

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek gruźliczego zapalenia ucha średniego. Kilka uwag o sprawach gruźliczych ucha wogóle, napisał L. Guranowski. (Dokończenie). Drugi przyczynek do nauki o zbożeniach mowy, przez d-ra Władysława Ołtuszewskiego. (Dalszy ciąg). — Sprawozdanie z prac sekcji chorób skórnych i przymiotowych na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, podał D-r Uhma. — Streszczenia i Wyciągi. 116. O nowym sposobie wykonywania laparotomii (coeliotomia vaginalis). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 18 września r. b. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.
Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Guranowski — Un cas de l'otite moyenne tuberculeuse; quelques considerations sur les affections tuberculeuses de l'oreille moyenne. 2) D-r W. Ołtuszewski — Contributions à la pathologie du langage.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obożna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr L. Guranowski — Ein Fall von Otitis media tuberculosa nebst einigen Bemerkungen über tuberkulöse Mittelohrprocesse. 2) D-r W. Ołtuszewski — Zweiter Beitrag zur Pathologie der Sprache.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obożna str. 5.

Przypadek gruźliczego zapalenia ucha średniego. Kilka uwag o sprawach gruźliczych ucha wogóle.

Napisał **L. Guranowski.**

Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 17 kwietnia 1894 r.
i na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 24 lipca 1894 r.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 39).

Przypadek III dotyczy chorego M., operowanego przezemnie w roku 1892 w oddziale chirurgicznym szpitala S-go Rocha, przy łaskawej pomocy kolegów GĄBSZEWICZA i KRUSZEWSKIEGO. W przypadku tym mieliśmy ropne zapalenie ucha średniego prawego u 30-letniego mężczyzny, chorego od 2-ch lat na gruźlicę płuc. Z ucha, jak utrzymuje chory, w kilka tygodni po przebytej influenzy pojawił się wyciek. Badając chorego, znalazłem bardzo obfite ropienie, kompletne zniszczenie błony bębenkowej, obrzmienie górnej powierzchni przewodu słuchowego kostnego, bolesność wyrostka sutkowego, szczególnie silną u wierzchołka. W tylnej okolicy jamy bębenkowej ku górze widać kilka granulacji, które widocznie przedostają się do jamy bębenkowej z *antrum mastoideum*. Oba szczyty płuc zajęte sprawą gruźliczą, w płwocinie i w ropie usznej liczne laseczki gruźlicze. Chory gorączkuje, poci się po nocach, chudnie. Brak apetytu.

Po tygodniu pobytu chorego w szpitalu wykonałem trepanację wyrostka sutkowego.

Już po odseparowaniu okostnej zewnętrzna blaszka wyrostka okazała się przedziurawioną na znacznej przestrzeni, do otworu z łatwością można było wprowadzić koniec małego palca. Brzegi otworu były wyżarte, a jama była wypełniona ziarniną.

Wydlutowałem cały prawie wyrostek, wyłyżeczkowałem ziarninę i masy rozpadowe i wytamponowałem jamę gazą jodoformową. Bóle po operacji ustały, ciepłota jednak stale utrzymywała się wysoka. Sprawa w płucach po operacji zna-

cznie się pogorszyła, oddech oskrzelowy, z początku słyszalny tylko u szczytów, można było stwierdzić w dolnym płacie płuca prawego; prócz tego liczne wilgotne rżenia w obu płucach. Po trzech tygodniach pobytu chorego w szpitalu rozwinęła się gruźlica kiszek, ciągle rozwojowanie, ogromny upadek sił i w 6 tygodni po dokonanej operacji chory zmarł.

Przypadek IV dotyczy pana P., którego widziałem kilkakrotnie wspólnie z kol. SZUMLAŃSKIM. Przebieg cierpienia usznego był następujący. Przed rokiem podobno chory leczył się u kol. HEIMANA na przytępienie słuchu i na szum w uchu prawem. Jaki był podówczas stan ucha, nie jest mi wiadome. Ze słów kolegi SZUMLAŃSKIEGO, który później chorego leczył, okazuje się, że chory zgłosił się do niego z powodu bólu wyrostka sutkowego, zawrotów głowy i nieznacznego ropienia z ucha średniego.

Przy badaniu znaleźliśmy znaczne obrzmienie górnej części kostnego przewodu słuchowego, zasłaniające prawie kompletnie błonę bębenkową. Przy uciskaniu zgłębnikiem owej obrzmiałej części wydobywała się z głębi gęsta i cuchnąca ropa, a zagięty zgłębnik, doprowadzony po za obrzmienie ku górze i ku tyłowi, wykazywał próchnienie zarówno ku przodowi (okolica błony SHRAPNELL'a), jak i ku tyłowi *aditus ad antrum*.

Wyrostek sutkowy zewnętrznie niezmienniony, na dotyk bolesny, przeważnie u wierzchołka. Zastanawiając się wspólnie z kol. SZUMLAŃSKIM, JASIŃSKIM i CIECHOMSKIM nad tym przypadkiem, wyraziłem przypuszczenie gruźliczego zapalenia ucha średniego. Badanie płuc i innych narządów w tym kierunku nie dało żadnych wyników. Dziedziczności również nie udało się stwierdzić. Postanowiliśmy przede wszystkim zapomocą głębokiego cięcia przeciąć obrzmiałą część przewodu słuchowego i ewentualnie zapomocą łyżeczki ostrej usunąć spróchniałą część kostną przewodu i ziarninę, a następnie zapomocą wprowadzania pasków gazy jodoformowej rozszerzać otwór i ułatwić tym sposobem odpływ ropy.

Operacji tej dokonał kolega SZUMLAŃSKI, i zdawało się nam przez czas pewien że sprawa w uchu poprawiać się zaczyna. Wkrótce jednak zaczęła bujać z głębi ziarnina, ropienie stale się utrzymywało, bóle wyrostka, acz nie gwałtowne, zawsze jeszcze istniały. Granulacye najwidoczniej wyrastały z *antrum mastoideum*, gdyż kilkakrotne usuwanie ich, z początku pętlą a następnie zapomocą łyżeczki ostrej HARTMANN'a, nie doprowadziło do celu. Coraz nowe masy ziarninowe wyrastały, ropienie nie ustawało i dlatego postanowiliśmy przystąpić do trepanacji wyrostka sutkowego, którą też wykonał kol. JASIŃSKI. Oddłutowanie zewnętrznej blaszki z łatwością się udało, kość była nadzwyczaj miękka, a jama wyrostka wypełniona ziarniną, masami serowatemi i małą stosunkowo ilością ropy. Po wyskrobaniu łyżeczką ostrą ziarniny i usunięciu spróchniałych części nałożono opatrunek z gazy jodoformowej. Po operacji chorego nie widziałem więcej; pozostawał on w dalszej kuracji kolegi SZUMLAŃSKIEGO. O ile mi wiadomo, stan chorego po operacji z początku się poprawił, później nastąpiło pogorszenie i kol. JASIŃSKI robił powtórna operację, prawdopodobnie z powodu szerzenia się sprawy ku tyłowi i ku górze; wkrótce jednak potem chory zmarł na gruźlicę opon mózgowych.

W dwóch przypadkach gruźlicy nosa, opisanych przez kol. WRÓBLEWSKIEGO (Gaz. lek. 1893), ropne zapalenie ucha średniego prawdopodobnie, jak to słusznie przypuszcza kol. WRÓBLEWSKI, było również natury gruźliczej, chociaż szkoda, że ropa nie była badana na laseczki KOCH'a.

Cztery powyższe przykłady mniej więcej mogą nam dać obraz przebiegu klinicznego zapalenia ropnego ucha średniego natury gruźliczej u dorosłych.

Cokolwiek inaczej przebiegają gruźlicze zapalenia ucha średniego u dzieci skrofulicznych. Przebieg w tych przypadkach jest bardziej przewlekły, rozwija się u nich często *caries necrotica* pierścienia bębenkowego (*annulus tymp.*) i oddzielnych części przewodu kostnego, jamy bębenkowej *resp.* wyrostka sutkowego. W tych przypadkach, przy odpowiednim leczeniu i przy poprawieniu ogólnego stanu chorych, nastąpić może zupełne wyleczenie, co

prawda, często ze znacznem przytępieniem słuchu. Zdarzają się i tu jednak przypadki z przebiegiem ostrym, doprowadzające do ogólnej prosówkowej gruźlicy, do gruźlicy płuc i gruźlicy opon mózgowych.

Rozpoznanie gruźliczego zapalenia ucha u dzieci skrofulicznych ułatwia nam badanie ropy na laseczники KOCH'a, które też udaje się, choć nie zawsze, wykazać. Daleko ważniejsze dla rozpoznania są jednak wywiady, wskazujące moment dziedziczny (gruźlica u rodziców lub rodzeństwa), i wykazanie ognisk gruźliczych w innych narządach. Często w tych przypadkach spotykamy zserowaciałe gruczoły chłonne na szyi, próchnienie kości szkieletu oraz inne objawy zołzów.

Rozpoznanie gruźliczego zapalenia ucha średniego po tem, cośmy wyżej powiedzieli, nie przedstawia wielkich trudności.

Z anamnezy dowiemy się, że ktoś z rodziny choruje lub zmarł na gruźlicę, że dany osobnik w dzieciństwie był skrofuliczny etc. Powstawanie ropnego zapalenia ucha bez bólu jest również ważną wskazówką dyagnostyczną.

Obraz otoskopowy błony bębenkowej t. j. znaczne jej zniszczenie w bardzo krótkim stosunkowo czasie, zlewanie się oddzielnych kilku perforacyi w jedną, szybkie występowanie próchnienia kosteczek słuchowych i *caries necrotica* wyrostka sutkowego i kości skalistej zawsze budzić będą podejrzenie gruźliczej sprawy w uchu średnim. Jeżeli jeszcze uda się nam wykazać w ropie, z jamy bębenkowej pochodzącej, laseczники KOCH'a, natenczas rozpoznanie nie będzie podlegało żadnej wątpliwości.

ESCHLE pierwszy wykazał w ropie z ucha średniego laseczники gruźlicze; po nim NATHAN, VOLTOLINI, RITZEFELD, GOTTSTEIN, HABERMANN, KRETSCHMANN, MOOS i inni. Nie zawsze jednak jesteśmy w możności wykazania laseczników gruźliczych w ropie, z ucha pochodzącej. Należy przytem zawsze zwracać uwagę na to, aby brać do badania nie ropę, znajdującą się w przewodzie, lecz ropę wprost z jamy bębenkowej. Przy długotrwałem ropieniu laseczники gruźlicze w walce z innymi pasorzytami, a głównie z paciorkowcami, giną i nie dają się wykryć. W przypadkach takich, w których nie znajdowano w ropie laseczników (HABERMANN i NATHAN) późniejsze badanie tkanek wykrywało laseczники KOCH'a w błonie śluzowej jamy bębenkowej obok gruzelków i laseczników w okostnej.

Rokowanie, ogólnie biorąc, jest w gruźlicy ucha, tak samo, jak w gruźlicy innych narządów, złe i zależeć będzie przedewszystkiem od stanu ogólnego chorych, a następnie od rozszerzania się sprawy w uchu. Wobec znanego faktu, iż gruźlica ucha występuje przeważnie jako powikłanie sprawy gruźliczej w płucach i to w końcowych okresach choroby (SCHWARTZE), uważać ją musimy za powikłanie bardzo poważne. Nadmienić przytem wypada, że umiejscowienie gruźlicy w uchu średnim już ze względu na anatomiczną budowę samego narządu przedstawia niebezpieczeństwo dla życia chorego. Kość skalista z licznymi swemi szparami, kanalikami, patologicznymi otworami ułatwia wnikanie zarazków wraz z ropą do sąsiednich jam czaszkowych, a rozległe próchnienia zgorzelinowe (*caries necrotica*) w okolicy kanału tętnicy szyjowej wewnętrznej mogą powodować śmiertelny krwotok. Prawie wszystkie znane dotąd krwotoki z *art. carotis interna* spostrzegano przy gruźlicy ucha (HESSLER zebrał w literaturze 12 przypadków, STEINBRÜGGE i MOOS po jednym, SUTPHEN jeden, POLITZER jeden). HABERMANN w przypadku gruźlicy prosówkowej widział gruzelki w błonie zewnętrznej *art. carotis* i w błonie zatoki poprzecznej.

Leczenie gruźliczych zapaleń ucha średniego przedstawia bardzo niewdzięczne pole dla lekarza. Poprawa choroby ucha zależna tu jest od poprawy cierpienia płuc *resp.* ogólnego stanu chorego. Wybór zatem środka przeciwnie, gdyż o taki przeważnie nam chodzi, nie ma wielkiego znaczenia. Ogólnie zauważono i tu zbawienny wpływ jodoformu na przebieg gruźlicy ucha (BLAU, WALB, GRUBER i inni). Ja osobiście, w przypadkach rzeczywiście stwierdzonej gruźlicy ucha, nie widziałem od jodoformu lepszych wyników, aniżeli od innych środków przeciwnie, W przypadkach, w których gruźlica rozpoznana została w początkowych okresach choroby, najważniejszym naszym zadaniem będzie wpłynąć na poprawę ogólnego stanu chorego; leczenie klimatyczne obok dezynfekcji ucha wystarczy zupełnie, gdyż z poprawą stanu ogólnego poprawi się bezwątpienia i choroba ucha. Słusznie też twierdzi VOLTOLINI (Deut. med. Wochen. № 31. 1884 r.), że w przypadkach gruźlicy płuc, powikłanej chorobą ucha, w których w ropie, pochodzącej z ucha, znajdujemy laseczniki KOCH'a, należy chorym oświadczyć: „Lassen Sie Ihr Brustleiden heilen, so wird der Ohrenfluss von selbst heilen, eher aber nicht“, a URBANTSCHITSCH sądzi, że wszelkie wysiłki leczenia uporczywej *otorrhoeae* będą bezskuteczne, dopóki chory nie będzie w dobrych warunkach klimatycznych.

W przypadkach, w których sprawa chorobowa nie ogranicza się do błony bębenkowej i powierzchownych warstw błony śluzowej jamy bębenkowej, lecz, jak to zapomocą zgłębnika łatwo stwierdzić, przechodzi na okostną jamy bębenkowej lub na kosteczki słuchowe, leczenie daje jeszcze gorsze wyniki. Po usunięciu ognisk chorobowo zmienionych, po wyskrobanu łyżeczką ostrą dostępnych granulacji lub spróchniałych kosteczek, w kątach i zagłębieniach jamy bębenkowej pozostają miejsca, które nie dają się osiągnąć narzędziami, i one to stanowią punkt wyjścia nawrotów cierpienia. Zalecano w tych razach wlewania kwasu mlecznego, tak skutecznego przy owrzodzeniach i nacieczeniach gruźliczych krtani, języka, jamy ust i gardzieli. Przy powierzchownych owrzodzeniach błony śluzowej jamy bębenkowej kwas mleczny rzeczywiście daje niezłe wyniki, lecz takie same można osiągnąć i zapomocą innych, daleko łagodniej działających środków, np. *zinc. sozjodolicum*, *natr. tetraboricum* i t. p.; zaś przy głębszych infiltratach, sięgających do okostnej, *resp.* przy próchnieniach kości, kwas mleczny nie wykazał żadnego wpływu na sprawę gruźliczą w jamie bębenkowej. U dzieci skrofulicznych, przy powierzchownym próchnieniu widziałem dobre wyniki przy stosowaniu balsamu peruwiańskiego.

Przy ograniczonej gruźlicy błony bębenkowej — *myringitis tuberculosa* — możnaby pomyśleć o wycięciu części błony, zajętej sprawą chorobową, lub o wypaleniu żegadłem galwanokaustycznym. Operacyjne leczenie głębszych zniszczeń błony bębenkowej polegać będzie na wyskrobanu ziarniny, usuwaniu spróchniałego młotka i kowadełka, wyłyżeczkowaniu górnej ściany jamy bębenkowej i t. p.

Przy następczym zajęciu wyrostka sutkowego naturalnie należy wykonać trepanację i zapomocą łyżeczki ostrej jak najskrupulatniej usunąć masy rozpadowe i ziarninę, zwykle cały wyrostek wypełniającą. Często bardzo w przypadkach zaniedbanych trepanacja metodą SCHWARTZE'go nie wystarcza, a zmuszeni będziemy wykonać operację metodą STACKE'go.

Operacyjne leczenie sprawy gruźliczej w wyrostku sutkowym rzadko jednak prowadzi do zupełnego wyleczenia. Wobec skrycie przebiegającej

sprawy w wyrostku najczęściej już mamy do czynienia z tak głębokimi i rozległymi zniszczeniami, że o doszczętnem usunięciu wszystkich ognisk nie może być mowy. Dowodzą tego liczne przypadki, które pomimo pozornej czasowej poprawy po trepanacji, kończyły się bardzo szybko śmiercią wskutek gruźliczego zapalenia opon mózgowych na podstawie czaszki (STEINBRÜGGE, SCHWARTZE, TRUCKENBROD, v. TRÖLTSCHE, HABERMANN i kilka moich własnych spostrzeżeń).

Daleko częściej bywa nierozpoznana pierwotna gruźlica wyrostka sutkowego. KÜSTER (Deut. med. Wochen. 1889 № 10—13), który pierwszy zwrócił uwagę na gruźlicę wyrostka, sądzi, że wszystkie sprawy gruźlicze powstają w wyrostku pierwotnie i że dopiero później zajęta bywa jama błebenkowa.

Chociaż trudno jest zgodzić się na pogląd KÜSTER'a, nie ulega jednak wątpliwości, iż pierwotna gruźlica wyrostka istnieje tak samo, jak istnieć może gruźlica w innych kościach szkieletu. W przypadkach tych przez czas długi nie będzie żadnych objawów, aż dopóki ropa nie przebijie sobie drogi do jamy błebenkowej przez *aditus ad antrum* i nie przedostanie się przez otwór w tylnym górnym odcinku błony nazewnałrz.

W ostatnim razie postąpimy zupełnie tak samo, jak przy gruźlicy wtórnej wyrostka sutkowego. Przy wczesnem rozpoznaniu pierwotnej gruźlicy wyrostka sutkowego, które często przedstawia ogromne trudności, w porę wykonana operacja, usunięcie gruźliczego ogniska da nam wyborne wyniki.

Jako objaw charakterystyczny i dopomagający przy rozpoznawaniu takiej pierwotnej gruźlicy wyrostka sutkowego uważają HAUG i WANSCHER obrzmienie małego gruczołu limfatycznego na wyrostku sutkowym. Zdaniem autorów powyższych gruczołek ten jest objawem stałym i wskazuje gruźlicę w wyrostku sutkowym. Wycięty i zbadany, daje obraz typowej gruźlicy gruczołowej.

Chciałbym jeszcze w kilku słowach dotknąć kwestyi, przez wielu autorów podnoszonej, a mianowicie: czy wogóle należy wykonywać tak rozległe dłutowania kości czaszkowych u osobników gruźliczych i czy takie operacje nie przyczyniają się do szybszego rozwoju sprawy chorobowej, *resp.* ostrej gruźlicy prosówkowej? Przeglądając kazuistykę odnośnych przypadków w literaturze i na zasadzie własnego materiału, przychodzę do wniosku, że nie można stanowczo twierdzić, aby operacja przyspieszała rozwój ogólnej gruźlicy. Najczęściej przypadki takie operujemy już przy objawach daleko posuniętej gruźlicy płuc lub innych narządów, któreby i bez operacji również szybko zakończyły się śmiercią, a mamy jednak wskazania do operacji t. j. ułatwienie odpływu ropy i zapobieganie powikłaniom, zagrażającym wprost życiu chorego (zakrzepy zatok mózgowych, ropnie mózgowie, posocznica i ropnica).

Trepanacja wyrostka sutkowego będzie przeciwwskazana przy głębokiej *caries necrotica* kości skalistej, względnie ucha wewnętrznego, przy rozległej gruźlicy płuc i złym stanie ogólnym chorego.

Nadzieje, pokładane w tuberkulinie KOCH'a, zawiodły i przy sprawach gruźliczych ucha: nie zauważono przy jej stosowaniu prawie żadnego wpływu dodatniego, lecz przeciwnie, pogorszenie sprawy chorobowej (LUCÆ, BEZOLD, WALB, ZARNICO, SCHWABACH i PANSE).

Wobec niezaprzeczenie zakaźnej natury gruźlicy, nie od rzeczy będzie zwrócić uwagę na możliwość przeniesienia zarazki zapomocą narzędzi, używanych przy badaniu i leczeniu ucha.

Że zakażenia takie są możliwe, dowodzą przypadki BUROW'a i LANCE-REAUX, w których zapomocą kateterów wprowadzano do jamy bębenkowej zarazki przymiotu.

Dezynfekcyja narzędzi, a szczególnie kateterów zwykłymi środkami antyseptycznymi jest zdaniem mojem niewystarczająca i dlatego powinniśmy zarzucić powszechnie używane środki antyseptyczne, a zastąpić je sterylizacją i, co za tem idzie, narzędzia kauczukowe zastąpić metalowemi.

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY.

DRUGI PRZYZYNEK DO NAUKI O ZBOCZENIACH MOWY *).

przez d-ra **Władysława Ołtuszewskiego**

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 39).

Prace FREUD'a, stanowiące niewątpliwie poważną podwalinę w kierunku psychologicznym, kontynuował dalej GOLDSCHIEDER (Ueber centrale Sprach-, Schreib-, und Lesestörungen 1892), wyjaśniając szczegółowo rolę, jaką przy akcji mowy odgrywa pamięć i tylokrotnie wspomniane w uprzedniej pracy kojarzenia. Ponieważ wyjaśnienia te stanowią klucz do oryentowania się w jego podziale niemot, pozwalam więc sobie, choć w krótkich słowach, zaznajomić z nimi czytelnika.

Najprostsze zjawisko pamięci polega na tem, że wrażenie, ewentualnie pewien szereg głosów, które uprzednio miało miejsce, wzbudza w nas uczucie, że jest znane, — jak również polega na własnowolnem wyobrażeniu danego przedmiotu lub szeregu głosów bez ich widzenia, a drogą namysłu (*Besinnen*). Objawy owej pamięci rozpadają się na dwie kategorie: 1) trwanie wyobrażenia, wywołanego przez spostrzeżenie zmysłowe, asocjacje lub namysł; 2) zdolność wywoływania wyobrażeń przy pośrednictwie czucia homologicznego albo innego, związanego z nim drogą kojarzeń, lub też przez namysł.

Weźmy dla przykładu jakikolwiek przedmiot, np. koło. Przedmiot ten działa na komórki siatkówki. Do uskutecznienia jednak spostrzeżenia składników jego, jak kształtu, oddalenia i t. d., potrzeba już pewnego ruchu czuciowego w mięśniach oka i związku tegoż z obrazem w siatkówce. Mamy więc tu najprostsze skojarzenie pewnego szeregu pojedynczych odczuwań optycznych z wspomnieniami odczuwanego ruchu oka (*Succession von Augenbewegungen*), najelementarniejsze zjawisko pamięci. Weźmy teraz tenże sam wyraz, ale słyszany. Każdy taki słyszany wyraz składa się z pewnego czasowego następowania po sobie szmerów i tonów (odczuwań), kojarzących się z optycznymi odczuwaniami w ten sposób, że jeśli one występują, pojawia się i obraz słuchowy głosek tego przedmiotu (*Wortlautfolge*), lub też odwrotnie. Z optycznym obrazem (wyobrażeniem) koła i słowem łączą się także i głoski tego wyrazu. Ponieważ każdą głoskę, tak samo jak cyfrę, można uwa-

*) Czytano na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 2 października r. b.

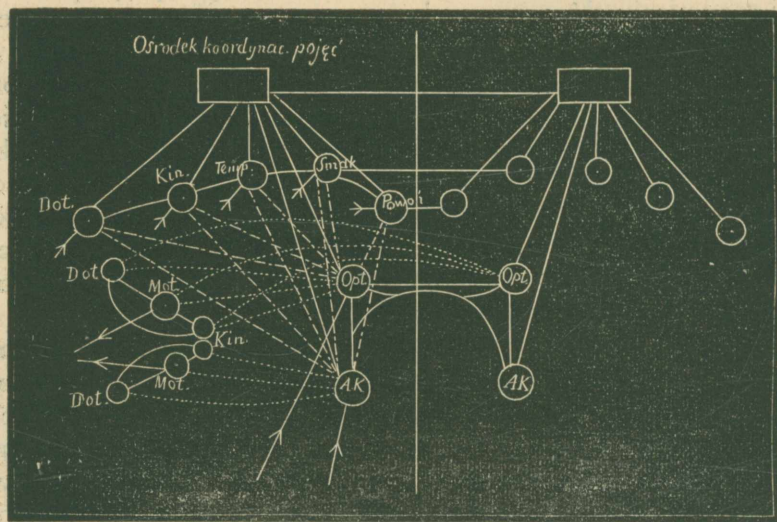
zać za przedmiot, musi więc ona, zarówno jak każdy przedmiot lub słyszany wyraz, uskutečnić kojarzenie między sferą optyczną i akustyczną, aby być spostrzeżoną. Przy czytaniu jednak dopiero pewne następstwo głosek, rozdzielanych pauzami, wywołuje w nas pewne następstwo ich wyobrażeń słuchowych. Inaczej mówiąc, wyobrażenie słowa czytanego zostaje wywołane dopiero przez pewne czasowe następstwo wrażeń optycznych i z nimi skojarzonych wrażeń słuchowych. Na tej zasadzie można czytać głoski lub cyfry, a nie czytać wyrazów. Przy czytaniu więc, zarówno jak przy spostrzeganiu przedmiotów i rozumieniu słów, mamy kojarzenie po sobie następujące (*successive Association*). Widzimy z tego, że czy to słowo „koło“ zamienimy w pojęcie optyczne lub odwrotnie, albo czy je przeczytamy, zawsze potrzebujemy na to pamięci i uwagi, nieodzownych do procesu kojarzenia. Pojęcie więc przedmiotu konkretnego obudza się w nas albo przez spostrzeganie, albo słowo ustne lub piśmienne, a powstaje wskutek skojarzenia różnych zmysłowych sfer kory. Pojęcia abstrakcyjne powstają wskutek kojarzenia prostych pojęć w ośrodku koordynacyjnym pojęć. Pojęcie więc powstaje nie w jednym punkcie, lecz w całej sferze duchowej wskutek współdziałania różnych części substancji korowej mózgu.

Aby w y m ó w i ć choćby pojedynczą głoskę, potrzeba na to skomplikowanej akcji mięśniowej, występującej jednocześnie lub, jak np. przy wybuchowych, podlegającej pewnym zmianom (zamknięcie i otwarcie jednego z miejsc artykulacji). Każdej więc wymawianej głosce odpowiadają impulsy ruchowe jednoczesne lub po sobie następujące. Impulsom tym nie towarzyszą żadne uczucia, gdy przeciwnie ruchom ust, podniebienia, klatki piersiowej etc. towarzyszą różne uczucia dotykowe i czuciowo-ruchowe, występujące, jakśmy to już uprzednio powiedzieli, jednocześnie na różnych miejscach (*simultane Association*), albo np. przy wytwarzaniu głosek wybuchowych niejednocześnie (*successive Association*). Przy wymawianiu słowa następuje asocjacja pomiędzy uczuciami, zależnymi od ruchów artykulacji, a słuchowym wyobrażeniem głoski. Przy mowie więc działają: słuchowe wyobrażenia głosek, impulsy ruchowe i uczucia organów artykulacji.

Analogiczny proces mamy przy p i s a n i u. Pisana głoska, podobnie jak przedmiot z nazwą, łączy się z pewnemi kombinacjami szmerów (głosek). Pisanie polega na tem, że od wrażenia mającej napisać się głoski, lub też wyobrażanej w umyśle, wychodzą impulsy, łączące się z odpowiednio w czasie odczuwanemi uczuciami ruchowo-czuciowemi ręki, które występują jednocześnie w różnych miejscach albo niejednocześnie. Do tego wszystkiego pomaga nam jeszcze oko, analogicznie jak przy mowie słuch. Do pisania potrzeba oprócz tego utrzymania w pamięci obrazów głosek słuchowych lub wzrokowych, do mówienia zaś tylko tych ostatnich.

Pod względem psychologicznym GOLDSCHIEDER uważa mowę za akt bardzo skomplikowany, nie dający objaśnić się jedynie ośrodkami i drogami łączącymi, lecz łącznie z niemi wziętą pamięcią i uwagą. Przyjmując mowę jako zbiór kojarzeń między ośrodkami kory bądź czuciowymi, bądź ruchowymi, a impresyjną i ekspresyjną stroną mowy, odrzuca GOLDSCHIEDER, również jak i FREUD, afazję subkortykalną, a także nie przyjmuje specyficznych ośrodków mowy. Jest to wedle niego sprawa czysto funkcyjnalna, odgrywająca się między ośrodkami uczucia i ruchu. Nie przyjmuje również specyficznych ośrodków ideacji, lecz jedynie tylko ośrodek koordynacji pojęć. Myślenie czyni niezależnem od mowy. Że lewa półkula przyjmuje większy udział

w mowie, zależy to od pewnych, bliżej nie dających się określić zmian w komórkach naskutek wprawy. Sfera wzrokowa w obu półkulach odgrywa ważną rolę. Występującą aleksję przy zmianach w jednej tylko półkuli, objaśnia połączeniem dróg obu sfer wzrokowych z lewej strony. Specyficznego ośrodka dla pisma nie przyjmuje, a podane niżej na załączonym rysunku ośrodki czuciowo-ruchowe (kinestetyczne) i dotykowe (taktylne) dla mowy i pisma są tylko częściami czuciowo-ruchowych i dotykowych wogóle wziętych.



Odpowiednio do tego zapatrywania rozdziela GOLDSCHIEDER afazye na dwie klasy: 1) afazye, powstające wskutek przerw w przewodnictwie, a więc zaburzeń procesów kojarzenia, wywołanych przerwą w drogach łączących zmysłowe ośrodki, lub zakłóceniami asocjacji w samym ośrodku; 2) afazye wskutek obniżenia czynności asocjacyjnej ośrodków kory — tak zwane czynnościowe, od zaburzeń pamięciowych.

Dla braku miejsca ograniczę się jedynie do zaznaczenia najgłówniejszych form afazji pierwszej klasy.

a) Afazya ruchowa bez agrafii (przerwa w przewodnictwie między *Ak.* i *Mot.*). Rozumienie mowy i pisma zachowane, brak samodzielnej mowy, powtarzania i czytania. Pismo prawidłowe.

b) Afazya ruchowa z agrafią (do przerwy uprzednio omówionej dołącza się jeszcze przerwa między *Opt.* i *Mot.*). Obok objawów uprzedniej postaci mamy jeszcze: brak samodzielnego pisma, kopiowania i pisania za dyktandem.

c) Afazya ruchowa z agrafią i aleksją (przerwa między *Ak.* i *Mot.* i między *Ak.* i *Opt.*). Rozumienie mowy i kopiowanie zachowane. Brak samodzielnej mowy, powtarzania, głośnego czytania, oraz samodzielnego pisma, pisma za dyktandem i rozumienia pisma.

d) Aleksya i agrafia (przerwa między *Opt.* i *Ak.*). Kopiowanie zachowane.

e) Przerwa we wszystkich kierunkach dróg, idących od ośrodka słuchowego, z wyjątkiem drogi do *Mot.* i *Opt.* Forma ta odpowiada tak zwanej afazji czuciowej transkortykalnej WERNICKE'go. Tu mamy za-

kłócenie między słowem a pojęciem, z wyjątkiem tych pojęć, których części składowe są optyczne, jak np. figura matematyczna, a nie optyczno akustyczne, jak np. głoska. Bardzo utrudnione rozumienie mowy i pisma; powtarzanie i głośnie czytanie zachowane; przy własnowolnej mowie parafazy, kopiowanie zachowane; przy własnowolnem pisaniu paragrafia słowna. Objawy tak zwanej afazy i czuciowej kortykalnej wyjaśnia GOLDSCHIEDER zmianami w samej percepcji elementu słuchowego, wskutek czego niemożliwe jest ułożenie prawidłowe głosek w słowie, a z tego powodu niemożność powtarzania, brak rozumienia mowy, jak również odpowiednie zboczenia w czytaniu i pisaniu. Nakoniec objawy tak zwanej afazy i czuciowej subkortykalnej, to jest jeśli chorzy płynnie mówią i czytają, a mimo to mowy nie rozumieją, objaśnia częściowymi zmianami w ośrodku słuchowym, obok nienaruszonych dróg łączących, wskutek czego asocjacje z innymi słowami lub pojęciem mogą mieć miejsce i przechodzić na ośrodki ruchowe.

f) Agrafia (przerwa między *Opt.* i *Mot.* *Tact.* i *Kin.*). Ponieważ ośrodki *Tact.* i *Kin.* z *Mot.* pozostają w związku, przeto oddzielne głoski chory może pisać, nie jest jednak w możności pisania słów, ponieważ asocjacja pomiędzy wyobrażeniem optycznym a impulsem ruchowym jest przerwana. Jeżeli do uprzedniej formy przyłączy się jeszcze przerwa z ośrodkiem *Ak.*, to oprócz objawów wyżej omówionych będziemy mieli jeszcze aleksję.

g) Przerwa w pobliżu będących wszystkich połączeń lewego ośrodka *Op.*, a jednocześnie prawego *Op.* z lewym *Ak.* i *Mot.* Aleksja, agrafia, niemożność kopiowania. Postać ta łączy się często z hemianopsją.

h) Przerwa wszystkich połączeń w pobliżu stojących obu ośrodków wzrokowych. Afazyja optyczna.

i) Częściowe zniszczenie elementów percepcyjnych w obu półkulach. *Seeleblindheit*.

Do drugiej klasy zalicza GOLDSCHIEDER afazyje, zależne od zaburzeń pamięci (funkcyjne). Zasługują one tem więcej na uwagę, że objawy ich mogą się przyłączać do afazyi organicznej. Wiemy, że pamięć stanowi nieodzowny warunek kojarzeń. Przypominamy również wyżej podane objawy pamięci. Stosownie do tego odróżniamy cztery formy zakłóceń asocjacji, polegające na amnezyi: 1) afazyje zależne od zakłóceń w trwaniu wyobrażeń, 2) zakłócenia pamięci dla asocjacji jednej sfery, 3) zakłócenia pamięci dla asocjacji różnych sfer, 4) zakłócenia pamięci dla połączeń słowa albo nazwy z pojęciem, mimo to, że nazwę można wywołać zapomocą podniety homologicznej lub asocjacyjnej.

Pierwsza kategoria, dotycząca przeważnie kojarzeń następujących po sobie (*successive Association*), przeszkadza związaniu kojarzeń lub słów, utrudnia więc rozumienie wymawianych wyrazów. To samo dotyczy powtarzania, czytania i pisania za dyktandem.

Druga kategoria, objawiająca się tem, że wrażenia, które uprzednio miały miejsce, nie zostają rozpoznane, tłumaczy się w ten sposób, że wyobrażenia wspomnieniowe, polegające na szybkich kombinacjach komórek do spostrzeżeń, nie dochodzą do skutku.

Przy trzeciej kategorii widziane przedmioty bywają nazywane fałszywie, a słyszane słowa wzbudzają fałszywe obrazy wzrokowe; w tychże razach może mieć miejsce paraleksja głoskowa lub słowna, ewentualnie paragrafia za dyktandem.

Nakoniec do czwartej kategorii należą chorzy, którzy czytają, patrząc na książkę; ale gdy się ją usunie, nie mogą powtórzyć słów tylko co przeczytanych. Zakłócenia te mogą się rozciągnąć także na optyczne i inne strony przedmiotu. Tak np. chory może mieć wyobrażenie i nazwę przedmiotu, ale nie może wywołać w sobie jego optycznego obrazu; jeżeli mu jednak pokazać przedmiot, to go natychmiast pozna.

Oprócz pomienionych dwóch klas afazy podaje GOLDSCHIEDER jeszcze klasę trzecią, wskutek zaburzenia samego procesu asocjacyjnego. Tu należą np. przypadki, gdzie wrażenie optyczne litery nie może wzbudzić dźwiękowego wrażenia lub odwrotnie; jeśli jednak takiemu choremu nazwiemy szereg głosek, pomieszczając brakującą mu do nazwania, to nam ją wygłosi (wrażenia zmysłowe homologiczne przyłącza się do poszukiwanego wspomnienia).

Kończąc przegląd główniejszych prac nad afazją w kierunku psychologicznym, należy jeszcze wspomnieć o pracy MOELI'go („Ueber den gegenwärtigen Stand der Aphasiefrage“ 1892). Przewodnia jego myśl da się streścić w następujących słowach: Różne akty mowy, jak rozumienie, powtarzanie, czytanie i pisanie, oraz własnowolna mowa, wymagają niejednakowych pobudzeń, a z tego względu w przypadkach patologicznych nie wszystkie jednocześnie podlegają zakłóceniom, zajęcie zaś jednego nie w jednakowym stopniu utrudnia zawieszenie czynności pozostałych; również pobudzenie różnych składników mowy wymaga bodźców niejednakowej siły. Najważniejszą rolę między tymi składnikami przyznaje MOELI działaniu ośrodków słuchowych.

Streszczamy to wszystko, cośmy dotychczas powiedzieli: Zbyt pedantyczne umiejscowienie ośrodków mowy i dróg łączących, rozpoczęte przez WERNICKE'go, kontynuowane przez LICHTHEIM'a, a do pewnego stopnia podzielane i przez CHARCOT'a, wywołało reakcję w pracy GRASHEY'a oraz zwrot badań nad mową w kierunku psychologicznym. Już w pracy tej zaznaczono po raz pierwszy niezmiernie ważny moment, mianowicie czas, jaki zajmuje powstawanie słowa w ośrodku słuchowym. W dalszym ciągu praca FREUD'a stara się zburzyć gmach dotychczasowy w obu kierunkach: 1) usuwa afazję przewodnictwa, zaznacza ważność kojarzeń dla mowy, sprowadzając wszystkie dotychczasowe niemoty do przerw w owych kojarzeniach, redukuje wreszcie zawikłany dotychczasowo podział niemot do afazy czuciowej, ruchowej, agrafii i aleksyi głoskowej; 2) odrzuca afazję amnestyczne, nie uwarunkowane żadną funkcjonalną zmianą ośrodków. GOLDSCHIEDER wreszcie rozszerza poglądy FREUD'a, uwytatnia znaczenie pamięci dla mowy, szczegółowo tłumaczy, na czym polegają kojarzenia, unaocznia afazję, wywołane jakkolwiek w nich przerwą, szematem, nareszcie zaznaczane już przez CHARCOT'a, LICHTHEIM'a, WERNICKE'go i GRASHEY'a afazję amnestyczne, oparte na zakłóceniu pamięci, uwytatnia i uporządkowywa.

Jakiegokolwiek byłyby niejasności, a nawet sprzeczności we wszystkich wymienionych dotychczasowo pracach ostatnich nad afazją, trzeba jednak przyznać, że na tem polu zrobiono w ostatnich czasach postęp olbrzymi. Niezmiernej wagi myśl, jaką w nich odnaleźć możemy, oparta na danych poczerpniętych z psychologii, orzeka, że jak dla najelementarniejszego przejawu strony psychicznej — spostrzeżenia, potrzebna jest pamięć i kojarzenie, tak również te same czynniki odgrywają bardzo ważną rolę przy akcji mowy tak czynnym, jako też i biernym. Opierając się na tej podstawie, jakiegokolwiek będziemy się trzymali szematu, nie zapuszczając, rozumie się, w dro-

bnostki i szczegóły, nie zblądzimy, i z każdym konkretnym przypadkiem afazyi potrafimy dać sobie radę, oraz szczegółowo go zanalizować. Dla lekarza praktyka podział niemoć podług FREUD'a, jako zrozumialszy, może starczyć w zupełności. Tylko, dla unaocznienia niektórych szczegółów, będzie on zmuszony zwracać się do szematu GOLDSCHIEDER'a.

Dane, poczerpnięte z psychologii mowy, rzucają nam dostateczne światło na patologię niemoć czynnościowych u dzieci, oraz bełkotania ośrodkowego tak w mowie, jakoteż przy czytaniu i pisaniu. Wiemy, że pamięć nieodzowna jest do kojarzeń, mających miejsce zarówno przy rozumieniu mowy, jakoteż przy wygłaszaniu słów, czytaniu i pisaniu. W rozumieniu głosów mamy najprostsze kojarzenie i dlatego pamięć ta rozwija się najwcześniej, a z tego względu dzieci wcześniej rozumieją mowę, aniżeli powtarzają i samodzielnie mówią. Przy samodzielnej mowie, oprócz ruchowych impulsów, potrzeba jeszcze wyobrażeń głosek słuchowych i skojarzonego z nimi uczucia w narządach artykulacji. Dalej przy wypowiedzaniu wyrazu, wyobrażenie jego słuchowe musi trwać tak długo, dopóki ostatnia jego zgłoska nie wyładuje się w ruchu, potrzebny więc jest pewien czas jego trwania. Do samodzielnej więc mowy musimy zużywać daleko więcej pamięci, aniżeli do jej rozumienia. Powtarzanie u dziecka słów uprzedza samodzielną mowę z tego względu, że jest tylko prostem sylabizowaniem. Stosując to wszystko, cośmy powiedzieli, do afazyi czynnościowej u dzieci, jasnem jest, że wszystko, co upośledza pamięć, uwagę i wolę, może to zboczenie wywołać. W pierwszym kierunku działają jakiekolwiek przebyte cierpienia mózgowie i wogóle wszystko to, co może wpływać na osłabienie pamięci, w drugim zaś pewne lenistwo wogóle do ruchów ciała, a więc i do mowy, przekazywane nieraz dziedzicznie, a podtrzymywane bardzo często przez otoczenie, mało zadające sobie pracy, aby rozmawiać dużo z tego rodzaju dziećmi. Wyrosłe adenoidalne o tyle tylko mogą wpływać na rozwój tej wady, o ile z powodu związku naczyń chłonnych gardzieli, nosa i mózgu, upośledzają krążenie w nich limfy, a tem samem niekorzystny wpływ wywierają na psychiczny rozwój dziecka. Rozumie się, że afazya u głuptasów warunkuje się jedynie tem, że brak im mowy wewnętrznej, to jest pojęć.

Na tejże samej drodze możemy wytłomaczyć funkcyonalne bełkotanie pochodzenia ośrodkowego, jak również bełkotanie w piśmie i przy czytaniu. Dziecko, jak to wykazał GRASHEY, nie odzwierciadla całych wyrazów w ośrodku słuchowym, lecz wszystkie jego oddzielne głoski, które się następnie w nim łączą. Wyraz więc słowny nie jest dla ucha czemś gotowem, lecz stającym się, to jest musimy go składać, a nie spostrzegamy odrazu, jak np. przedmiot; a do tego to właśnie składania w prawidłowym porządku, to jest właściwem ich po sobie następowaniu, potrzebna jest pamięć i uwaga. Osłabienie pamięci u tego rodzaju dzieci objaśnia nam również, dlaczego, rozumiejąc mowę, a nawet nieźle powtarzając słowa, samodzielnie mówią zupełnie niezrozumiale. Zgodnie z tem i tu najważniejszym momentem etyologicznym jest upośledzenie pamięci i uwagi. Wyrosłe adenoidalne mogą przyczynić się do tej wady na takiej samej drodze, jakąśmy podali przy opisie afazyi.

Wyświetlona patogeneza afazyi organicznej potwierdza pogląd nasz, wypowiedziany w pracy zeszłorocznej, iż należy ona do zboczeń, poddających się leczeniu. Ważniejsze tu i łacniej przemawiające do przekonania, aniżeli wszelkie rozumowania, będą uzyskane dotychczasowo fakty. W roku zeszłym na posiedzeniu War. Tow. Lek. przedstawiłem przypadek wyleczonej niemoć

ruchowej pochodzenia organicznego, a w roku bieżącym GUTZMANN na zebraniu lekarzy medycyny wewnętrznej w Berlinie demonstrował dwa przypadki ruchowej i jeden czuciowej afazy organicznego pochodzenia, również wyleczone. W ożywionej dyskusyi, jaka się wywiązała z tego powodu, przyjmujący w niej udział GOLDSCHIEDER i prof. JOLLY, zgodzili się w zupełności na możliwość leczenia niemot organicznych. Oczywiście, że przy obszernych zmianach anatomicznych przedstawiają one mniejszą szansę uleczenia, aniżeli przy ograniczonych, jak również, że afazy amnestyczne daleko łatwiej ustępują, aniżeli organiczne. Co się zaś tyczy afazy u dzieci, zarówno jak i bękotania pochodzenia ośrodkowego, to na zasadzie własnych spostrzeżeń, z których kilka wyleczonych demonstrowałem w Towarzystwie, sądzę, że wady te w zupełności dają się usuwać.

Aby wypełnić wiele jeszcze luk w trudnym przedmiocie afazy, zarówno w kierunku naukowym, jakoteż praktycznym, potrzeba większego zainteresowania się ze strony kolegów, oraz większego, niż dotychczas, materiału. (D. c. n.).

Sprawozdanie z prac sekcji chorób skórnych i przymiotowych na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Podał D-r Uhma.

Posiedzenia sekcji zagał jako członek komitetu gospodarczego J. RÓŻAŃSKI powitaniem kolegów i ukonstytuowaniem sekcji. Udział w obradach sekcji brali: W. CHRZĄSZCZEWSKI, T. DEMBIŃSKI, K. DOMAŃSKI, Z. GOŁZ, Z. KARHOZY, F. LIC, W. LUBIENIECKI, K. PODLEWSKI, W. REISS, J. RÓŻAŃSKI, O. RZEŃNICKI, K. SMUTNY, S. SOCHANIK, M. ŚWIĄTKIEWICZ, K. SZADEK, P. SZUSZKIEWICZ, C. UHMA, K. WOLAŃSKI. Prezydowali na poszczególnych posiedzeniach T. DEMBIŃSKI i K. SMUTNY. Czynność sekretarza stałego pełnił C. UHMA.

Posiedzenie dnia 23. VII. 1894.

T. DEMBIŃSKI: O przerzutach gonokoków. Autor podziela ogólnie dziś przyjęte zapatrywanie, że jedynie gonokoki NEISSER'a powodują właściwą rzeżączkę, że ich swoistość nowszymi sposobami barwienia, a przede wszystkim sporządzeniem czystych hodowli dostatecznie udowodniona została. Dwoinki NEISSER'a według nowszych badań nie ograniczają się w swym rozwoju jedynie do walczkowego nabłonka cewki, ale osiadać i rozwijać się mogą wszędzie tam, gdzie są błony miękkie, delikatne i wilgotne, a więc na błonach śluzowych macicy i jajowodów, na otrzewnej, na spojówce, błonie śluzowej przewodu usznego, błonie osierdza i wsierdza i t. p. Wspomniana zdolność tworzenia przerzutów i rozwijania się w dalszych narządach stanowi o niebezpieczeństwie choroby, którą, ze względu na liczne i różnorodne powikłania, zaliczyć należy do chorób poważnych.

W sprawie związku, jaki zachodzi między rzeżączką a jej powikłaniami, dwie można postawić teorie. Według jednej rzeżączka otwierałaby tylko wrota, które innym drobnoustrojom ropotwórczym—a te zawsze w wielkiej ilości w ropie rzeżączkowej wykazać można—dają możność wtargnięcia w głąb ustroju. Za tą teorią przemawiałyby też badania wielu autorów, którzy, wykazując inne drobnoustroje ropotwórcze w miejscach wtórnie zajętych, gonokoków tamże nie znaleźli. Druga teoria twierdzi, że same gonokoki tworzyć mogą przerzuty, i rzeczywiście w ostatnich czasach ogłoszono wiele przypadków, gdzie często nawet bez przymieszki jakichkolwiek innych drobnoustrojów wykazano w ogniskach przerzutowych dwoinki NEISSER'a.

Na podstawie przytoczonych z literatury przypadków i własnych spostrzeżeń, dochodzi mówca do następujących wniosków:

Zakażenie mieszane w powikłaniach rzeżączkowych nie ma tego znaczenia, jak dotąd sądzono.

Gonokoki NEISSER'a same przez się przerzucają się do bliższych i dalszych narządów, wywołując najrozmaitsze choroby następce.

Rzeżączka jest cierpieniem tak poważnem i groźnem z powodu swych następstw, że zwalczanie i ograniczanie jej szerzenia się jest obowiązkiem nie tylko lekarzy specjalistów, ale wszystkich władz sanitarnych.

Dyskusya. RÓŻAŃSKI zgadza się zupełnie z zapatrywaniami kol. DEMBIŃSKIEGO i przyznaje, że rzeżączka jest chorobą ciężką, że pociąga za sobą zmiany doniosłego znaczenia, zwłaszcza u kobiet, że wreszcie często staje się chorobą nieuleczalną. Uznaje wszystkie, przez kol. DEMBIŃSKIEGO wymienione komplikacje, o zmianach jednak, występujących w postaci wysypek lub zaburzeń nerwowych, wyraża się z zastrzeżeniem. Przemawiali nadto REISS i SMURNY.

Dnia 24. VII. 94., w szpitalu C. UHMA przedstawił chorego, cierpiącego na *Xeroderma pigmentosum*. Chłopiec lat 14. Skóra cała, nie wyłączając dłoni, pokryta złowijącymi się plamkami ciemno-brunatnymi, sucha, łuszcząca się. W kilku miejscach na twarzy i karku zanikająca, lśniąca, biała i znacznie cieplejsza, niż w częściach otaczających. Gdzieś tam małe narośle, największa w dole podkolanowym prawym—wielkości orzecha laskowego. Choroba trwa od 4-go roku życia. Według podania matki powstała skutkiem tego, że dziecko spało na słońcu, a zaczęła się objawami zapalnymi. Rodzeństwo nie cierpi na nic podobnego.

Na posiedzeniu: K. SZADEK. Czy płód przymiotowy może zakazić matkę?*) (*Choc en retour*). Autor kreśli historię wstecznego zakażenia matki od płodu, w której to sprawie nie brak zarówno stronników, jak i przeciwników. Osobiście zakażenie takowe uważa za nieudowodnione, a z rozbioru zebranych w literaturze spostrzeżeń, mających za niem przemawiać, przechodzi do wniosku, że one przekonujące nie są. Mianowicie wywiady, dotyczące stanu zdrowia matek przed wystąpieniem u nich ogólnych objawów przymiotu, są niedokładne. W żadnym prawie z zebranych przypadków nie da się wykluczyć: czy matka dawniej przymiotu nie miała i czy spostrzegane przez autorów objawy przymiotowe matek były wogóle pierwszymi ogólnymi zjawiskami choroby. W wielu zresztą przypadkach brakuje nawet dowodów istnienia przymiotu u dziecka, a i stan ojca jest niewiadomy, przeto spostrzegany u matki przymiot mógł być innego pochodzenia. W niektórych przypadkach można też przypuścić, że zmiana pierwotna, już to z powodu łagodnego przebiegu, już też z powodu usadowienia swego (np. na szyi macicy) została przeoczona.

Teoretyczne dane, zdaniem mówcy, przemawiają również przeciw omawianej hipotezie. Mało bowiem mamy doświadczeń, przemawiających za przenikaniem stałych, organizowanych ciałek z krwiobiegu matki do płodu, budowa zaś anatomiczna łożyska przemawia przeciw tej teorii. W nauce o przymiocie dziedzicznym późnym nie należy szukać argumentów, bo on sam nie jest dotąd udowodniony. Ostatecznie wnioskuję prelegent: że łożyskowe zakażenie matki od płodu przymiotowego jest niemożliwe wobec anatomicznych i fizyologicznych warunków, w jakich się znajduje płód w stosunku do matki, a więc teoria *choc en retour* — nie udowodniona przekonującymi spostrzeżeniami i faktami, zaczerpniętymi z fizjologii zakażenia — powinna być zaliczona do rzędu hipotez, nie opartych na naukowych podstawach.

Dyskusya. DEMBIŃSKI, GOLZ, PODLEWSKI, ŚWIĄTKIEWICZ, UHMA—zgadzają się z zapatrywaniem mówcy, że teoria *choc en retour* nie jest dostatecznie udowodniona; prócz PODLEWSKIEGO, który z praktyki swej przytoczył przypadek, popierający wspomnianą teorię; jednakowoż przypadek ten ścisłej krytyki nie wytrzymał.

C. UHMA. Słów kilka w sprawie zapobiegania szerzeniu się chorób narządów płciowych. Prelegent, stwierdziwszy danymi statystycznymi, że choroby narządów płciowych nad miarę się szerzą, omawia w krótkości powody tego szerzenia się. Na czele stawia nieświadomość ogółu, która sprawia, że chorzy często bezwiednie otoczenie swe zarażają, a zdrowi narażają się lekkomyślnie na zarażenie. Najwięcej złego po miastach szerzy prostytutcyca tajna, po wsiach zaś urlopowani żołnierze, pozostawieni bez nadzoru lekarskiego; wokoło większych ognisk przemysłowych—nie nadzorowani robotnicy fabryczni. Powodem endemii w rodzinach bywają często mamki a także ssawce, żozoli, przymiotem zaraźliwym dotknięte, dostają się do obcych rodzin. Jako środki, mogące złemu poniekąd zaradzić, uważa prelegent przede wszystkim wydanie i rozpowszechnienie treściwego i potrzebnego odpowiadającego

*) Praca ta ukaże się w jednym z najbliższych numerów „Medycyny“.

podręcznika, — podaje też szkic jego; dalej tępienie prostytutki tajnej, a zaopiekowanie się jawną; przymus nadzoru lekarskiego nad urlopowanymi żołnierzami i robotnikami fabrycznymi, dotkniętymi chorobami narządów płciowych; badanie przymusowe sług i mamek, wstępujących w służbę; ściganie sądowe rodziców, oddających na wyżywienie obcym osobom ssawców, zaraźliwym przymiotem dotkniętych. Autor starał się nie podawać takich środków zapobiegających, któreby jakieś większe wydatki za sobą pociągały, bo wie, że z tego właśnie powodu musiałyby one upaść.

W ożywionej dyskusji Szuszkiewicz wystąpił energicznie przeciw żądaniu prelegenta, aby prostytutkom w okresie zaraźliwego przymiotu książeczek wcale nie wydawano. Szuszkiewicz twierdził, że takie zarządzenie powiększyłoby zastęp prostytutki tajnej, a tem sumem groziłoby jeszcze większem szerzeniem się omawianych chorób. Prelegent nie sprzeciwił się wywodom Szuszkiewicza, gdyż sprawę tę dla tego właśnie poruszył, aby zaznaczyć wyższość prostytutki jawnej nad tajną.

DEMBIŃSKI wystąpił przeciw projektowi podręcznika, przedewszystkiem z powodu *odium*, jakie tego rodzaju poradniki budzą nie tylko w sferach lekarskich. Zgodził się jednak w końcu, że dobrze opracowany podręcznik, li tylko traktujący o środkach zapobiegających zarażeniu się, przez to może wielkie oddać usługi, a nawet przeciwdziałać szkodliwym wpływom poradników leczniczych.

SOCHANIK poruszył sprawę kas chorych, które po macoszemu traktują choroby narządów płciowych.

GOLZ i WOLAŃSKI poruszyli niektóre usterki w projektowanym podręczniku. Mianowicie GOLZ kwestyonował możliwość zarażania śliną — przy braku wszelkich objawów przymiotu, a WOLAŃSKI — termin okresu zaraźliwości, który prelegent w podręczniku do lat pięciu ograniczył. Prelegent odczytał w odpowiedzi zakwestyonowany ustęp: „Chory, dotknięty przymiotem, w pierwszych pięciu latach choroby zaraża nie tylko przez obcowanie płciowe, ale także krwią, a często bardzo i śliną swoją, i to nawet wtedy, gdy choroba jego żadnymi zewnętrznymi objawami się nie zdradza”. Zdaniem prelegenta chory może bardzo łatwo przeoczyć jakąś drobną zmianę w jamie ustnej i przy braku zmian większych, uważać się za zupełnie zdrowego i nieszkodliwego dla swego otoczenia. Przypadki zakażenia przymiotem, po upływie lat pięciu, znane są autorowi z literatury, nie uważa ich jednak za dostatecznie udowodnione.

W rezultacie dyskusji sekcya uchwaliła oddać następujące wnioski pod uchwałę zjazdu:

Uprosić odnośnie władze, by się zajęły wydaniem i rozpowszechnieniem treściwio zredagowanego szkicu o tem, czem są choroby narządów płciowych, jak się strzedz przed nimi i jak się zachować w razie nabycia ich, a to celem pouczenia szerszego ogółu o chorobach narządów płciowych i zapobieżenia krzewieniu się błędnych o nich pojęć. Domagać się od rządów, które wobec innych chorób zakaźnych bardzo energicznie przeciwdziałają, by i w sprawie chorób narządów płciowych energiczniej występowały; aby zatem zarządzone, żeby slugi, które główny kontyngens prostytutki tajnej stanowią, były obowiązane przy zmianie służby przedstawiać świadectwa zdrowia. By zarządzone pilny nadzór nad żołnierzami urlopowanymi, z notatką „*constitutionelle Syphilis*“, gdyż ci prawdziwie endemie przymiotu po wsiach powodują; aby ich systematycznemu badaniu lekarskiemu poddawano, a w razie potrzeby przymusowo leczono. By tak samo postępowano z chorymi na przymiot członkami kasy chorych robotników. By zaprowadzono przymus badania lekarskiego przyjmowanych mamek i pozwolono na sądowe ściganie rodziców, dzieci swe, w okresie zaraźliwym przymiotu zrodzone, oddających na wyżywienie mamkom zdrowym. Postarać się, by chore prostytutki bez wyjątku na koszt kraju w szpitalach krajowych były leczone, aby ani one, ani ich gminy nie były pociągane do ponoszenia kosztów leczenia szpitalnego. Wobec zaś niemożności zabronienia w dzisiejszych stosunkach prostytutkom, przymiotem zaraźliwym dotkniętym, zajmowania się nadal prostytutką, bez sprawdzenia takim zarządzeniem jeszcze groźniejszego dla ogółu niebezpieczeństwa, dążyć wszelkimi siłami do utworzenia schronisk, w którychby prostytutki, przymiotem zaraźliwym dotknięte, na cały czas trwania okresu zaraźliwego przytułek znalazły.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

116. A. DUEIRSEN. **O nowym sposobie wykonywania laparotomii (*coeliotomia vaginalis*).** Pomimo świetnych wyników operacji otwierania jamy otrzewnowej przez cięcie brzuszne przy każdej laparotomii, zwłaszcza dokonywanej nie z powodu bezpośredniego życia zagrażającego niebezpieczeństwa, nastercza się pytanie: czy chora przez pomyślnie dokonaną na niej operację istotnie zostanie wyleczona, czy też pozostanie niepożądane następstwo samej operacji? Na trzy głównie wadliwości laparotomii zwykłej D. zwraca uwagę, a mianowicie: 1) na długie trwanie okresu zdrowienia: najmniej 14 dni leżenia w łóżku, a następnie całe tygodnie, a nawet miesiące trwająca niezdolność do pracy fizycznej; 2) na powstawanie blizny w ścianie brzusznej, a stąd usposobienie do powstania przepukliny. Zdaniem autora, każda operowana, pracująca ciężko fizycznie i nie dbająca przytem o to, aby zawsze nosiła odpowiedni pas na brzuchu, bywa dotknięta przepukliną brzuszna po laparotomii; 3) na możebność utworzenia się zrostu jelit lub sieci z pozostałą częścią szypuły guza lub ścianą brzuszna, czemu żaden operator zapobiedz nie może. Zrost jelit może wywołać ich niedrożność, zrost sieci staje się źródłem bardzo dolegliwych zaburzeń żołądkowych i boleści, które przy sprzyjających warunkach o wiele są dokuczliwsze od poprzednich przypadłości, przed operacją istniejących.

Wszystkie te niedogodności i nieprzyjemne następstwa po laparotomii sprawiają, że dotąd jeszcze nietylko wśród publiczności, lecz i między lekarzami laparotomia wznieca postrach i obawę. W takich miastach wielkich, jak Berlin, słyszy się bardzo często pacjentki, przytaczające przypadki pogorszenia po laparotomii. Tem się objaśnia fakt, że i dziś jeszcze nawet przy *indicatio vitalis* chora nie zgadza się na laparotomię, gdy zaś na operację od strony pochwy daleko łatwiej przystaje.

Wymienionym niedogodnościom laparotomii zapobiega zupełnie nowy sposób operowania, zastosowany przez autora w 24-ch przypadkach, nazwany przez niego *laparotomia vaginalis* albo poprawniej *coeliotomia vaginalis*, a polegający na otwieraniu jamy brzusznej od strony pochwy macicznej.

Technika tej operacji jest następująca: Po ściągnięciu części pochwowej zapomocą kulociągu aż do otworu sromnego, otwiera się cięciem poprzecznym sklepienie przodowe i wolny brzeg rany odciąga się kulociągiem mocno w górę. Tym sposobem najczęściej z przodową ścianą pochwy także i pęcherz moczowy zostaje odciągnięty od szyi macicznej tak, że przez ranę w sklepieniu występuje przodowa ściana macicy aż powyżej wewnętrznego jej ujścia. W wielu przypadkach można wtedy poprostu wskazać wciągnąć fałdę pęcherzowo-maciczną (*plica vesico-uterina*) w otwarte sklepienie pochwowe i pod przewodnictwem oka nożyczkami ją przeciąć. Gdy nie uda się ściągnąć owej fałdy, co zależy od tego, że przy oddzielaniu pęcherza palcem i ta fałda została zawysoko oddzielona od przodowej ściany macicy; wtedy przez widzialną część ściany przodowej macicy, o ile można jak najwyżej, przeprowadza się wpoprzek szew jedwabny tymczasowy, za którego nitki ciągnie się silnie ku dołowi przy współczesnem odpychaniu części pochwowej ku tyłowi. Wówczas ukazuje się w ranie, poniżej wysuwającej się ściany pęcherzowej, wyższa część ściany przodowej macicy i wraz z nią, albo też dopiero po nałożeniu na nią drugiego szwu tymczasowego, wysuwa się fałda pęcherzowo-maciczna, jako cienka, przesuwalna po przodowej ścianie macicy, błona, którą nożyczkami się otwiera. Następnie zszywa się dwoma szwami katgutowymi brzeg otrzewnowy rany owej fałdy z brzegiem rany pochwy macicznej. Przez tak otrzymany otwór w jamie brzusznej można wyciągnąć macicę wraz z jej przydatkami nazewnątrż, ujmując coraz wyżej przodową jej ścianę kulociągiem, lub też zakładając nowy szew tymczasowy i pociągając silnie ku dołowi przy współczesnem odpychaniu części pochwowej ku tyłowi. Tym sposobem można cały trzon macicy wraz z jajowodami i jajnikami wyciągnąć nazewnątrż otworu sromnego. Na tak uwydatnionych narządach miedniczych można dokonywać wszelkie operacje, do wykonania których laparotomia brzuszna była dotąd konieczna.

Jako szczególną zaletę tego sposobu operowania autor zaznacza mniejsze niebezpieczeństwo, niż przy przecinaniu ścian brzusznych. Cała bowiem operacja, pomimo otwarcia jamy brzusznej, odbywa się całkiem zewnątrżotrzewnowo, a to

dlatego, że przodowy brzeg rany pochwy szczelnie przylega do tylnej ściany macicy, a nadto też ściana przypiera do tylnej powierzchni spojenia łonowego; tym sposobem jelita podczas całej operacji nie wysuwają się nazewnątrz.

Zakres wskazań do tego sposobu operowania jest jednak stosunkami anatomicznymi więcej ograniczony, niż wskazania do cięcia brzuszego. Można bowiem operować podanym sposobem tylko w tych przypadkach, w których część pochwowa da się ściągnąć nazewnątrz otworu sromnego. Istniejące mięśniaki nie mogą być większe, niż pięść. Guzy jajnikowe mogą być większe, lecz nie powinny mieć mocnych zrostów. Chorobowo zmienione przydatki macicy można tym sposobem oddalić tylko wtedy, gdy można je ściągnąć aż do pochwy.

Szczególne znaczenie tej operacji przypisuje autor przy wydalaniu mniejszych rozmiarów mięśniaków trzonu macicy, czy to podsurowicznych, czy też śródmiąższowych lub podśluzowych. Oczywiście przy tych ostatnich operacya ta jest wtedy tylko wskazana, gdy ujście szyi macicznej jest zupełnie zamknięte. Na zakończenie D. opisał trzy przypadki mięśniaków, tym sposobem przez niego operowane z pomyślnym skutkiem.

W uwagach końcowych kładzie autor szczególny nacisk na to, że chcąc przez proste poprzeczne przecięcie sklepienia przodowego sprowadzić dno macicy do pochwy, należy po założeniu pierwszego szwu tymczasowego, za nitki ciągnąć ku dołowi i współcześnie część pochwową odpychać silnie ku tyłowi. Tym tylko sposobem można macicę wyrzucić ku przodowi i wprowadzić trzon jej w ranę sklepienia tak, że następnie można go pod przewodnictwem oka ująć, czy to kulociągami, czy też jeszcze lepiej, szwami tymczasowymi i wyprowadzić nazewnątrz otworu sromnego.

Aczkolwiek podany sposób operowania nie zastąpi zawsze otwierania jamy otrzewnowej przez cięcie brzuszne, to jednakże niezawodnie bardzo znacznie ograniczy potrzebę dokonywania tego ostatniego.

(*Berl. klin. Wchft. N-r 29 i 30. 1894*).

J. R.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 18 Września r. b.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER—przedstawienie chorej ze zwężeniem pochwy powstałem w cholerze. 2) STEINHAUS i MARKUSFELD — odczyt p. t. Przyczyna śmierci i zmiany w narządach królików przy przegrzewaniu ich uszów. 3) BORYSSOWICZ — odczyt: Sposoby ułatwiające wyłuszczenie macicy przez pochwę.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił chorą, która przed kilkoma tygodniami chorowała na cholere azyatycką. Chora rodziła 3 razy prawidłowo. Po wyzdrowieniu z cholery zauważyła silny ból przy stosunku z mężem, przyczem spółkowanie nie było możliwe. Chora udała się do kol. NEUGEBAUERA, który znalazł znaczne zwężenie pochwy w górnej części.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zaznacza, że tego rodzaju przypadki mogą się zdarzyć w takich razach, gdy się rozwija tyfoid choleryczny, który jest właściwie zakażeniem następczym. Przy takich zakażeniach następczych rozwijają się zapalenia dyfteryczne na rozmaitych błonach śluzowych, w kiszkiach, w żołądku, a pomiędzy innemi i na błonach śluzowych części płciowych u kobiet. W każdym przypadku tyfoidu cholerycznego u kobiet błona śluzowa macicy, a niezbyt rzadko błona śluzowa pochwy, szczególnie górna jej połowa, znajduje się w stanie mocnego przekrwienia i rozpulchnienia, pokryta bywa znaczną ilością śluzu mętnego, czasami nawet krwią zabarwionego. Jest to właściwie ostre kataralnie zapalenie tej błony. Otóż z takiego zapalenia może się rozwinąć zapalenie błonicowe, które w przypadku kol. N. doszło do znaczniejszego stopnia, sięgało daleko głębiej i na miejscu tem po odejściu zmartwychwłych tkanek musiało nastąpić zwężenie wskutek ściągnięcia się błizny.

2) Kol. STEINHAUS wypowiedział odczyt p. t. Przyczyna śmierci i zmiany w narządach królików przy przegrzewaniu ich uszów, przedstawiając odpowiednie preparaty drobnowidzowe. Mówca zaznacza, że najnowsze badania nad skutkami oparzeń (REISS, KIJANICYN) wykazały we krwi i w narządach oparzonych obecność substancji jadowitych, wywołujących u zwierząt (wstrzykiwania pod skórę) cały szereg objawów chorobowych, a nawet i śmierć. W oparzonem ustro-

ju substancje owe, jak to wykazały badania histologiczne z ostatnich lat (WELTI), wywołują zmiany morfologiczne we krwi i zakrzepy w różnych narządach, jakoteż, jeżeli zwierzęta nie giną natychmiast, lecz żyją jeszcze przez pewien czas, cały szereg zmian wtórnych z charakterem w części degeneracyjnym, w części zapalnym. Bliższemu prześledzeniu owych zmian we krwi i narządach przy oparzeniu zajęli się autorowie w pracowni prof. BRODOWSKIEGO. W obecnym szeregu doświadczeń szło im wyłącznie o te zmiany, które mają miejsce przy oparzeniach, wywołujących śmierć natychmiastową; zmiany wtórne, powstające później, jeżeli zwierzę pozostaje przy życiu przez czas krótszy lub dłuższy, stanowią przedmiot oddzielnej pracy.

Jednym z prostszych sposobów wywoływania u królików, na których autorowie robili doświadczenia, oparzeń, prowadzących za sobą śmierć natychmiastową, jest stopniowe przegrzewanie ich uszów. Zwierzęta zwykle giną, jeżeli ciepłota wody, w której grzeją się uszy, dochodzi do $56-66^{\circ}\text{C}$. Z szeregu 6 doświadczeń (serya pierwsza) okazało się, że przy ciepłocie wody około 50°C . pojawiają się we krwi drobne kuleczki, barwiące się czerwoną, jak czerwone krążki krwi, a 4 do 5 razy mniejszo od nich. Kuleczki te powstają przez oddzielanie się kulistych wyrostków od czerwonych krążków krwi. Pomiedzy 50°C . a ciepłotą, przy której ginie zwierzę ($56-66^{\circ}\text{C}$.), ilość kuleczek wciąż wzrasta, a jednocześnie pojawiają się we krwi mikrocyty, poikilocyty i czerwone krążki zaczynają się rozpadać.

W mózgu, nerkach, wątrobie, płucach, mięśniach sercowych i w uszach zwierząt, które zginęły przy tych doświadczeniach, znaleźli autorowie następujące zmiany.

W wielu żyłach i tętnicach znaleziono przepelnienie całego światła czerwonymi krążkami krwi (*globose Stase*); często w żyłach, a niezmiernie rzadko w tętnicach blaszki Bizzozero, wypełniające całe światło naczynia albo tylko jego część, gdy resztę światła zajmowały czerwone krążki krwi i ich produkty (kuleczki, mikrocyty, poikilocyty i t. d.); do blaszek przyłączały się często grubiej lub drobniej ziarniste masy; niekiedy nawet ilość tych ostatnich przeważała lub nawet blaszek wcale nie było, a tylko owe ziarniste masy. Wreszcie czasami ziarnistość tych mas stawała się tak drobną, niejasną, że się one wydawały prawie zupełnie jednorodnymi, szklistymi. Wszystkie naczynia włosowate przepelnione były czerwonymi krążkami.

W ścianach naczyń, ani w specyficznych elementach badanych narządów, zwykle zmian nie było. Tylko w mózgu spostrzegano mikroskopowe wybroczyny, przerywające na małej przestrzeni ciągłość tkanki, w nerkach zaś widziano w kanalikach prostych wałeczki, niekiedy nawet krwawe.

W uszach, które bezpośrednio podlegały działaniu wysokiej ciepłoty, wszystkie tętnice i część żył wypełnione były zbitą masą czerwonych krążków (*globose Stase*), reszta zaś żył zawierała masy drobnoziarniste lub prawie zupełnie jednorodne. Tkanki ucha były obrzękłe, niekiedy nawet zmartwiały i usiane ogromną ilością wybroczyn.

Ciepłomierz w odbytnicy, który przy rozpoczęciu grzania wskazywał zwykle $40-41^{\circ}\text{C}$., wznosił się do $43-45^{\circ}\text{C}$. W zwykłych warunkach przy leżeniu na stoliku CZERMAK'a ciepłota królików obniża się; żeby więc otrzymać całą miarę podniesienia się ciepłoty w omawianych doświadczeniach, należy do różnicy pomiędzy początkową a końcową ciepłotą zwierzęcia dodać jeszcze $1-1\frac{1}{2}^{\circ}\text{C}$.

W przypuszczeniu, że część objawów, powstających w ciągu doświadczeń, może zależeć od znacznego przegrzania całego ustroju, autorowie w następnym szeregu doświadczeń (4 doświadczenia) ochładzali zwierzęta strumieniem zimnej wody, tak, iż ciepłota zwierzęcia nie wznosiła się po nad normę pomimo nagrzewania uszów. Nie zmieniło to jednak wcale wyników; zwierzęta ginęły przy tej samej ciepłocie, co i w pierwszym szeregu doświadczeń, a zmiany, występujące u nich, były identyczne z otrzymanymi w tamtych doświadczeniach.

Żeby się ostatecznie przekonać, iż śmierć zwierząt i wszystkie zmiany w narządach zależą od działania wysokiej ciepłoty na krew, przepływającą przez naczynia uszne, a nie od wpływów nerwowych lub t. p., należało jeszcze zapomocą przewiązania tętnic i żył usznych przeciąć wszelką komunikację pomiędzy krwią uszną a resztą krwi w ustroju. Zupełne wykluczenie takiego zetknięcia jest ze względów technicznych niemożliwe; anastomozy włosowate są tak liczne, a tak drobne, że wykluczyć ich niepodobna. Trzeba więc było ograniczyć się na przewiązaniu głównych pni. Ta trzecia serya doświadczeń (4 doświadczenia), w której ciepłota wody, *resp.* uszów podniesiona była do 70°C ., a nawet do 75°C ., wykazała, że jeżeli krew, zmieniona w uszach przez nagrzewanie, tylko w bardzo małej ilości dostaje się przez włosowate

anastomozy do ogólnego krwiobiegu, zwierzęta, pomimo działania bardzo wysokiej ciepłoty, nie giną w ciągu doświadczenia; ciepłota ich ustroju nie tylko że nie podnosi się, ale nawet nieco opada, a zmiany we krwi pojawiają się bardzo późno; tylko przy ciepłocie wyżej 60° C., aczkolwiek jakościowo nie różnią się od zmian, widzianych w poprzednich doświadczeniach, ilościowo są bardzo znacznie mniejsze. Zakrzepy w narządach tych zwierząt były bardzo nieliczne; również i wybroczyny w uszach.

Zestawiając wyniki powyższych doświadczeń, autorowie przychodzą do wniosku, że przy oparzeniu powstają we krwi takie same morfologiczne zmiany, jak przy nagrzewaniu bezpośrednim kropli krwi pod mikroskopem (SCHULTZE). Wraz ze zmianami morfologicznymi odbywają się sprawy chemiczne, powstają we krwi substancje, które w miejscach zwolnionego krwiobiegu wywołują powstawanie zakrzepów blaszkowych. W przytoczonych doświadczeniach zakrzepy blaszkowe umiejscawiały się prawie wyłącznie w żyłach narządów wewnętrznych; zwolnienia krwiobiegu w tych naczyniach, zastoje następowały prawdopodobnie pod wpływem nerwowym.

Zakrzepy blaszkowe podlegały następnie dalszym przemianom w gruboziarnistą, potem drobnoziarnistą, a wreszcie w prawie zupełnie jednorodną masę.

W żyłach usznych po śmierci nie było klasycznych blaszkowych zakrzepów, ale tylko drobnoziarniste i jednorodne dla tego, że tutaj tworzyły się zakrzepy blaszkowe najwcześniej, wcześniej więc, niż w innych miejscach ustroju przekształcały się one w ziarnistą lub nawet jednorodną masę. Zakrzepy te, znajdowane przez autorów we wszystkich badanych narządach, a przedewszystkiem w tak ważnym dla życia, jak mózg, specyjalnie rdzeń przedłużony, zdaniem ich zupełnie dostatecznie objaśniają przyczynę śmierci zwierząt w tych doświadczeniach.

W dyskusji po ukończeniu odczytu kol. MAYZEL zaznacza, że preparaty barwiono kwestyi omawianej nie decydują; należałoby podać dokładny obraz preparatu niezabarwionego oraz opis białych ciałek krwi. Nado M. na podstawie przedstawionych preparatów drobnowidzowych nie mógłby orzec, czy ma do czynienia z płytkami krwi, czy też z rozpadem ciałek czerwonych.

Kol. STEINHAUS odpowiada, że ciałka białe zmian nie przedstawiały, a tworzy, jako płytki przezeń przedstawione, posiadają wszystkie dla nich charakterystyczne cechy, w myśl poglądów EBERTH'a; w stanie świeżym płytki są szarawe i barwią się doskonale czynną.

Prof. BRODOWSKI, zgadzając się najzupełniej z poglądami prelegenta, że zamulenia żył we wskazanych narządach nastąpiły wskutek wytworzenia się płytek krwi i przokrwień zastoinowych, wywołanych przegrzaniem uszu u królików, czyni tylko ten zarzut, że autorowie nie zaznaczyli dosyć wyraźnie wskazanych przekrwień jako skutku samozatrucia tych zwierząt substancjami jadowitemi, wytworzonymi wskutek przegrzania. Nado B. zwraca uwagę, że S. i M. nałożą do tych badaczy, którzy nie przypuszczają istnienia płytek krwi jako stałej części składowej, a mając powne dowody rozpadu znacznej ilości krążków krwi, do objawów którego odnieść należy poikilocytozę, przychyliłi się do zdania tych, którzy tworzenie się płytek krwi wyprowadzają z obumierania krążków czerwonych. Nakoniec B. zaznacza i tę okoliczność, że S. i M., znając pracę EBERTH'a i SCHIMMELBUSCH'a i godząc się na podane przez nich tłumaczenie powstawania namulów przeważnie z płytek krwi, w tem znaczeniu nie postarali się o wytłumaczenie powstawania tych namulów w swoich doświadczeniach.

Kol. STEINHAUS odpowiada, że kwestya powstawania płytek krwi ostatecznie nie jest rozstrzygnięta; wyprowadzają się z czerwonych i białych ciałek krwi. S. nie wyklucza możliwości ich powstawania z czerwonych ciałek krwi; wydaje się mu to jednak mało prawdopodobnem; raczej przypuszczałby, że krążki powstają wskutek pewnego rodzaju krystalizacji białka, jak to przypuszczają niektórzy nowsi badacze odnośnie do włókniaka. Co się zaś tyczy objaśniania zakrzepów, to objaśnienie ich w duchu EBERTH'a i SCHIMMELBUSCH'a napotyka trudności w tem, że nie mamy tutaj żadnej podstawy do przypuszczenia obrażenia ścian naczyń, niezbędnego według EBERTH'a i SCHIMMELBUSCH'a przy powolnym krwiobiegu do powstawania trombozy. Zwolniony prawie do zupełnego zatrzymania bieg krwi w żyłach przy chemicznych zmianach we krwi, wywołujących nagromadzenie się w niej płytek, może stanowić dostateczne objaśnienie trombozy w przedstawionych w odczycie objaśnieniach.

Prof. BRODOWSKI odpowiada, że obrażenie ścian naczyń według EBERTH'a i SCHIMMELBUSCH'a może polegać tylko na nieznacznym wyprowadzaniu ich ze swego położenia, np. na niewielkim ucisku, który wystarcza do wywołania we krwi t. zw. wi-

rów, a na wiry te EBERTH i SCHIMMELBUSCH kładą największy nacisk przy powstawaniu tych namulów. Otóż w przypadkach STEINHAUS'a i MARKUSFELD'a miało miejsce i przekrwienie zastoinowe i zwolnienie krwioobrotu; zarówno wskutek zmian w samym świetle naczyń istniały wszelkie warunki do powstawania takich wirów.

Kol. STEINHAUS zaznacza, że jeżeli przyjmować obrażenia ścian naczyń w tak ogólnym znaczeniu, to niewątpliwie miało ono miejsce i w doświadczeniach jego i MARKUSFELD'a; obrażenia te mogą służyć jako czynniki, objaśniające powstawanie trombozy w tych przypadkach.

Kol. BIERNACKI jest zdania, że płytki pochodzą z czerwonych krążków krwi. Jednakże nie można przeczyć, aby część ich nie pochodziła również z białych ciałek krwi. Nadto B. nie przypuszcza, aby wszystkie zmiany przy przegrzewaniu zależały od zmian we krwi; prawdopodobnie następują również zmiany w tkankach, naturalnie za pośrednictwem krwi.

3) Kol. BORYSSOWICZ przemawiał o sposobach, ułatwiających wyluszczenie macicy przez pochwę. Mówca najpierw wspominał o sposobie, używanym przez siebie, ściągania macicy w tych razach, kiedy część pochwoy okazuje się zupełnie zniszczoną przez nowotwór.

Kol. B. stosuje w takich razach z dobrym skutkiem tampon z gazy jodoformowej, w środku którego przyszyte są dwie grube nitki, każda o 2-ch długich końcach. Tampon taki wprowadza się do rozszerzonego kanału szyi macicznej, poczem sklepienia pochwy autor zszywa ze sobą zapomocą szwu ciągłego, pozostawiając tylko mały otvorek, przez który przechodzą 4 końce nitok, przyszytych do tamponu. Pociągając za te nitki, osiąga się obniżenie macicy.

Następnie tenże kol. B. mówił o drugim ułatwieniu przy wyluszczeniu macicy przez pochwę przy zakończeniu samej operacji. Ułatwienie to polega na tem, że ligatury wiązadłowe, których bywa po 3 lub 4 z każdej strony, poczynając od najwyższej pary, autor przekłada kolejno prawe na lewą, lewe zaś na prawą stronę i obie grupy ligatur, po skrzyżowaniu się ich wzajemnem, oddaje asystentom do pociągania w przeciwnie strony, wskutek czego powierzchnie wiązadeł ponad kikutami zetkną się ze sobą i zamkną jamę brzuszną; kikuty zaś wejdą między powierzchnię pochwowo-odbytniczą.

Żeby to zbliżenie wiązadeł utrwalić, B. przykrywa kikuty podłużnym tamponem z gazy jodoformowej, a skrzyżowane ligatury wiązuje parami na jego powierzchni. (Bliższe szczegóły czytelnik znajdzie w jednym z następnych numerów „Medycyny“, gdzie praca kol. B. ma być w całości drukowana).

Kol. CIECHOMSKI jest zdania, że macicę przy nowotworze szyi i części pochwowej nieraz bardzo trudno jest ściągnąć zapomocą odpowiednich narzędzi z powodu kruchości tkanek, dotkniętych nowotworem, jak również sąsiadujących z nim; sądzi zatem, że i zeszywanie owych tkanek poniżej tamponu z gazy nie będzie trwałe i przy lada pociągnięciu nitok łatwo rozerwać się może. Co do zamykania jamy otrzewnej po usunięciu macicy, to już MATLAKOWSKI przed 7-u laty wiązywał ze sobą ostatnią parę podwiązek, a więc nałożonych na trąbki, wreszcie dokładnem tamponowaniem zapobiegał w zupełności wypadaniu sieci, jelit i jajników. CIECHOMSKI za jego przykładem postępował w ten sposób, z tą jednak różnicą, że wiązał nie 4 nitki razem, a tylko 2 górne (po jednej z każdej strony); wówczas bowiem powierzchnie przecięcia szypuły musiały skierować się ku pochwie. Poza tem dokładne tamponowanie pomiędzy niżej leżącymi szypułami uważa za zupełnie wystarczające bez uciekania się do wiązania na krzyż reszty podwiązek, jak to radzi BORYSSOWICZ, zresztą obawiałby się zesłignięcia którejkolwiek podwiązki, co łatwo zdarzyć się może podczas jej pociągania.

W odpowiedzi BORYSSOWICZ zaznacza, że zeszywanie sklepienie zdrowe, jeżeli zaś sklepienie jest kruche, do operacji nie przystępuje. Sposób zszywania, przez siebie podany, B. stosował w 2-ch przypadkach. Ligatury nie wszystkie krzyżuje, mianowicie nie krzyżuje tych, z których krwawienie jest niebezpieczne. Tampon po rozluźnieniu B. wysuwa 6—7 dnia razem z opatrunkiem, a ligatury zwykle wychodzą 10—11 dnia.

Wiadomości bieżące.

— W ciągu ubiegłego tygodnia, od 24 do 30 b. m. włącznie, do szpitala żydowskiego i zapasowego ani jeden chory na cholere nie przybył, do szpitala zaś na Pradze przybyło 3 (ul. Strzelecka 7, Krakowskie-Przedmieście 113 i Petersburska 9); wypisało się ze wszystkich oddziałów 12, zmarło 4, pozostało zaś na dalszej kuracji chorych 4 w szpitalu praskim: w zapasowym zaś od 29-go i żydowskim od 27 chorych wcale już niema. Oddziały dla chorych cholerycznych w tych szpitalach w tych dniach zamknięte zostaną. J. Sz.

— W ubiegłą niedzielę, w obec licznie zgromadzonych osób, złożonych z pedagogów, lekarzy i przedstawicieli prasy, miało miejsce poświęcenie nowourządzanego zakładu gimnastycznego, znajdującego się od lat wielu pod kierunkiem pana W. Pieńkowskiego. Zakład ten, istniejący przedtem przy ulicy Nowogrodzkiej № 16, cichą i wytrwałą pracą już zdołał sobie wyrobić zasłużone uznanie. Lokując się w nowym pomieszczeniu i rozszerzając zakres swej działalności, kierownik wziął sobie za zadanie wykazać zgromadzonym, jakie dotąd otrzymał rezultaty, urządziwszy rodzaj egzaminu, trwa-

jącego blisko dwie godziny, w którym przyjął udział cały szereg uczniów różnego wieku. Egzamin ów rozpoczął się ćwiczeniami gimnastycznymi bez przyrządów, a mające na celu równomierne rozwinięcie wszystkich części układu mięśniowego, poczem nastąpiły ćwiczenia na koniu gimnastycznym. W części trzeciej, stanowiącej właściwą atletykę, uczniowie wykazali nadzwyczajne rozwinięcie siły mięśniowej, operując z wielkimi ciężarami różnego kształtu i wagi. Ćwiczenia na ustalonym drążku i wreszcie walka zapaśnicza wedle szwajcarskiej metody zakończyły ten interesujący popis. Egzamin ten lepiej, niż wszelkie ustne objaśnienia, nas przekonał, iż kierownik w sposób umiętny zadanie swe spełnia. Mielśmy niedawno sposobność widzieć rezultaty, do jakich oddawna już uorganizowane, o szerokim programie towarzystwa gimnastyczne w rodzaju czeskich lub krakowskich sokołów doszły, i wyznać musimy, że kierownik zakładu, o którym mowa, wyprzedzić im się nie dał. Polecieć go więc możemy jako instytucję pożyteczną, na poparcie zasługującą.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Leona LANDE udzielone ma być w dniu 18 lutego 1895 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom moższowemu wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim; albo też, w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (ulica Niecała № 7) oznacza się do dnia 15 grudnia 1894 r. Przy prośbie należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, Członków Kasy wsparcia, ze szczegółowymi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy, lub sierot. Osoby na prowincyi zamieszkałe (w guberniach Królestwa Polskiego), przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia, D-r J. Rogowicz.

Odpowiedzi od Administracyi.

D-rowi G. w R. Atlasu Laskowskiego nie wysłaliśmy dotąd, gdyż wydawnictwo z powodu nieprzewidzianych okoliczności uległo zwłoce.

D-rowi F. w C. Najlepiej reklamować natychmiast o każdym niedoręczonym numerze pisma, uniknie się tym sposobem zwłoki w otrzymywaniu i ułatwi administracyi reklamacyę na poczcie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 22 Сентября 1894 г.

Друк К. Ковалевского, Крѣлевска 29.