnego czasu, powstaje więc czasami afazyja jedynie z tego względu, że wskutek osłabienia pamięci konkretne pojęcie znika wcześniej, aniżeli zdąży uformować się słowo. Tego rodzaju chorzy pomagają sobie tem, że piszą wyraz danego konkretnego przedmiotu sylaba po sylabie, gdyż napisane sylaby już im z pamięci nie nikną. Chory więc taki ma pojęcie o danym przedmiocie, nie posiada jednak na tyle pamięci, aby inerwować cały wyraz słowny. Czytanie w tych razach prawidłowe (z wyjątkiem znaków liczebnych, zachowujących się jak przedmioty konkretne), gdyż przy czytaniu chory musi sylabować. Tego rodzaju afazyje nikną w miarę poprawy pamięci i stanowią właściwą afazyję amnestyczną, pozostającą w związku jedynie z pamięcią.

Podobnie jak bełkotanie, rozdzielamy afazyje na organiczne i funkcjonalne. Organiczne powoduje najczęściej apopleksya, uwarunkowana lewostronnem wynaczynieniem, rzadziej prawostronnem, również i inne sprawy patologiczne, niszczące odnośną część kory mózgowej, jak rozmiękczenie mózgu, gruźelki i t. d. Afazyje funkcjonalne powstają po ostrych chorobach gorączkowych, przestachu, wstrząśnieniach mózgu i t. d., a mogą być także pochodzenia histerycznego. Do tejsz kategorii odnosimy wyżej wspomnianą afazyję amnestyczną GRASHEY'a, opartą na zbyt krótkim trwaniu podniet

zmysłowych i warunkującą zapewne afazję wskutek przestרחu i t. d., i najwięcej nas tu obchodzącą afazję wrodzoną u dzieci, noszącą przeróżne nazwy, jak *Stummheit ohne Taubheit* (SCHMALZ), *Hörstummheit*, *alalia idiopathica* (COEN⁴). Patologia tych funkcjonalnych wrodzonych niemot jest dosyć ciemna, nie ulega jednak kwestyi, że nie towarzyszą im żadne zmiany organiczne mózgu. Ponieważ dzieci takie słyszą i rozumieją, a nawet w niektórych przypadkach powtarzają pojedyncze głoski, przypuszczamy więc, że ośrodek *A* i połączenie jego z *B*, a w niektórych przypadkach nawet ośrodek *M* działają prawidłowo. Na zasadzie własnych spostrzeżeń nad rozwojem języka, wiemy, że najprzód rozwija się *A* i połączenie jego z *B*, t. j., że dziecko najprzód zaczyna rozumieć wyrazy, dalej powstaje *M* i połączenie jego z *A* t. j. dzieci zaczynają powtarzać, a dopiero w samym końcu rozwoju ośrodków mowy następuje połączenie *B* z *M*, i dziecko zaczyna własnowolnie mówić. Otóż dzieci z wrodzoną afazją, według mego zapastrywania przedstawiają pierwszy lub drugi okres rozwoju ośrodka mowy, t. j. albo brakuje im ośrodka *M* i połączenia go z *A* i *B*, albo tylko połączenia *B* z *M*. Że przypuszczenie to stwierdza praktyka, o tem miałem sposobność przekonać się w jednym przypadku poniżej opisanym, gdzie nauka takiego dziecka, a więc wyrobienie odnośnego ośrodka i dróg łączących powstawało zupełnie w ten sam sposób, jak to bywa przy rozwoju mowy u każdego dziecka, t. j. uzyskałem najprzód powtarzanie oddzielnych głosek, następnie zgłosek i wyrazów, a dopiero w końcu samodzielnie wymawiane słowa.

Jakie etyologiczne momenty wywołują to ciekawe zboczenie? Wiemy, że rozwój ośrodków mowy idzie prawie równolegle z rozwojem kory, to jest inteligencji dziecka. Zgodnie z tym faktem, za bardzo ważny moment przyczynowy uważałbym przebyte cierpienie mózgowe, nie pozostawiające wprawdzie wyraźnych śladów organicznych, lecz upośledzające odżywianie kory do stopnia dostatecznego, aby rozwój ośrodków mowy powstrzymać. Rozumie się samo przez się, że pomijam tu kategorię idiotów i głuptasów, o których mowa będzie poniżej, gdzie zapastrywanie to znajduje także swe uzasadnienie. Nie ulega dalej żadnej wątpliwości, że istnieje pewien związek ruchów ciała z wyrobieniem się ośrodków ruchowych mowy. Przemawia za tem przeważne rozwijanie się ich w lewej półkuli, zgodnie ze zgrabniejszymi i subtelniejszymi ruchami prawej połowy ciała, wyrabianie się tychże ośrodków w prawej półkuli u osób używających lewej ręki, pewna równoległość rozwoju mowy z rozwojem chodzenia i t. d. Ponieważ, jak wiemy z praktyki, dzieci takie zaczynają późno chodzić, przypuszczamy więc, że w związku z tem pozostaje pewne lenistwo mowy, podtrzymywane może nieraz przez otoczenie, mało zadające sobie pracy, aby rozmawiać z tego rodzaju dziećmi, a więc i brak wyrobienia odpowiednich ośrodków ruchowych mowy i dróg łączących. Jaką rolę przy afazji wrodzonej odgrywają wyrośla adenoidalne, na mocy własnego doświadczenia nie stanowczego powiedzieć nie mogę, pomimo to zgadzam się w zupełności z poglądami GUTZMANN'a, że z powodu związku naczyń limfatycznych gardzieli, nosa i mózgu, mogą one w nim powodować pewne zmiany, upośledzające rozwój ruchowych ośrodków, a więc stanowić także ważny moment etyologiczny omawianego cierpienia.

⁴) Oprócz wrodzonych funkcjonalnych afazji bywają u dzieci i organicznie opisane przez Sachs'a—Sammlung klinischer Vorträge. 1892 r.

Z przedstawionego widzimy, że istnieje pewne podobieństwo niemoty wrodzonej z bełkotaniem ogólnem funkcyjnalnego pochodzenia. Pierwsze zależy od braku ośrodka M i połączenia jego z A i B lub też od braku drogi $B M$, druga od nienależytego używania dróg idących od ośrodka A do zupełnie rozwiniętego ośrodka M . Przy obu wadach istnieją gotowe słuchowe obrazy w ośrodku A i obie łączą się z pewnego rodzaju upośledzonym rozwojem kory.

Aktów afazyi u dzieci bynajmniej nie uważam za zamknięte. Ścisłe spostrzeżenia lekarzy, zajmujących się tym przedmiotem, niejedno jeszcze wyjaśnią i uzupełnią. W każdym razie nazwę „wrodzona funkcyjnalna afazya“ uważam za odpowiedniejszą, jako pozostającą w związku z patogenezą cierpienia, aniżeli powyżej przytoczone, nic nie wyjaśniające, a nieraz sprzeczne w samej nazwie.

O ile rozpoznanie różnego rodzaju afazyi zaciękawia zarówno lekarza jak i psychologa, o tyle znów kwestya jej leczenia stanowi rzecz pierwszorzędnego znaczenia dla chorego. Poruszając tę ważnej doniosłości kwestyę, bynajmniej nie rozbieram przypadków, gdzie możemy działać na przyczynę cierpienia, jak przy przymiocie, histeryi i t. d., a głównie mam na widoku te przypadki niemoty, gdzie owej przyczyny dosięgnąć nie możemy, a mamy jedynie do czynienia z jej następstwem. WERNICKE słusznie przypuszcza, że przy uczeniu się mowy zmysł dotyku w organach artykulacyi odgrywa w początkach niesłuchanie ważną rolę, wytwarzając pewne grupy wspomnień ruchowych, nieodzownych dla mowy lub pisma. Ponieważ zaś mamy dwa nerwy trójdzielne, nie więc nam nie przeszkadza przyjąć, że ta ruchowa pamięć może rozwijać się i w prawej półkuli. Najlepszym dowodem tego służą ludzie, używający jedynie lewej ręki, u których ośrodki mowy wytwarzają się w prawej półkuli. Tego samego prawie zdania jest KUSSMAUL. Opierając się na tych premisach, dalej na wynikach dodatnich, otrzymanych przez różnych autorów przy leczeniu organicznej afazyi (KUSSMAUL, TROUSSEAU, GUTZMANN), jak również i na jednym własnem spostrzeżeniu, ośmielamy się mniemać, że przy pomocy pewnych metodycznych ćwiczeń, których jak na teraz tu jeszcze uwzględnić nie mogę, jesteśmy władni przywracać przerwy w lewej półkuli między ośrodkami ideacyi i ośrodkami M i A , lub też między M i A , również przerwy między M i m , A i a , a nawet wytwarzać nowe ośrodki mowy w prawej półkuli, gdyż niema dobrej racyi zaprzeczać temu, że prawą półkulę mózgu możemy również uzdolnić do mowy. Że afazye funkcyjnalne, a w szczególności tu nas najwięcej zajmująca afazya wrodzona u dzieci, wyleczyć się dają, na to zgadzają się wszyscy autorowie, zajmujący się tym przedmiotem.

Przechodzę obecnie do zdania sprawy z materiału, jakim rozporządzałem. Wogóle spostrzegalem 13 przypadków afazyi, 3 u dorosłych i 10 u dzieci, z których 8 było chłopców a 3 dziewczynki. Z 10 przypadków afazyi u dzieci 8 należało do afazyi funkcyjnalnej wrodzonej, jeden organicznego pochodzenia był połączony z parczą prawych kończyn, a jeden u idyoty. Wszystkie dzieci z funkcyjnalną afazyą z wyjątkiem dwu, i to w bardzo słabym stopniu, odznaczały się prawidłową inteligencyą i wszystkie zaczynały późno chodzić. W żadnym z tych przypadków nie znalazłem wyrosli adenoidalnych. Jako przykład takiej funkcyjnalnej afazyi, niechaj posłuży nam następujące spostrzeżenie.

Abram P., lat 7 liczący, przysłany przez kol. ALTKAUER'a. W rodzinie 5-ro dzieci, malec jest piąty z kolei. Cała rodzina skrofaliczna. Od urodzenia dziecko nic nie mówiło i do drugiego roku przedstawiało inteligencję właściwą temu wiekowi. Przy końcu drugiego roku malec przebył *hydrocephalus acutus* i w następstwie miewał od czasu do czasu drgawki aż do 4 roku. Obecny stan jego następujący: dziecko mało inteligentne, wszystkie ruchy wykonywa bardzo niezgrabnie, z trudnością np. uczy się kłaniać, witać, pomagać przy ubieraniu i t. d. Pomimo oddychania ustami w nocy, nie znalazłem wyrosli adenoidalnych. Dziecko wszystko rozumie, samodzielnie jednak nic nie mówi. Po 2½ miesięcznym leczeniu zaczął powtarzać prawie wszystkie spółgłoski z wyjątkiem *r* i *ż*, sylaby, bardzo dużo wyrazów, a nawet kilkadziesiąt wyrazów mógł samodzielnie mówić. Malec na lato wyjechał do Ciechocinka i po powrocie ma dokończyć tak doskonale zapowiadające się leczenie.

Poniżej przytaczam wszystkie trzy przypadki niemoty organicznego pochodzenia, gdyż oprócz jednego z nich, przemawiającego za możliwością wyleczenia organicznej niemoty, wszystkie one dowodzą nam, że powyżej podany szemat afazji, choć po większej części hypotetyczny, ma jednak swe uzasadnienie i przy rozpoznaniu danej afazji może nam być bardzo pomocny.

Spostrzeżenie 1. Antoni O., lat 64 liczący, alkoholik, mało inteligentny. Z wywiadów okazało się co następuje: w początkach maja 92 r. chory zauważył nieznaczne utrudnienie ruchów w prawej górnej kończynie, do czego wkrótce przyłączyła się niemota bez utraty jednak przytomności. Podobno przez krótki czas z początku chory nie rozumiał, co do niego mówiono. Widziałem go dopiero w dwa tygodnie po opisanym napadzie i znalazłem stan następujący. Chory niskiego wzrostu, z obfitym podkładem tkanki tłuszczowej. Asymetrii w twarzy nie ma, a ruchy językiem chory wykonywa swobodnie. Prawa górna kończyna przedstawia niewielki stopień niedowładu. Ruchy w dolnej kończynie prawidłowe. W sercu szmer systoliczny u podstawy. Chory zdaje sobie sprawę ze wszystkiego co go otacza, wie co mówić zamierza, rozumie co się do niego mówi, powtarza wyrazy podpowiedziane, samodzielnie jednak mówi zaledwie kilka wyrazów. Przy czytaniu, zresztą w początkach bardzo utrudnionem, występuje paraleksya, pisać zaś prawie wcale nie może, z wyjątkiem swego nazwiska, a i tu pomimo prawidłowych liter występuje paragrafia. Najlepiej stosunkowo pisze cyfry i liczby. Opisany stan trwał do 1 września, przyczem żadna szczególna zmiana w stanie chorego nie zaszła. Około tego czasu chory poddał się odpowiedniemu leczeniu, i po dwu miesiącach usilnej pracy prawie zupełnie swobodnie mówił, nieźle czytał i pisał; mówię prawie, gdyż tak w mowie, jak również przy czytaniu i pisanu, występowało jeszcze czasami mieszanie słów i liter.

Porównawszy opisany przypadek z wyżej podanym szematem, łatwo rozpoznać niemotę ruchową transkorową, ale nie w czystej formie, a powikłaną w samym początku zajęciem drogi *A B*. Za słusznością przypuszczenia tego przemawiałoby nierozumienie mowy w samych początkach choroby, a dalej utrudnione czytanie w postaci paraleksyi, to jest mieszania liter, jak również, w miarę powrotu mowy i pisma, występująca parafazyja i paragrafia. Dość wczesne ustąpienie głuchoty wyrazowej, obok pozostałych jeszcze zakłóceń pisania i czytania, zgadza się zupełnie z powszechnie wiadomym faktem, że przy tego rodzaju czuciowych afazjach znikanie chorobowych objawów postępuje w takim porządku.

Chorego tego przedstawiłem w Tow. Lek. 2. XI. 92 r.

Spostrzeżenie 2. Józef O., 70 lat liczący, przysłany przez kol. SOMERA, przy końcu sierpnia 92 r. W jesieni 92 r. utracił przytomność i mowę, bez niedowładu kończyn. Chory parę dni nic nie mówił, następnie mowa nieco się poprawiła, pozostała jednak utrudnioną aż do obecnej chwili. Utrudnienie mowy polega na tem, że bardzo często chory nie może powiedzieć tego, co zamierza, pomimo to, że słowny wyraz pozostaje zachowany; w innych znów razach chory mówi inny wyraz aniżeli ten, który powiedzieć zamierzał (*paraphasia*). Chory dokładnie ro-

zumie, co się do niego mówi i powtarza podpowiadane wyrazy. Czytanie utrudnione. Występuje tu także paraleksya to jest mieszanie liter. Pisanie utrudnione, z wyjątkiem cyfr i liczb, ale nie zniesione (*paragraphia*). Chory ten leczył się przez 2 tygodnie i przez ten krótki czas zrobił znaczne postępy. Nagły wyjazd z Warszawy spowodował przerwanie leczenia.

Przypadek ten jest zupełnie podobny do poprzedniego, z tą tylko różnicą, że mieliśmy tu do czynienia nie z afazją transkorową, lecz dysfazją, poczynającą się wyrównywać siłami przyrody.

Jeżeli dwa opisane przypadki różnią się omawianą komplikacją od podanego schematu, to poniżej zamieszczony przedstawia klasycznie czysty przykład tak zwanej niemoty ruchowej podkorowej. Jest on następujący:

Spostrzeżenie 3. Leon S., 25 lat liczący, skierowany do mnie przez kol. GOLD-FLAMA przy końcu lipca 93 roku. Siostra chorego opowiada, że przed Wielkanocą b. r. chory przebywał tyfus wysypkowy, a we dwa tygodnie po tyfusie został sparaliżowany na prawą stronę z utratą przytomności i zdolnością rozumienia mowy przez 3 tygodnie. Powoli paraliż ustępował, jak również nierozumienie mowy, a po 3 tygodniach mógł już rozumieć pismo. Chory prawidłowo zbudowany, nieźle odżywiany. Niedowład prawej ręki, prawą nogę za sobą powłóczy. Paraliż dolnej gałązki nerwu twarzowego z prawej strony. Język nie zbacza. Pole widzenia prawidłowe. Czucie zachowane. Odruchy ścięgniste i peryostalne na stronie porażonej bardzo żywe. Prawy odruch stopowy (*Fussclonus*). Samodzielnie chory nic nie może mówić, z wyjątkiem chyba paru wyrazów. Chory dokładnie mowę rozumie, nie może głośno czytać, pomimo, że pismo rozumie, powtarzać także nie może. Własnowolne pismo, pismo za dyktandem, jak również kopiowanie zachowane (chory wykonywa to lewą ręką). Liczby odczytuje zarówno jak pismo. Chory dokładnie może powiedzieć, z ilu sylab składa się wyraz, może więc własnowolnie inerwować swój ośrodek słuchowy. To ostatnie, jak również możność czytania i pisania, wyróżnia tę formę od afazyi BROCA.

Z tego, cośmy dotychczas powiedzieli o afazyach, wynika, że prace i ściśle spostrzeżenia, czynione w tym kierunku, oprócz interesu czysto naukowego, a więc przyczyniania się wspólnymi siłami do możliwie ścisłego rozgraniczenia różnych rodzajów niemot, a tem samem wypełniania brakujących w tym trudnym przedmiocie licznych luk i braków, pod tym lub owym względem, mogą przedstawiać i praktyczne korzyści dla chorych, gdy w przyszłości możliwość wyleczenia organicznej niemoty rozpowszechni się między lekarzami i ich zainteresuje. Dopiero znacznie zwiększony materiał obserwacyjny dozwoli oryentować się, które z form afazyi przedstawiają mniejsze lub większe szanse wyleczenia, a tem samem ułatwi racjonalne rokowanie. Z szeregu niemot funkcjonalnych jeszcze raz zwracam uwagę kolegów na wrodzoną niemotę u dzieci, dającą dobre rokowanie, a więc przedstawiającą wszelkie szanse leczenia. Afazyje te, może najwięcej dziś interesujące lekarza, zajmującego się zбочeniami mowy, były dotychczasowo pomijane do tego stopnia, że w najobszerniejszych nawet podręcznikach chorób nerwowych nie ma o nich żadnej wzmianki.

Dyzlogie.

Pod nazwą dyzlogicznych zбочeń mowy rozumiemy zбочenia, wynikające z zaburzeń treści myśli. Zбочenia treści mowy najczęściej przytrafiają się u obłąkanych i, według niedawno wydanej pracy SEGŁAS'a⁵⁾, dotyczą tempa mowy, formy, składni i na koniec samej treści. Tempo mowy może być zbyt szybkie (*logorrhoea*), jak w napadach ekscytacji u mania-

⁵⁾ Des troubles du langage chez les aliénés. 1892.

ków, przy paraliżu postępowym w okresie ekscytacji i t. d., a co częstokroć łączy się z tego samego rodzaju trzepotaniem, o jakim mówiliśmy uprzednio u ludzi z normalną inteligencją; lub zbyt powolne, dochodzące czasami aż do własnowolnego milczenia (*mutisme vesanique*). Spostrzegamy to w melancholii, *folie circulaire*, demencji apatycznej i t. d. Zmiany formy mowy napotykamy dość często u obłąkanych. Odnosimy tu najprzód zmiany w głosie, odpowiadające nastrojowi ducha chorego, od głosu podniesionego aż do szeptu, dalej głos naśladowujący różne zwierzęta, mowę patetyczną, grubiańską lub wyszukanie grzeczną, pozornie wierszowaną i t. d. Nie mniej częstymi są nieprawidłowości w składni, jak zaniedbane przypadkowanie lub odmiana słów, ze szczególnem upodobaniem rzeczowników trybu bezokolicznego i imiesłowów, używanie trzeciej osoby zamiast pierwszej, liczby mnogiej zamiast pojedynczej i t. d. Nakoniec sama treść mowy ulega zmianom. Tu odnosimy *paralogia thematica*, pozostająca w związku z omamami chorego, różnego rodzaju neologizmy, *embolophrasia*, *echolalia etc.* Zboczenia treści pism u obłąkanych przedstawia SEGLAS *mutatis mutandis* w analogiczny sposób.

Ograniczając się tą krótką wzmianką o dyzlogiach, jako zboczeniach mowy, z którymi najmniej logopatolog może mieć styczności, pragnę choć w kilku słowach wspomnieć jeszcze o zboczeniach mowy u idyotów i głuptasów. O niemocie u idyotów mówiłem już przy wrodzonej funkcjonalnej afazji u dzieci. Według SOLLIER'a ⁶⁾ musimy tu odróżniać dwie formy: lżejszą i cięższą, mianowicie, albo mamy do czynienia z idyotami, którzy nie mówią, lecz rozumieją, co się do nich mówi, albo też ani nie mówią, ani nie rozumieją. WILDERMUTH odróżnia dwojakiego rodzaju zboczenia mowy u idyotów, a mianowicie: afatyczne i dyzlogiczne, pozostające w związku z osłabieniem inteligencji, i dyzartryczne, wikłające pierwsze, jak jąkanie, bełkotanie. Zupełnie słuszny ten podział da się w zupełności zastosować i do głuptasów. Zboczenie pisma u półidyotów i głuptasów, uwzględnione powyżej pod nazwą bełkotania w piśmie, przytrafia się dość często. Leczenie zboczeń mowy u idyotów i głuptasów zbliża się mniejwięcej do leczenia tychże zboczeń u ludzi rozwiniętych umysłowo, rozumie się z uwzględnieniem ich sfery umysłowej, a tem samem, zastosowaniem zupełnie innego sposobu uczenia. Że nawet u tego rodzaju dzieci można na tem polu dużo zrobić, o tem miałem sposobność przekonać się osobiście w Daldorfie (zakład idyotów pod Berlinem), gdzie widziałem stosunkowo świetne wyniki leczenia zastosowanego przez PIPER'a u idyotów i głuptasów, podlegających wadzie jąkania lub bełkotania.

*

*

*

W zakończeniu niniejszego sprawozdania, chciałbym na zasadzie przytoczonych faktów usprawiedliwić to, co powiedziałem na początku niniejszej pracy, a mianowicie, że logopatologia pozostaje w ścisłym związku z wieloma działami wiedzy medycznej i przyczynia się do rozszerzenia jej zakresu. Widzielśmy, że wiąże się ona z organicznymi zmianami tkanki mózgowo-rdzeniowej, mianowicie przy wszelkiego rodzaju zmianach organicznych kory, pociągających za sobą niemotę organiczną, bełkotanie organiczne, jak przy *paralysis progressiva*, *sclerosis disseminata etc.*, dalej ze zmianami funkcjonalnymi całego systemu nerwowego, jak przy jąkaniu, funkcjonalnem bełkotaniu, funkcjonalnych niemotach, następnie ze zmianami jamy nosogardzieliowej pośrednio

⁶⁾ Paul Sollier. Der Idiot und der Imbecille. Eine psychologische Studie. 1891.

(wpływy tych zmian na jąkanie, bełkotanie i niemotę) i bezpośrednio, przy wszelkiego rodzaju zmianach, pociągających za sobą jej zwężenie, przy defektach podniebienia twardego i miękkiego i niedowładach tego ostatniego, na koniec ze zmianami jamy ustnej przy wszelkiego rodzaju organicznych jej zmianach, wytwarzających mechaniczne bełkotanie. Logopatologia rozszerza i wzbogaca zakres wiedzy medycznej w następujących kierunkach: wyświetla zupełnie dotychczas pomijane, a ważne zboczenia mowy u dzieci, mianowicie niemotę wrodzoną funkcyjalną, oraz podaje dane, na zasadzie których możliwem jest leczenie nie tylko tego rodzaju niemot, lecz i organicznych; dodaje do szeregu dobrze już znanych nerwic funkcyjalnych, jedną może z najważniejszych, mianowicie jąkanie; objaśnia patogenezę, opartą na fizyologii i psychologii mowy, funkcyjalnego bełkotania; uzasadnia, że cierpienia noszące dotychczasowo nazwę *aphonia spastica*, winne być zaliczone do jąkania głosowego; czyni możliwem leczenie tych przypadków mowy nosowej, gdzie, pomimo usunięcia zwężeń w jamie noso-gardzielowej, odcień nosowy w mowie nadal utrzymuje się; objaśnia, dla czego przy rozszczepach podniebienia twardego i miękkiego dotychczasowe wyniki operacyjne nie prowadziły do pożądanego celu, jak również przyczynia się do osiągnięcia tego celu; na koniec tłumaczy powstawanie wielu przypadków mechanicznego bełkotania, zależnego od zmian szczęk, zębów i t. d. i sposób ich usunięcia. Jeżeli do tego wszystkiego dodamy jeszcze, że przedstawia nam zboczenia mowy w ogólności w zupełnie nowem, po większej części nieznanem dotychczasowo świetle, przyczynia się więc do szerzenia między lekarzami zdrowych pojęć higieny mowy, to chyba przyznać musimy, że zarówno jak laryngologia i inne małe działy wiedzy medycznej, winna zająć stanowisko samodzielne, a więc i oddzielna nazwa słusznie się jej przynależy.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 26 września r. b.

W dyskusyi, jaka się wywiązała z powodu odczytu „Przyczynok do nauki o zboczeniach mowy“, którego zakończenie mieści się w niniejszym numerze, kol. RYCHLIŃSKI zaznacza, że jeśli przy wrodzonych funkcyjalnych afazyach, jak również funkcyjalnem ogólnem bełkotaniu niemota trwa długo, to, przy istniejącej zazwyczaj w tych razach rozlanej sprawie anatomicznej przyrody, ośrodki mowy, jak również drogi łączące te ośrodki, ulegają zanikowi; jakim więc sposobem zapomocą ćwiczeń można powołać do czynności te ośrodki mózgu, które z powodu spraw organicznych, jakiego przechodził dany osobnik, w dzieciństwie zniszczone zostały? Dalej zapytuje kol. R., w jaki sposób kol. O. usuwa przerwy w drogach łączących ośrodki, a nawet wytwarza nowe ośrodki mowy?

Prof. BRODOWSKI przytacza dwa przypadki, w których po zniszczeniu ośrodków mowy wyrobiły się nowe, bez interwencyi lekarza, t. j. bez ćwiczeń odpowiednich. Pierwszy przypadek dotyczył dziewczyny z guzem na głowie. Guz zaczął się rozszerzać, rozwinął się i w mózgu w lewej jego półkuli i zniszczył cały lewy płac czołowy, a pomimo to dziewczyna była dość inteligentna i mówiła. Drugi przypadek dotyczył chłopca z nowotworem w lewym oczodole; nowotwór przez otwór oczodołowy wrósł do jamy czaszki i, stopniowo uciskając mózg, wywołał zanik ośrodków mowy. Chłopiec pomimo to mówił. Prof. BRODOWSKI sądzi, że nowe ośrodki wytwarzać się mogą tylko przy stopniowym zaniku dawnych, dodając przytem, że przytoczone przypadki po części służyć mogą jako odpowiedź na wątpliwości przytoczone przez kol. R., co do możności wytwarzania nowych ośrodków mowy.

Kol. O. zaznacza, że prof. B. wyręczył go już po części w odpowiedzi, dodaje więc tylko, że przy ogólnem funkcyjnalnem bełkotaniu nie ma żadnego zaniku ani ośrodków mowy, ani dróg łączących, a cierpienie polega jedynie na niewłaściwym użyciu tych dróg. Przy niemotach funkcyjnalnych wrodzonych, także nie może być mowy o żadnym zaniku, a jedynie brak ruchowego ośrodka mowy lub drogi łączącej go z ośrodkami ideacyi. Co się zaś tyczy organicznych niemot, to zanik ten w samej rzeczy istnieje, a leczenie polega właśnie na wyrobieniu dróg łączących w lewej półkuli, a nawet na wytworzeniu nowych ośrodków w prawej. Podane wyżej przykłady przez prof. Br. możliwość tę, nawet bez interwencji pomocy lekarskiej, w zupełności stwierdzają. Co do metody leczniczej, to całokształt jej, z powodu zbyt małej ilości obserwacji, jak na teraz nie może być jeszcze ściśle sformułowany.

Kol. R. odpowiada, że przypadki, przytoczone przez prof. Br., potwierdzają tylko to, co on mówił, gdyż dotyczą osobników, u których tkanka mózgowa była po części tylko zniszczona. Kol. R. miał na myśli to przypadki, w których, z powodu rozlanej sprawy zapalnej w samej istocie mózgu, ośrodki mowy zostały zniszczone niemal od pierwszej chwili ich rozwoju.

Kol. OŁ. powtórnie zaznacza, że mówił o niemocie wrodzonej funkcyjnalnej, jak również o bełkotaniu ogólnem funkcyjnalnem, i w odczycie objaśnił, na jakiej drodze cierpienia to powstały. Odpowiednie ośrodki mowy lub drogi łączące w tego rodzaju przypadkach nie wyrobiły się, lecz zmian anatomicznych nie ma. Zaburzenia mowy, będącej prostym znakiem pamięci, nie zawsze wymagają substratu anatomicznego, mogą więc istnieć, pomimo, że nie ma żadnej zmiany anatomicznej. Są to kwestye dynamiczne, a nie anatomiczne.

Kol. BIERNACKI zaznacza prace nad afazją autorów francuskich, mianowicie CHARCOT'a i jego szkoły, zastanawiających się głównie nad czystymi formami afazyi słownej i pisma i, zgodnie z doświadczeniem klinicznym, wykazującym, że takie czyste formy zdarzają się bardzo rzadko, podnosi zasługę autorów niemieckich, jak WERNICKE'go i LICHTHEIM'a, uwzględniających owe powikłania. Wobec jednak nowszych prac FREUD'a i GOLDSCHIEDER'a, nie zgadza się na ścisłą lokalizację, podaną w szemacie przez LICHTHEIM'a, uważając cały ten szemat, z wyjątkiem niemoty BROCA i WERNICKE'go, za hypotetyczny. Kol. B. nie zgadza się również na to, aby w literaturze o afazyi funkcyjnalnej wrodzonej nie było dotąd żadnej o niej wzmianki i, oprócz własnego odnośnego spostrzeżenia, cytuje opis dwu przypadków tego cierpienia przez TREUTL'a; nakoniec utrzymuje, że wyleczenie afazyi może być i samodzielne, jak to widział w kilku przypadkach, gdzie po kilkunastu dniach, a nawet kilku miesiącach chorzy powracali do zdrowia.

Kol. O. odpowiada, że pomimo kilku prac nowszych, zaprzeczających, i to tylko do pewnego stopnia, prawdziwości lokalizacji ośrodków mowy i dróg łączących, a podanych w szemacie, główne typy ostały się dotąd niewzruszalnie, jako poparte licznemi sekcjami. Zadaniem właśnie przyszłości jest wypełnienie luk w tymże szemacie, jak również ścisła kontrola tego, co on nam podaje. Co do najnowszych prac FREUD'a i GOLDSCHIEDER'a, to kol. O. zaznacza, jak to zresztą zamieścił w swoim odczycie, że prace te, przeważnie oparte na danych psychologicznych, ma zamiar uwzględnić nieza długo w specjalnej pracy, poświęconej afazyi, nie uważał więc za stosowne w zwykłym sprawozdaniu wklejać rzecz i tak samą przez się niezmiernie trudną. Zresztą z prac ostatniego rodzaju szczegółowo wspominał o podstawowej w tym nowym kierunku pracy GRASHER'a. Wyleczalność afazyi siłami przyrody po kilkunastu dniach lub kilku miesiącach, należy do rzeczy powszechnie wiadomych, i takich nie miał wcale na myśli, gdyż jeśli ma być mowa o leczeniu niemot organicznych, to jedynie ma się na uwadze przypadki, trwające pół roku i dłużej, gdzie samowyleczenie staje się mniej niż prawdopodobne. Wreszcie, co się tyczy ostatniego punktu, to kol. O. bynajmniej nie miał na myśli literatury zawodowej, w której, oprócz znanych mu przypadków TREUTL'a, istnieją całe dziesiątki podobnych, a jedynie podręczniki chorób nerwowych, gdzie nawet w najobszerniejszym z nich nie znalazł o tem ważnem cierpieniu najmniejszej wzmianki.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

165. a) HINTZE. O długości życia i ropotwórczym działaniu lasecznika durzycowego w ustroju ludzkim.

b) RUMPF. Leczenie duru brzuszego za pomocą wyjąłowionej hodowli lasecznika niebieskiej ropy (*bacilli pyocyanei*).

c) E. FRAENKEL. O swoistem leczeniu duru brzuszego.

a) Przytoczywszy kilka przypadków, gdzie lasecznik tyfusowy uznany został za przyczynę ropienia, które pojawiło się w kilka miesięcy po ostrych objawach klinicznych, opisuje autor przypadek, gdzie po ośmio-tygodniowym tyfusie (w czerwcu 1892 r.) wystąpiło w cztery miesiące obrzmienie okołomostkowego końca czwartego żebra i z przodu prawej goleni. Po operacji, która miała miejsce w kwietniu r. b. (z pomyślnem zejściem po trzech tygodniach), wyhodowany został z ropy oprócz lasecznika niebieskiej ropy (*b. pyocyaneus*— β ERNST) lasecznik tyfusowy. Wygląd kolonii na płytkach, żelatynie, cukrowym agarze i kartoflu, zarówno jak sposoby barwienia bakterii i ich rzęsek i brak odczynu indolowego (KITASATO) przemawiały za takim rozpoznaniem. Specyficznych ropotwórczych koków nie znaleziono. Jako przyczynę ropienia uznaje autor lasecznika tyfusowego, lasecznika zaś niebieskiej ropy uznaje tylko za saprofita (?); zbija dalej zdanie BAUMGARTEN'a i E. FRAENKEL'a, jakoby lasecznik tyfusowy nigdy nie wywoływał ropienia, a znajdowanym był w ropniach tylko dla tego, że jest wytrzymalszym od koków ropotwórczych, szybciej obumierających; przytacza przypadki, gdzie martwe laseczki gruźlicy i karbunkułu, a także produkty bakterii (pomiędzy innymi tyfusu) wywołują ropienie i stąd przychodzi do wniosku, że nie ma powodu, aby odmawiać lasecznikowi tyfusowemu ropotwórczych własności. Zjawisko to objaśnia autor w ten sposób, że po ustąpieniu ostrych objawów klinicznych tyfusu pozostają się jednak tu i ówdzie laseczki. Zostają one jednak osłabione wskutek niedogodnych warunków otoczenia i względnej odporności organizmu po przebytej chorobie; ale produkty ich i formy inwolucyjne mogą wywoływać zapalenie i ropienie. Oprócz powyższego przykładu przytacza autor jeszcze jeden przypadek tyfusu u siedmioletniej dziewczynki, z zejściem śmiertelnym na piąty dzień, gdzie przy sekcji wykazano, oprócz innych zmian charakterystycznych dla tyfusu, krwawo-ropne zapalenie opon mózgowych. W ropie znaleziono tylko lasecznika tyfusowego. W końcu autor dochodzi do następujących wniosków: 1) lasecznik tyfusowy może przeżyć przeszło dziesięć miesięcy w organizmie człowieka, 2) może wywoływać długotrwałe potyfusowe ropienie, 3) może wywołać ropne zapalenie opon mózgowych.

A. Żurkowski.

(Centralbl. f. Bact. u. Par. B. XIV. Nr. 14)

b) Zachęcony wynikami pracy E. FRAENKEL'a, autor postanowił zbadać, czyby w leczeniu tyfusu brzuszego nie dało się otrzymać również pomyślnych wyników przy stosowaniu wstrzykiwań wyjąłowionych drobnoustrojów, które nie stoją w żadnym przyczynowym związku z samą chorobą. Próby czynione w tym kierunku z paciorkowcem (*streptococcus*) dały wyniki ujemne. Wprowadzenie do badań *bacilli pyocyanei* uwieńczone zostało pomyślnym skutkiem.

B. pyocyaneus, uważany w dawnej chirurgii za istotę ropienia pomyślnego (*pus bonum et laudabile*) (? Red.), jakkolwiek nie jest zupełnie niewinnym, jednakże pod względem chorobotwórczym znacznie ustępuje innym pasorzytom ropnym (paciorkowiec, gronkowiec). Wstrzyknięty pod skórę nawet w znacznych ilościach, wywołuje tylko miejscowy ropień; ropienia postępującego, ropnicy lub przerzutów nigdy nie spowoduje. Wstrzyknięcie do żyły szyjowej królika większej ilości hodowli *b. pyocyanei* jakkolwiek spowodowało śmierć, jednakże wszystkie dane przemawiały za tem, że ustrój zwierzęcia większą część wprowadzonych pasorzytów był w stanie zniszczyć lub wydalić przez nerki. W każdym razie badania odnośne wykazały, że przez wprowadzenie *b. p.* do ustroju, pobudza się bakterjobójczą obronną siłę właściwą ustrojowi do wzmożonej działalności.

Preparat do wstrzykiwań przygotowywał autor z *b. pyocyanus* tak samo, jak to czynił E. FRAENKEL z *b. typhosus*.

Kiedy rozpoznanie tyfusu brzuszego było niewątpliwe, wstrzykiwano choremu w mięsień pośladkowy 0,5 c. s. Wstrzykiwania takie są prawie bezbolesne i nie spowodują odczynu miejscowego.

W niektórych przypadkach po zastrzyknięciu następuje podniesienie ciepłoty, która nazajutrz spada do poprzedniej wysokości. Rzadziej w dzień po zastrzyknięciu następuje pewne obniżenie ciepłoty, najczęściej obniżenie staje się widocznym dopiero 3-go dnia, w każdym razie obniżenie to po 0,5 jest bardzo nieznaczne. Dla tego też szczególnie przy wysokiej gorączce już nazajutrz po pierwszej iniekcji wstrzykuje autor 1 c. s. płynu hodowlanego i następnie robi przerwę 48-godzinną. W pomyślnie przebiegających przypadkach na drugi dzień po drugiej iniekcji spostrzegać się daje efekt pomyślny: ciepłota i tętno zniża się widocznie (1^o) i ogólny obraz choroby zmienia się na lepsze. Chorzy pogrążeni przedtem w śpiączce i bredzeniu durowem, 4-go dnia po rozpoczętej kuracji robią wrażenie rekonwalescentów. Jeżeli teraz przerwać iniekcje, to chociaż pewien pomyślny wpływ i w dalszym przebiegu choroby widoczny będzie, jednakże gorączka szybko powraca do zwykłego typu durowego. Dla tego też autor we wszystkich przypadkach, gdzie ciepłota nie spada stale do 37^o, stosuje dalej wstrzykiwania w 48-godzinnych przerwach i wciąż zwiększonych dawkach 2, 4, 6, 8 c. s., jakkolwiek tak wysokie dawki rzadko kiedy okazują się koniecznymi.

Szkodliwych następstw autor nie spostrzegał nigdy. Jedynym nieprzyjemnym objawem były dreszcze, towarzyszące przemijającemu podniesieniu ciepłoty po iniekcji. W jednym ciężkim przypadku duru brzuszego w 1¹/₄ godziny po zastrzyknięciu 6 c. s. ciepłota z 37,5^o podniosła się do 41,6^o, nazajutrz zrana przy obfitych potach spadła do 37,5^o, wieczorem tegoż dnia znów podniosła się do 39,4^o, wreszcie zrana dnia następnego ciepłomierz wskazywał 36^o.

Żadna z dotychczasowych metod leczenia duru brzuszego nie dawała wyników tak pomyślnych, jak wyżej przez autora podana. W ciągu 6—8 dni gorączka i wszelkie inne objawy duru giną; niekiedy w rekonwalescencji ciepłota podnosi się do 38,5^o, ale rzadko okazuje się potrzeba powtórnych iniekcji. W większości przypadków zdrowienie idzie szybko i bez przerw.

Nie należy jednak mniemać, ażeby we wszystkich przypadkach tyfusu brzuszego metoda ta była tak skuteczną. W niektórych przypadkach dawki 0,5, 1,0, 2,0 pozostają bez żadnego działania. W jednym bardzo ciężkim przypadku, w którym zastrzyknięcie 2,0 wyjąłowanej hodowli tyfusowej nie wywołało żadnego odczynu, zastrzyknięcie 2,0 wyjąłowanej osłabionej hodowli *b. pyocyanei* również pozostało bez efektu; pewne ślady odczynu zjawily się dopiero po wstrzyknięciu 4 c. s. W innym przypadku dopiero 6 c. s., wywarło skutek dodatni. U mężczyzn szczególnie należało niekiedy stosować wysokie dawki. W nieznacznej liczbie przypadków w żaden sposób nie można było otrzymać odczynu widocznego. Im wcześniej zaczęto iniekcje, tem wynik był lepszy. Zdarzające się powroty choroby leczą się na tych samych podstawach, co i pierwotne cierpienie.

Na 30 przypadków leczonych, miał autor 2 przypadki śmierci, jeden wskutek obfitych krwotoków kiszkowych, drugi wskutek zapalenia płuc. Komunikat swój kończy autor następującymi słowy: Wyniki leczenia duru brzuszego za pomocą wyjąłowanej hodowli *b. pyocyanei* prawie zgodne są z wynikami metody E. FRAENKEL'a przy stosowaniu takiejże hodowli lasecznika tyfusowego; ustępują jej nieco, być może, co do wysokości początkowego podniesienia i następnego spadku ciepłoty. Czy w przyszłości tyfusy leczone będą hodowlą lasecznika tyfusowego, czy *pyocyanei*, jest to rzeczą mniejszej wagi; najważniejszą rzeczą jest tu zdobyty fakt: że produkty pewnych bakterii w ustroju ludzkim wywierają wpływ na chorobę, podstawą której są inne drobnoustroje. Spostrzeżenie to winno być początkiem całego szeregu klinicznych i doświadczalnych badań. Dotychczas uogólnieniu leczenia chorób zakaźnych za pomocą produktów swoistych bakterii stał na przeszkodzie fakt, że wprowadzanie do ustroju produktów tych niekiedy niebezpiecznijszem jest, niż sama choroba, którąśmy leczyć zamierzali. Obecnie rodzi się pytanie, czy w takich razach produkty innego rodzaju bakterii nie doprowadzą nas do wyników pomyślnych.

(*D. med. Woch.* 1893—41).

Wł. Zawadzki.

c) Badania BRIEGER'a, KITASATO i WASSERMANN'a wykazały, że przez hodowanie laseczników tyfusowych na pewnych glebach, otrzymać można osłabiony zarazek, który zaszczipiony zwierzęciu wrażliwemu na tyfus, wywołuje nieznaczne objawy chorobowe i następnie czyni zwierzę odpornem względem zarazka, posiadającego pełną siłę zakaźną. BRIEGER hodował laseczniki na bulionie przygotowanym z grasicy (*thymus*) cielejcej przez 3 doby, ogrzewał do 60^o R., szczepił nastę-

pnie tak osłabiony zarazek do jamy otrzewnowej myszy i morskich świnek, i w 10 dni potem zwierzęta te były zupełnie odporne na kilkakroć wyższą od śmiertelnej dawkę normalnej hodowli.

Autor, upewniwszy się, że w wyżej wspomniany sposób osłabiony zarazek tyfusowy jest zupełnie nieszkodliwy dla myszy, postanowił zbadać działanie tegoż na ustrój człowieka, a przede wszystkim określić wpływ szczepień osłabionych na przebieg duru brzuszego. 57 chorych na mniej lub więcej ciężki tyfus brzuszny poddawał autor szczepieniom osłabionym. Początkowo wstrzykiwano zarazek osłabiony pod skórę w okolicy podbrzuszej; gdy jednak sposób ten sprowadzał dość znaczne bóle i niekiedy zaczerwienienie i obrzmienie w kierunku naczyń chłonnych, zaczęto robić wstrzykiwania głębokie w tkankę mięśniową w okolicy pośladkowej. Sposób ten okazał się wolnym od wszelkich powikłań.

Kiedy rozpoznanie tyfusu brzuszego nie podlegało żadnej wątpliwości, wstrzykiwano choremu w okolicę pośladkową 0,5 ctm. sz. wyjałowionego bulionu, zawierającego osłabiony zarazek, poczem zazwyczaj nie występowała żadna zasadnicza zmiana w stanie chorego. Na drugi dzień wstrzykiwano 1 ctm. sz., co zwykle sprowadzało dreszcze i podniesienie ciepłoty. 3-go dnia spostrzegano już pewne obniżenie gorączki, które 4-go dnia dosięgało całego stopnia w porównaniu z gorączką, jaka była przed wstrzykiwaniami. Jeżeli teraz zaprzestano wstrzykiwań, ciepłota zaczynała się podnosić. To podnoszenie się ciepłoty jest wskazaniem do nowych wstrzykiwań zwiększonych dawek. Następna dawka wynosi 2 ctm. sz., poczem ciepłota przechodzi też same wahania co i poprzednio, z tą tylko różnicą, że *maximum* spadku gorączki bywa większe niż poprzednio.

Tylko przebieg gorączki decyduje o dalszem postępowaniu. Dopóki nie następuje podniesienie ciepłoty po otrzymanym spadku, należy pauzować, w przeciwnym razie powtarzać wstrzykiwania w dwudniowych odstępach z każdorazowym podniesieniem dawki o 1 ctm.

Przy takim sposobie postępowania prawie bez wyjątku przerywa się stałość gorączki (*febris continua*), która przyjmuje wyraźny charakter zwalniający (*f. remittens*) i w stosunkowo krótkim czasie następuje zupełny stan bezgorączkowy.

U chorych, których tą metodą zaczęto leczyć w późnych okresach tyfusu pomyślny skutek trudniejszy jest do osiągnięcia.

W ostatnich dniach tyfusu (*stadium amphibolicum*) u chorych nie leczonych wstrzykiwaniami, jednorazowe wstrzyknięcie 1 ctm. sz. może sprowadzić krytyczny spadek ciepłoty.

Wraz z wczesnemi spadkami ciepłoty chorzy czują się znacznie lepiej, do czego pomagają obficie występujące poty. Ilość dobową moczu wzmagą się niekiedy znacznie (2—3000 cctm). Biegunka tyfusowa ustaje wraz ze spadkiem ciepłoty i chorzy robią wrażenie rekonwalescentów, gdy dokładne badanie wykrywa u nich jeszcze wysypkę (*roseola typhosa*) i znaczne obrzmienie śledziony. W niektórych przypadkach spostrzegano już po spadku ciepłoty pojawienie się wysypki, która wraz z obrzmieniem śledziony przebiegała już dalej bezgorączkowo, przy czem chorzy czuli się doskonale i przybierali na wadze. Odżywianie w ten sposób leczonych chorych może być prowadzone daleko lepiej i w większości przypadków chorzy w 14—16 dni po spadku ciepłoty, opuszczając łóżko, posiadają znacznie większy zapas sił, aniżeli chorzy leczeni dotychczasową metodą wyczekującą.

Powikłania, niekiedy bardzo ciężkie, właściwe tyfusowi brzuszemu, nie są wyłączone przy omawianym sposobie leczenia, jakkolwiek i w tym kierunku autor spodziewa się dojść do wyników pomyślnych.

Powroty choroby mogą być leczone z powodzeniem tą samą metodą.

W zakończeniu swej pracy mówi autor, że nowa metoda leczenia tyfusu brzuszego przy konsekwentnem zastosowaniu, daje nam możliwość nawet w ciężkich przypadkach uczynienia przebiegu choroby równym i szybkim, czego nie dawała żadna z dotychczasowych metod leczenia tyfusu.

(*Dcut. med. Woch.* 1893—41).

Wł. Zawadzki.

List otwarty do Redakcji Medycyny.

Ogłoszony przezemnie artykuł „O stosunku Medycyny wewnętrznej do Chirurgii“ ¹⁾, wywołał kilka krytyk w rozmaitych naszych pismach. Nie uważałem wcale za właściwe zajmować uwagi czytelników odpowiedzią na te krytyki, pozbawione nie tylko firmy, lecz w znacznej części i głębszego wniklecia w treść mego artykułu; kiedy jednak w 43 numerze Medycyny, prof. KOSIŃSKI zabrał głos w tej sprawie, przypisując mi dość dziwaczne zdania, uważam za konieczne napisać parę słów wyjaśnienia i obrony. Z krytyki tej wypada, jakoby ja uważał chirurgów za rodzaj rzemieślników, nie potrzebujących wyższego wykształcenia, jakoby wreszcie powstawał przeciwko interwencji chirurgicznej w chorobach wewnętrznych, i chorych potrzebujących leczenia operacyjnego, aż do śmierci chciał trzymać w rękach filozofów t. j. terapeutów.

Nie mam najmniejszej pretensyi do tego, aby prof. KOSIŃSKI czytywał me prace, z których mógłby się dowiedzieć, jak się zapatruję na potrzebę interwencji chirurgicznej w chorobach wewnętrznych; sądzę jednak, że uważne przeczytanie tego jednego artykułu, o który tu chodzi, powinno mię uwolnić od zrobionych mi zarzutów. Cały mój artykuł przenikniony jest właśnie myślą o potrzebie chirurgicznego leczenia chorób wewnętrznych, które w dzisiejszych warunkach jest nieraz jedyną deską zbawienia dla chorych; ja nie kłócę się — jakby to ze słów prof. K. można było myśleć — o chorego, nie drżę o to, aby mi chirurgowie nie zabierali chorych, ale idzie mi o to, aby pomoc chirurgiczna stosowana była rozumnie, aby wypływała z jasnego pojęcia o chorobie, a nie na oślep i nie dyskredytowała operacyjnego leczenia.

Wykazałem to na przykładach, jakich błędów dopuszczali się chirurgowie, jedynie dla tego, że chcieli samodzielnie interweniować w chorobach, których istoty dokładnie nie znali. Są wprawdzie ludzie, którym się zdaje, że wszystko umieją, ale od tego dobrego o sobie mniemania do rzeczywistości — krok daleki. Medycyna wewnętrzna nie jest nauką, którą osiągnąć można z lekka tylko jej się dotknąwszy; lata całe pracy i doświadczenia potrzeba, aby ją zrozumieć. Jeżeli chirurg pół życia swego poświęci na to, aby poznać choroby wewnętrzne, wtedy drugie pół życia może obejść się bez pomocy terapeutę. Ale ponieważ w rzeczywistości tak się nie dzieje, więc też chirurgia chorób wewnętrznych ciągle musi szukać oparcia o medycynę wewnętrzną. Żaden nowożytny chirurg, nie wykona operacyi na żołądku w pierw, aż terapeuta zbada chemizm i mechanizm trawienia, określi granice i położenie żołądka, nie przystąpi do operacyi na mózgu, aż mu terapeuta dokładnie nie wytłumaczy, gdzie ma szukać ogniska choroby. Tak się dzieć winno. A i inicjatywa nowych operacyi winna wychodzić od terapeuty, dokładnie znającego istotę choroby, jakoż coraz częściej spotykamy prace traktujące o wskazaniach do operacyi, pisane przez terapeutów. Tak ograniczając rolę chirurga w dziedzinie chorób wewnętrznych, nie miałem bynajmniej na myśli wyznaczać mu podrzędnej roli w nauce w ogólności. Przeciwnie wyraziłem życzenie, aby chirurgowie byli jaknajwyżej wykształceni, aby zbliżyli się do patologii ogólnej, tego źródła skąd płynie ożywczy prąd na całą medycynę, ma bowiem chirurgia swoje specjalne pytania, nie zależne od medycyny wewnętrznej, a które tylko na drodze ścisłych badań rozwiązywalne być mogą. Po części i życzenie to nawet było zbytecznem, istnieją bowiem chirurgowie, którzy nie gardzą „filozofią“, nie naigrawają się z „głębokich myślicieli“, ale sami idą za ich przykładem. Taki THIERSCH badający histogenezę raka, BILLROTH i VOLKMANN — histologię zapalenia, BERGMANN robiący pierwszy krok do wyjaśnienia septycemii, ROSENBACH odkrywający mikroorganizmy ropne, FEHLEISEN — róży, MIKULICZ badający wpływ mikroorganizmów na gojenie się ran, lub wyjaśniający ruchy przełyku — wszyscy szli drogą utartą przez terapeutów i nie wstydzą się do tego przyznawać. LISTER nie drwił sobie z filozofów i z jakichś tam zwierzątek, ale otwarcie przyznaje, że pracom PASTEUR'a i KOCH'a zawdzięcza swe odkrycie. Na szczęście i my między nami mamy chirurgów potrafiących łączyć wykształcenie chirurgiczne z ogólną wiedzą lekarską; nie mogę ich tu wyliczać, ale muszę wspomnieć o MATLAKOWSKIM, który choć sam nie pracował nad parazytologią, dzięki swemu ogólnemu i filozoficznemu wykształceniu, tak poznał jej ducha, tak zapanował nad jej treścią ²⁾, że od razu pojął doniosłość odkry-

¹⁾ Przegląd Chirurgiczny. Z. I. r. 1893.

²⁾ Choć to nie należy do treści mej odpowiedzi, pozwolę sobie na przytoczenie małego szczegółu. Kiedy w 1884 r. pisałem o zakażeniu mieszanem przy tyfusie, o tego rodzaju zakażeniach, których pojęcie dziś stało się tak banalnem, wtedy jeszcze wcale prawie nie mówiono i nie pisano. Tymczasem rozmawiając wówczas z Matlakowskim, przekonałem się ku memu wielkiemu zdziwieniu, że posiadał o tej kwestyi zupełnie wyrobione zdanie. Wskazywał mi wtedy, niezmiernie trafnie, że ospy nie można uważać inaczej jak tylko za rodzaj zakażenia mieszanego. Późniejsze badania wykazały, że tak prawdopodobnie rzecz się ma w istocie.

cia LISTER'a, i nie ostatni, ale pierwszy stanął w liczbie obrońców antyseptyki. To też słusznie i pięknie zrobił wydawca „Przeglądu Chirurgicznego“, ofiarując pierwszy zeszyt swego pisma MATLAKOWSKIEMU, jako najdzielniejszemu krzewicielowi chirurgii u nas.

Prof. KOSIŃSKI, dzielący z memi bezimiennymi krytykami wstręt do wszelkich ogólniejszych roztrząsań, uważa wogóle całą kwestję przezemnie podniesioną, za sztuczną i poronioną. Prof. K. nie zna widocznie odczytu wypowiedzianego na 53 zjeździe niemieckich naturalistów i lekarzy przez BERGMANN'a. A szkoda, bo odczyt ten wart jest przeczytania. Można się z niego przekonać, że temi poronionemi kwestyami zajmują się też i chirurgowie i to nie lada jacy, co zaś dziwniejsza, że rozstrzygają je w wielu punktach w sposób bardzo do mego punktu widzenia zbliżony. Głębiej też zastanowiwszy się nad tą kwestyą, nie oburzał by się tak bardzo prof. K. na to me zdanie, że „chirurgia mniej niż jakikolwiek sposób leczenia, nie leczy choroby ale jej skutki“. Bardzo bym rad był wiedzieć, jakie to „choroby“ w dziedzinie medycyny wewnętrznej leczy chirurgia. Bąblowiec, zamknięcie światła kiszek—oto zdaje się prawie wszystko. Albowiem operacja leczy skutki choroby (zweżenie odźwiernika i kiszek, ropnie wszelkiego rodzaju), albo też leczy wprost tylko objawowo (wyjmowanie kamieni nerkowych, żółciowych i t. p.). Medycyna wewnętrzna częściej daleko leczy samą chorobę (zimuica, reumatyzm ostry, leczenie chorób z przemiany wadliwej materii, a więc otyłość chorobowa, otłuszczenie serca, kamienie nerkowe, żółciowe, otrucia przewlekłe, niektóre choroby nerkowe) lub też do tego celu zmierza. Z tem wszystkim powyższe moje orzeczenie nie ubliża chirurgii, ani nie ogranicza, dziś przynajmniej, zakresu jej działania, a i profesorowi KOSIŃSKIEMU, gdyby się był lepiej zastanowił, zdanie moje nie wydałoby się tak bardzo pozbawionem „głębszego i dojrzalszego poglądu“, za jakie je przy powierzchownem rozpatrywaniu uznał.

Nazwawszy mój artykuł powierzchownym, poronionym, nie opartym na głębszym i dojrzalszym poglądzie, prof. KOSIŃSKI raczył mi przyznać „okoliczności łagodzące“. Bardzo mię zobowiązuje ta pobłażliwość, ale była ona zupełnie zbyteczną; poddaję się sądowi bez żadnych okoliczności łagodzących, których nie potrzebuję i od nikogo nie wymagam. Niechaj one zostaną dla tych, którym by przydać się mogły. I w tej chwili oto, radbym znaleźć okoliczność łagodzącą dla prof. K., że napisał tak mało umotywowaną co do treści, a tak nie właściwą co do formy krytykę mego artykułu.

Teodor Dunin.

Na powyższy list kol. DUNINA winienem w kilku słowach odpowiedzieć autorowi.

W artykule moim o nefrektomii (Med. N-r 43, 1893), mówiąc o ważności ścisłej dyagnozy i postawienia racjonalnego wskazania przed przystąpieniem do tak ważnej operacji, jaką jest nefrektomia, twierdziłem, iż chirurg powinien być doskonale obeznany i z metodą badania i z fizjologią i z patologią ogólną, że powinien być zatem biegłym lekarzem, aby nie polegać wyłącznie na dyagnozie i wskazaniu, przez terapeutów zrobionem. Winien być mocno przeświadczony o tem, z czem ma do czynienia, aby nie obciążyć swojego sumienia, spostrzegłszy swój błąd za późno. W tym punkcie stanąłem na przeciwnym biegunie z kol. D., który w artykule swoim „o stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii“ utrzymuje, że dyagnozę i wskazanie do operacji mają robić terapeuci, a chirurgowie mają tylko dbać o dokładne wykonanie operacji. Z tego więc powodu dotknąłem pobieżnie artykułu kol. D. i wypowiedziałem o tym artykule moje uwagi.

W liście otwartym D-r D. zarzuca mi, że nie dość uważnie czytałem się w jego artykul i myśli autora nie rozumiałem, że niesłusznie nazwałem podniesiony przez autora temat, kwestyą sztuczną i poronioną, że wreszcie napisałem krytykę, tak mało umotywowaną co do treści, a tak niewłaściwą co do formy. Z tych to zarzutów postaram się zaraz przed kol. D. wytłomaczyć. Przedewszystkiem oświadczam, że niestosownie autor nazywa krótkie moje uwagi „krytyką“ swojego artykułu. Krytyki nie pisałem i nigdy bym w tym celu nie wziął pióra do ręki. Starałem się tylko wykazać, że jestem odmiennego zupełnie zdania w poglądzie na stosunek chirurga do terapeuty niż autor artykułu. Forma, w jakiej to wypowiedziałem, nie podobala się kol. D. i nazywa ją nie właściwą. Starałem się ją zachować właściwą, a jeśli tego nie potrafił, niech mi autor przebaczy. Co się zaś tyczy treści, to w istocie na tym punkcie za mało kwestyę wy-czerpałem, winienem więc ją rozszerzyć. Dla tego muszę powrócić do niektórych ustępów artykułu „o stosunku medycyny do chirurgii“.

Nieuzasadniony jest zarzut D-ra D., że nieczytałem uważnie jego artykułu. Mogę upewnić autora, że z wielką uwagą czytałem i z tem większą, że artykuł ten napisał kol. D., lekarz poważny i miłujący naukę. Znam dobrze i spory terapeutów berlińskich z chirurgami w kwestyi stosunku chirurgii do medycyny wewnętrznej, ale to wszystko nie przeszkadza mi twierdzić, że sama kwestya jest sztuczną. Alboż to mało kwestyi było podnoszonych tak w medycynie jak i gdzieindziej, przy których się umysły rozpałały, a w końcu pokazało się, że kwestya fałszywie była postawioną. Otóż kwestya, którą kol. D. usiłował rozwiązać, jest, jak ja mniemam, sztu-

czną dla tego, że autor sztucznie rozdzielił naukę lekarską na medycynę wewnętrzną i chirurgię i ten rozdział utrzymuje wytrwale od początku aż do końca swojego artykułu. Na wstępie artykułu autor mówi: „Pytanie, w jakim stosunku Medycyna wewnętrzna pozostaje do chirurgii narodziło się dopiero w ostatnich latach. Jeszcze kilkanaście lat temu dwa te główne odłamy medycyny praktycznej rozwijały się niemal od siebie niezależnie i rzadko kiedy o siebie zaważały“. Ośmielał się twierdzić, że zdanie to jest najzupełniej sztuczne, gdyż medycyna z chirurgią szły i idą zawsze razem. Od najdawniejszych czasów wspólne istnieją szkoły medyczne, z których wychodzą lekarze, obierający w przyszłym praktycznym swoim zawodzie tę lub inną specjalność. Lecz czy ci będą chirurgami, a tamci terapeutami, wszyscy się uczą anatomii, fizjologii, patologii, kliniki i t. d.; a zatem ogólne lekarskie wykształcenie jest równe i jednakowe, tak dla chirurgów jak i dla terapeutów. W dalszym praktycznym stosowaniu swojej wiedzy, czyż chirurg przy łóżku chorego nie jest zmuszonym, tak samo jak i terapeuta, dla rozpoznania choroby przywołać wszystkie zasoby zdobytej wiedzy lekarskiej?; a czy przy tej czynności nie zetknie się bardzo często z medycyną wewnętrzną tak samo jak terapeuta z chirurgią? Idą więc te dwie specjalności i zawsze szły i pójdą obok siebie, a zatem dzielenie ich tak jak to D-r D. uczynił, jest sztuczne.

Dalej kol. D. tak o chirurgii rozumuje: „Długi też czas stanowisko chirurga uważane było za niższe od terapeuty.... Dziś, kiedy epoka to minęła możemy już *sine studio et ira* przyznać, że w tem zapatrywaniu się było trochę racji“; ale epoka ta dla kol. D. jest bardzo niedaleką, gdyż zaraz potem dodaje: „taka chirurgia jak ją pamiętamy z przed laty kilkunastu, wymagała o wiele mniejszego zasobu inteligencji, aniżeli medycyna wewnętrzna. Lekarz terapeuta musiał znać fizjologię, patologię, farmakologię, mikroskopię, higienę.... być bystrym psychologiem, umieć odgadywać charakter i temperament ludzi. Od chirurga wymagano tylko dobrej techniki i znajomości anatomii. Taką chirurgię myśmy jeszcze znali, taką była cała schodząca z pola generacja francuzkich chirurgów“... I czyż można by uwierzyć, iż to wypowiedział D-r D. gdyby wyraźnie swojego nazwiska pod artykułem nie był podpisał? A więc wszyscy z przed kilkunastu laty chirurgowie a szczególnie francuzcy, nie umieli nic, oprócz anatomii i techniki operacyjnej? Po cóż więc szkoły lekarskie czas im marnowały ucząc ogólnej medycyny? Byli więc to słabi umysłowo ludzie, którzy nauczyli się anatomii (i to zapewne nie tego, gdyż do tej nauki trzeba także inteligencji) i techniki, i takim to ludziom społeczeństwa powierzały swoje zdrowie i życie! Ale na tem jeszcze nie koniec. Dotąd był sąd D-ra D. o chirurgach z przed kilkunastu laty; zobaczymy co autor myśli o najnowszych chirurgach, t. j. o chirurgach ostatnich lat, zapewne odkąd D-r D. już sam swoim wzrokiem ich śledzi.

„Do podniesienia powagi chirurgii (słowa d-ra D.), przyczynili się wyłącznie niemal chirurgowie niemieccy. Przez swe prace nad patologią zapalenia, nowotworów, gorączki i t. p., zawiązali oni łączność pomiędzy chirurgią a medycyną wewnętrzną“. Tu autor wspomina BILLROTH'a, VOLKMANN'a, BERGMANN'a i HUETTER'a. A więc podług p. D. aż do czasu BILLROTH'a i t. d. nie istniała patologia chirurgiczna ani żadne prace o zapaleniu, nowotworach i t. p.? No proszę, więc te grube tomy choćby takich marnych francuzkich chirurgów jak PETIT (JEAN LOUIS) SABATIER, DESEULT, VELPEAU, CIVIAL, NÉLATON, FOLLIN i t. d., na które się z uwielbieniem patrzyło i z których się tyle uczyło, nie zawierały w sobie nic, co by z patologią i ogólną medycyną związek miało? Z taką z znajomością historii medycyny zabrał się d-r D. do, jak mniema, rozwiązywania pytania zupełnie nowego, o stosunku chirurgii do medycyny wewnętrznej. Otóż, pozwolę sobie przypomnieć d-rowi D. że z pomiędzy tych pogardzonych przez niego francuzkich chirurgów, jeszcze na początku 14-go wieku GUY de CHAULIAC, znakomity na owy wiek pisarz w dziedzinie chirurgii, wygłaszał gorąco o szkodliwości oddzielania chirurgii od ogólnej medycyny, i że wieki całe szła chirurgia obok, i rozwijała się wspólnie z ogólną medycyną. O tem mógłby się czegoś D-r D. dowiedzieć choćby z podręczników historii medycyny.

Dalsze zdania D-ra D.:

„Z odkryciem LISTER'a dawna dziedzina chirurgii idzie na drugi plan, wszystkie aspiracje chirurgów kierują się ku jamom ciała, po których też nóż chirurgów rozpoczyna swój tryumfalny pochód“. Po tych wspaniałych słowach możnaby sądzić że D-r D. przecież odda należne uznanie dzisiejszym chirurgom“. Ale gdzie tam; autor wyłożywszy mały kurs o tem że „nóż chirurga z powodzeniem już przenikał do mózgu, płuc, kiszek i t. d.“, że „nie organ lecz natura choroby ogranicza interwencję chirurga“.... że „operacja nie leczy choroby“, że „choroby zakaźne nie mogą być przedmiotem leczenia chirurgicznego“.... że „pożytek chirurgii zależy od coraz większego udoskonalenia techniki“.... że „wczesne operowanie jedynie możebnem jest przy wczesnem rozpoznaniu“.... że „rozpoznanie umiejscowienia ognisk chorobowych w mózgu i rdzeniu kręgowym pozwala na chirurgiczne ich leczenie“, że „nieulega wątpliwości, iż dalsze postępy w dyagnostyce pozwolą na jeszcze bardziej zadziwiające próby operacji“, i t. d., dochodzi do tego wnio-

sku, że wszystkie te zdobycze nauki należą do terapeutów, gdyż chirurg nie ma czasu, podług p. D. zajmować się nimi, musi doskonalić technikę, no i chyba czasami trochę przypominać sobie kurs anatomii kończyn, bo znajomość anatomii jam ciała ludzkiego, nie jest mu nawet bardzo potrzebną, albowiem oto co w dzisiejszym liście otwartym D-r D. pisze:

„Żaden nowożytny chirurg nie wykona operacji na żołądku wpraw, aż terapeuta zbada chemizm trawienia, określi granice i położenie żołądka, nie przystąpi do operacji na mózgu aż mu terapeuta dokładnie nie wytłumaczy, gdzie ma szukać ogniska choroby. Tak się dzieć winno. A i inicjatywa nowych operacji winna wychodzić od terapeuty“... Niechże czytelnik osądzi ten ustęp; może ja go źle rozumiem, ale mnie się zdaje, że wypada z niego jasno, iż chirurg nawet nie jest w stanie granic i położenia żołądka określić. Naturalnem następstwem takiego rozumowania i sądu o chirurgach jest że „niewątpliwie pewne i ściśle wskazanie do operacji w zakresie chirurgii wewnętrznej może stawiać tylko terapeuta“. Chirurg musi... przyjąć na siebie rolę wykonawcy... Taka to, zdaniem D-ra D. rola chirurga,—nie wesoła. Przyznam się, że niechciałbym iść do pacjentów D-ra D. gdzie by mi on wskazywał granice i położenie żołądka. Zapewne w przewidywaniu tego, że może się znaleźć chirurg, który oprze się i nie zechce być prostym narzędziem w rękach terapeutów, D-r D. łagodzi nieco swoje ujemne mniemanie o lekarskiem wykształceniu chirurgów, mówiąc w innym miejscu: „Rzecz naturalna, że aczkolwiek chirurgowi przypada w udziale rola przeważnie wykonawcza, nie zechce on przecież być ślepem narzędziem w cudzych rękach, nie zechce zatapiać noża w ciało ufającego mu pacjenta, nie będąc sam o potrzebie tego kroku przekonany. To też współczesny chirurg musi być obeznany, przynajmniej w głównych zarysach z medycyną wewnętrzną, jej duchem i metodami badania“... I po co to jemu? Wszak on operację będzie robić podług wskazówek terapeuty.

Nie chcę nudzić czytelnika dłużej. Przytoczone ustępy aż nadto wystarczają, aby pokazać jakiego jest mniemania D-r D. o chirurgii i o chirurgach. Nic też dziwnego, że tak silnie zaimponował D-rowi D. Kol. MATIAKOWSKI, który będąc tylko chirurgiem, w rozmowie z autorem wykazał wiadomości z parazytologii, „ku wielkiemu zdziwieniu“ jego. Szkoda że kol. D. częściej nie prowadzi rozmowy z chirurgami, którzy mogliby go przekonać, że oprócz techniki i znajomości anatomii są obeznani i z ogólną medycyną.

A propos „filozofów i jakichś tam zwierzątek“, wszak to strzał, jeżeli się nie mylę wprost do mnie wymierzony. Jeżeli tak, to skąd kol. D. wywnioskował, że ja drwię z filozofów? Daleki jestem od tego, i chętnie w wolnych chwilach ich czytam, ale wszak mówimy o chirurgii i medycynie praktycznej; otóż co się dotyczy naszych specjalności, to przyznaję się, że do łóżka chorego, dla zrobienia operacji nie zapraszałbym filozofów.

Co do zwierzątek, to zapewne D-r DUNIN ma na myśli bakteryę, a jeżeli do mnie mówi tj. do chirurga, to prawdopodobnie myśli o antyseptyce. Ponieważ ten wyraz postawił obok LISTER'a to muszę powiedzieć D-rowi D. że i nauką LISTER'a nie gardzę, a na dowód tego przypomnę, że w roku 1868 ja pierwszy w Warszawie zacząłem robić opatrunki ran podług ówczesnego sposobu LISTER'a (*pasta carbolica*, *ol. carbol.*, *cynfolia*) i pierwszy komunikowałem w Towarzystwie Lekarskiem o tych opatrunkach, o czem D-r DUNIN może się przekonać z protokołów Pamiętnika Tow. Lek.; a o aseptykę t. j. absolutną czystość przy operacjach i opatrunkach ran, która dziś wyrugowuje antyseptykę, to zawsze dbałem i dbam do tego stopnia, że sam czuję, jak nieraz swym pedantyzmem nudnym się wydaję moim współpracownikom i studentom. Jestem więc z respektem dla tych „zwierzątek“ i staram się trzymać je zdaleka od ran, zalecając gorliwie to samo czynić moim słuchaczom.

Jeżeli D-r D. niepodobała się moja poprzednia wzmianka o jego artykule z powodu zbytniej treściwości, to boję się, aby nie znalazł niniejszego rozbioru swojej pracy „o stosunku medycyny do chirurgii“, za zbyt obfitym w treść i dla tego kończę zastanawiając się i tym razem nad tem, dla czego i dla kogo D-r D. pisał swój artykuł?

Parę słów jednak jeszcze dodać muszę.

D-rowi D. niepodobało się uwzględnienie okoliczności łagodzących, któremu moje uwagi w artykule o nefrektomii zakończyłem. Sądziłem że takie uwzględnienie jest na miejscu. Wszak sam autor powiada, że „jedynie tylko na usilne żądanie redaktora przeglądu Chir... kreślę moje zapatrywanie. Robię to niechętnie“... otóż ponieważ wiadomem jest jak każda czynność niechętnie robiona jest robotą — jakby to wyrazić, żeby znów D-ra D. nie obrazić — no powiedzmy — nie zręczną; a z drugiej strony, wiedząc jak nieraz trudno jest odmówić komuś tego, czego od nas usilnie żądają, sądziłem, że w ten sposób wytłumaczę sobie i czytelnikowi narodzenie się artykułu D-ra D., którego poglądy do mojego przekonania nie trafiają.

W końcu wypowiem dla D-ra D. jak ja zapatruję się na chirurgię i na chirurgów. Chirurgia szła i idzie zawsze razem z medycyną i wzajemnie się one uzupełniają. Wszelki postęp jednej specjalności będzie zawsze postępek drugiej. Rozdział tych dwóch nauk o jakim kol. D. mówi,

jest sztuczny. Robienie operacji czyli technika, jest to tylko artyzm, nie każdemu wprowadzić lekarzowi dany; posiadając artyzm ten nawet w wysokim stopniu, złym będzie jednak chirurgiem ten, kto nie posiada gruntownego lekarskiego wykształcenia. Gdyby chirurgowie poszli za radą D-ra D., cofnęliby chirurgię na kilka wieków w tył. Oto jest moje *credo*.

J. Kosiński.

Pomieściwszy list D-ra DUNINA, oraz odpowiedź Prof. KOSIŃSKIEGO, uważamy kwestyę za wyczerpaną. (P. R.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Przy sekcji 49-letniej kobiety, zmarłej na gruźlicę, która na krótko przed śmiercią skarżyła się na zaburzenia w trawieniu, Le BOEUF znalazł znaczne zmniejszenie żołądka wskutek rozlanego rozrostu tkanki łącznej (marskość żołądka). Badanie drobnowidzowe wykazało, że rozrost ten najwydatniejszy był w tkance podśluzowej. Gruczoły żołądka i mięśnie przyjmowały bardzo nieznaczny tylko udział. (Jour. de med., de chir. et de pharmac. N-r 9. 1893).

= GRIFFITHS otrzymał z moczu chorych na

nosaczną ptomainę formuły $C_{15}H_{10}N_2O_6$. Jest to ciało krystaliczne, białe, w wodzie rozpuszczalne, odczynu alkalicznego, trujące. La secznik nosaciczny wytwarza takie same ciało. Z moczu przy zapaleniu płuc. G. otrzymywał ptomainę w postaci krystalicznych igieł, w wodzie rozpuszczalną, formuły $C_{20}H_{26}N_2O_3$. Obie te ptomainy w moczu zdrowych ludzi nie znajdują się, wytwarzają się więc w ustroju w przebiegu choroby. (Gaz. med. de Paris. N-r 44. 1892 r.).

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny Warszawy uległ w ciągu ostatnich kilku tygodni znacznemu pogorszeniu. Śmiertelność w porównaniu z miesiącem ubiegłym wzmożła się, niższą jest jednak, aniżeli w odpowiednim miesiącu roku zeszłego. Główną przyczynę zwiększonej śmiertelności stanowią choroby zakaźne, rozszerzyły się zwłaszcza szkarlatyna i ospa. Widujemy również liczne bardzo przypadki odry i koklusz, który zresztą już od kilku miesięcy z jednakowym natężeniem w mieście naszym panuje. Zapalenie płuc włóknikowe zdarza się obecnie również bardzo często, natomiast epidemia tyfusu wysypkowego i biegunki krwawej wygasły prawie zupełnie. Praktycy notują również liczne przypadki influenzy i ostrego reumatyzmu stawowego.

— Dnia 25 października r. b. otwarty został przez D-ra BĄCZKIEWICZA w Warszawie, przy

ulicy Leszno Nr. 42, „Zakład leczniczy dla dzieci“. W zakładzie uwzględniono obecnie głównie część polikliniczną, zapewniając chorym nie tylko poradę, lecz i pomoc lekarską. Porady udziela D-r BĄCZKIEWICZ w chorobach wewnętrznych, D-r Bronisław SAWICKI w chorobach chirurgicznych, D-r IWANICKI w chorobach gardła i uszów, wkrótce zaś uwzględniony będzie dział oczny. Przy zakładzie istnieją dwa łóżka dla stałych chorych, ustawa jednak zakładu pozwala ilość łóżek zwiększać w miarę potrzeby. 3 razy na tydzień porada udzielana jest bezpłatnie. Dowodzić nie trzeba, iż instytucja ta, jako wielce pożądana i pożyteczna, ma wszelkie widoki powodzenia.

— Według „Index medicus“ liczba wszystkich pism lekarskich wynosi 1,119.

Odpowiedzi Redakcyi.

D-rowi S. R. F. L. NEUGEBAUER. *Ueber die Rehabilitation der Schamfugetrennung oder Symphyseotomie durch die geburtshülfliche Schule in Neapel. 1 Theil. Otto Wigand. Leipzig. 1893.*

D-rowi I. H. w O. Najnowszą i niewątpliwie najlepszą fizyologią w polskim języku jest „Fizyologia człowieka“ przez prof. NAPOLEONA CYBULSKIEGO. Wyszły dotąd 2 zeszyty, trzeci jest pod prasą. Całość zawarta będzie w dużych 4-ch zeszytach. Cena każdego kop. 75. Dzieło wydane bardzo starannie z licznymi rysunkami nakładem kasy MIANOWSKIEGO, wyłożone w jednej z pierwszych drukarni warszawskich, t. j. w drukarni p. J. Kowalewskiego.

Sprostowanie. Na str. 865 zdanie: „Obecnie już ukończyły leczenie z wynikiem dodatnim“, winno być u dołu tejże stronicy, a nie w tekście.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 28 Октября 1893 г.

Друк К. Ковалевського. Крólewska 29.