

GAZETA LEKARSKA

I. Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY
ORAZ CIERPIEŃ JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ.

Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zбочeń mowy.

Napisał

dr Władysław Ołtuszewski.

Zdawanie sobie sprawy z niezmiernie zawiąanych obrazów patologii mowy wymaga uprzednich studyów przygotowawczych, zwłaszcza poznania z nauk zasadniczych fizjologii mowy, odnośnych prac psychobiologicznych [rozwój mowy u dziecka, psychofizjologiczna podstawa rozwoju mowy] oraz psychologii i filozofii mowy [logologia], z pomocniczych zaś: nauki o zwyrodnieniu¹⁾, rzucającej światło na ogólną etiologię, patogenezę, rokowanie i leczenie zбочeń mowy. Przygotowawcze te nauki czytelnik, którego zainteresuje mniejszy obraz logopatologii, mający za zadanie główne spopularyzowanie w ogólnym zarysie poglądów na zбочenia mowy, znajdzie w „Szkicu nauki o mowie i jej zбочeniach“, który rozpocząłem drukować z początkiem 1905 roku. W niniejszej zaś pracy, z powodu braku miejsca, z wyjątkiem głównych zasad psychologii mowy, bez znajomości której zrozumienie obrazów klinicznych niemoty byłoby wprost niemożliwe, muszę ograniczyć się jedynie do bardzo skąpych wzmianek. Z tego samego powodu przy opisie patologii mowy pomijam w każdym jej dziale historyczny rozwój odnośnych poglądów, krytyczne ich zastawienie, motywy naukowe, na których opieram własne zapatrywanie, oraz kazuistykę.

¹⁾ Nauka o zwyrodnieniu była drukowana w trzech częściach w Gaz. Lek. w latach 1898, 1899 i 1901.

Zanim podam klasyfikację zbroczeń mowy, muszę uprzednio porozumieć się z czytelnikiem co do terminologii, której używać będę, pozostającej w związku z czynnością mowy. Jeśli zbroczenie mowy zależy od zakłócenia pamięci słownej zmysłowej lub kojarzącej, cierpienie nazywam *a f a z y ą* lub *d y s f a z y ą*; jeśli zaś zakłócenie mowy warunkują inne przyczyny bądź ośrodkowe [korowe lub podkorowe], jak zmiany w ośrodkach ruchowych dla narządu artykulacji, utrudnione przewodnictwo odnośnych dróg ruchowych podkorowych, zniszczenie jąder ruchowych dla pomienionego narządu, pewna drażliwość ośrodków ruchowych, wywołująca skurcze [co wszystko powoduje nie utratę pamięci słownej, lecz zakłócenie ruchów warg, języka i t. d.], bądź obwodowe w odnośnych nerwach obwodowych lub narządzie artykulacji, jak rozczepy podniebienia twardego, nieprawidłowa budowa szczęk i t. d., zbroczenie mianuję *a n a r t r y ą* lub *d y z a r t r y ą*. W jednym tylko przypadku możemy mieć afazję lub dysfazję w skutek zakłócenia pamięci słownej, spowodowanego przyczyną obwodową, a mianowicie zajęciem ucha. Tu należy głuchoniemota, oraz pewne postaci, pozostającego z nią w związku, bełkotania i wadliwego wymawiania. Przypadki te zaliczam do afazji lub dysfazji z tego względu, że z powodu zakłócenia lub upośledzenia pamięci słownej słuchowej zostaje wyłączony lub upośledzony jeden z najważniejszych elementów dla aktu mowy, zupełnie w ten sam sposób, jak to się dzieje przy upośledzeniu lub zniszczeniu pamięci słownej słuchowej w korze.

Zgodnie z zasadą anatomiczną, na której opieram *k l a s y f i k a c y ę* dzielę zbroczenia mowy na dwie klasy: *I o ś r o d k o w e*, do których zaliczam: a) afazję lub dysfazję, zależne od zmian anatomicznych lub zbroczeń czynnościowych kory przy niedorozwoju psychicznym u dzieci lub prawidłowej inteligencji u dorosłych i dzieci, oraz przy zmianach w uchu jak niemota zależna od zakłócenia różnego rodzaju pamięci słownej, głuchoniemota, oraz większość przypadków bełkotania względnie wadliwego wymawiania i b) dyzartryczne zbroczenia mowy, zależne od wyżej pomienionych przyczyn [zmiany w ośrodkach ruchowych dla narządu artykulacji i t. d.], jak dyzartrye jednostronne, wklajające zwykłe afazję, rzekome porażenie opuszkowe i inne, o których niżej, oraz mowa nosowa pochodzenia ośrodkowego i *II o b w o d o w e*, do których odnoszę: dyzartrye, zależne od zmian w nerwach obwodowych, przedewszystkiem zaś w narządzie artykulacji, powodujące tego rodzaju dyzartrye, jak bełkotanie względnie wadliwe wymawianie przy rozczepach podniebienia, nieprawidłowej budowie szczęk i t. d., oraz mowę nosową pochodzenia obwodowego.

Rozumie się, że jedna i ta sama przyczyna może wywołać jednocześnie dysfatycznie - dyzartryczne zbroczenie mowy, że więc mogą być postaci mieszane, jak n. p. bełkotanie lub wadliwe wymawianie, zależne jednocześnie od upośledzenia pamięci słownej i od nieprawidłowości w budowie szczęk.

Trzepotanie stoi na granicy dyzlogii, to jest zbroczeń treści mowy. Zbroczenia te w pracy niniejszej jesteśmy zmuszeni pominąć.

Ponieważ obszerny dział afazyi *vel* dysfazyi oraz anartryi *vel* dyzartryi obejmuje wszystkie zboczenia mowy, z którymi logopatolog będzie miał do czynienia, rozdzielał go przeto na dwa poddziały: właściwe afazye *vel* dysfazye, oraz anartrye *vel* dyzartrye, które stanowić będą część pierwszą niniejszej pracy, oraz najmniej znane szerszemu kołu lekarzy dysfazye lub dyzartrye, nószące miano bełkotania, względnie wadliwego wymawiania, mowy nosowej i jąkania, którymi zajmę się w części drugiej.

CZĘŚĆ I.

Afazye *vel* dysfazye oraz anartrye *vel* dyzartrye we właściwym znaczeniu.

Ze względu, że ogólne miano afazyja [niemota] nie możemy stosować do tak różnorodnych zboczeń, jak niemota ruchowa, głuchota wyrazowa, aleksya i t. d., w braku więc lepszego — zatrzymujemy je tylko dla niemoty ruchowej zupełnej, wszystkie zaś inne zboczenia mowy, zależne od zakłócenia pamięci słownej zmysłowej lub kojarzącej, nie pozbawiające jednak chorego możności mówienia, lecz tylko utrudniające w mniejszym lub większym stopniu prawidłową czynność mowy, jak głuchota wyrazowa, aleksya i t. d., będziemy nazywać dysfazyą. Do kategorii afazyi będą się zbliżać pod względem klinicznym anartrye pochodzenia ośrodkowego, do działu zaś dysfazyi tegoż pochodzenia dyzartrye przy różnych cierpieniach układu nerwowego, oraz dysfazyjno-dyzartryczne zboczenia mowy, objęte nazwą bełkotania, względnie wadliwego wymawiania, oraz mowy nosowej i jąkania, gdyż również utrudniają one mowę w mniejszym lub większym stopniu.

Zajmiemy się naprzód afazyą *vel* dysfazyą oraz anartryą *vel* dyzartryą u dorosłych.

O ile przyczyny afazyi *vel* dysfazyi u dorosłych są mało skomplikowane i szczegółowo opisane w każdym podręczniku neuropatologii, o tyle wytlómaczenie *patogenezy* tych zboczeń, to jest wyjaśnienie zapomocą danej przyczyny obrazu klinicznego różnych ich postaci, wymaga, jak powiedziałem, dokładnego poznania nauki o mowie, zwłaszcza jej psychologii.

Zasady psychologii mowy ustnej oraz pisma opieram na badaniach psychologicznych, krytycznie uwzględnionej lokalizacji mózgowej, oraz odnośnych obrazach patologii mowy ¹⁾.

Jak wiadomo, istnieją w korze przeważnie na obwodzie sfery czuciowe i ruchowe [neurony rzutowe], które nazywamy *ośrodkami zmysłowymi* lub *pamięcią zmysłową*. W sferze czuciowej przy aczeniu się mowy doskonalą się pamięć słowna słuchowa i wzrokowa, w ruchowej zaś pamięć ruchów, potrzebnych przy artykulacji, lub odpowiednich ruchów

¹⁾ Ustęp o psychologii mowy należy czytać równoległe z podziałem afazyi *vel* dysfazyi, podanym poniżej.

ręki przy pisaniu. Kwestya umiejscowienia pamięci zmysłowej ruchowej i słuchowej w trzecim zawoju czołowym i pierwszym skroniowym z lewej strony jest już od dawna zdecydowana. Co do pamięci liter, to, opierając się na analogii, że każdą pamięć słowną zmysłową musimy świadomie wyrabiać, mniemam, że należy przyjąć istnienie specjalnego ośrodka w korze dla liter, najprawdopodobniej w *gyrus angularis*, oraz przyznać w tym wzglę-również ważne znaczenie niewątpliwie dowiedzionym włóknom, łączącym ów ośrodek ze słuchowym (*fasciculus longitudinalis inf.*). Należy zaraz dodać, że ośrodek wzrokowy dla liter nie działa samodzielnie, lecz tylko w połączeniu z pamięcią słowną słuchową względnie pamięcią kajarzącą wyspy, gdyż przy jakimkolwiek zniszczeniu pamięci zmysłowej słuchowej, względnie pamięci kajarzącej wyspy, lub ognisku podkorowem, przerywającym łączność ośrodka dla liter ze słuchowym, tracą one dla nas znaczenie dźwięków mowy i sprawiają wrażenie niezrozumiałych znaków optycznych, podobnie jak to bywa przy zniszczeniu pamięci słownej słuchowej. Co się tyczy ośrodka zmysłowego do pisania, mającego jakoby mieścić się w drugim zawoju czołowym z lewej strony, to, zgodnie z wieloma badaczami, odmawiam mu prawa obywatelstwa i uważam go za zwykły ośrodek psychoruchowy, rządzący grupą mięśni czynnych przy pisaniu, a obejmujący pamięć ruchów, potrzebnych do tego aktu. Zgodnie z tem nie przyjmuję jakiegś oddzielnej agrafii, gdyż towarzyszy ona prawie wyłącznie brakowi mowy wewnętrznej. Pomieniona pamięć u osób bardzo wprawnych w pisaniu przy zachowanej mowie wewnętrznej może często sama wystarczać bez wytwarzania w umyśle obrazu wzrokowego danego wyrazu, jak tego dowodzą spostrzeżenia odpowiednich postaci klinicznych aleksyi zmysłowej, zwanej przez WERNICKE'go aleksyą podkorową, o czem niżej.

Pamięć słowna zmysłowa służy wyłącznie bądź do uskutecznienia różnych ruchów przy artykulacji lub piśmie, bądź też do przyjmowania podnieć ze świata zewnętrznego, odnoszących się do mowy przy słyszeniu wyrazów, jako kombinacji pewnego szeregu tonów i szmerów, lub postrzeganiu znaków pisma, jako prostych zjawisk wzrokowych.

Przy rozumieniu mowy kajarzymy biernie pamięć słuchową z treścią pojęć słownych, zastępujących spostrzeżenia zmysłowe i w ten sposób przyswajamy sobie treść pojęć słownych. Zarówno jak spostrzeżenie zmysłowe powstaje najprawdopodobniej w neuronach kajarzących tyłach, zawartych pomiędzy różnemi sferami zmysłowemi wskutek ich wzajemnego łączenia, tak podobnie przypuszczamy, iż pojęcia słowne [bynajmniej nie wspomnienia wyrazowe] wytwarzają się również tutaj [prawdopodobnie, o ile stwierdzają dane anatomo-patologiczne, w okolicy *gyrus supramarginalis*], wskutek kajarzenia różnych sfer zmysłowych, jako składników danego pojęcia, z symbolem, to jest wyrazem. Spostrzeżenia zmysłowe i pojęcia słowne nie pozostają względem siebie w ścisłej zależności. Możemy np. uskutecznić spostrzeżenia zmysłowe, a nie mieć pojęć słownych, jak to bywa u dzieci, zanim zaczną rozumieć mowę, u niekształconych głuchoniemych, przy głuchocie wyrazowej oraz dysfazji pamięci koja-

rzącej słuchowej, błędnie zwanej przez WERNICKE'GO transkortykalną, najprawdopodobniej wskutek zmiany w okolicy *g. supramarginalis*. Odwrotnie, przy tak zwanej ślepcie psychicznej [z powodu obustronnych zmian w neuronach kajarzących tylnych], wskutek braku spostrzeżeń zmysłowych chorey nie rozpoznaje przedmiotów, źle się orientuje w przestrzeni, a mimo to może mieć pojęcia słowne, a więc rozumieć mowę, samodzielnie mówić, a nawet w lepszych przypadkach, gdzie niema towarzyszącej zwykle aleksyi, ze zrozumieniem czytać i pisać.

Przy mowie samodzielnej ze zrozumieniem łączymy wyrazy, uprzednio [w czasie wytwarzania się mowy] świadomie wytwarzane w neuronach kajarzących wyspy, a obecnie automatycznie wylaniające się, jako wspomnienia słuchowe, z treścią pojęć słownych i w ten sposób nabywamy pojęcia słowne, które stanowią nasz materiał myślowy. Z tego widzimy, że zachodzi duża różnica pomiędzy rozumieniem mowy a mową samodzielną. Do rozumienia mowy wystarcza łączenie bierne szeregu tonów danego wyrazu z treścią pojęcia słownego, do mowy zaś samodzielnej należy posiadać zdolność czynnego obudzania wspomnień wyrazów.

To samo, cośmy mówili o mowie samodzielnej ze zrozumieniem, dotyczy aktu czytania [rozumienia pisma] z tą tylko różnicą, że widziane głoski przy pomocy pamięci zmysłowej wzrokowej muszą być uprzednio skojarzone ze wspomnieniem słuchowym wyrazu oraz z właściwym pojęciem, gdyż wyraz czytany jest dla nas zrozumiały dopiero wtedy, gdy jego obraz wzrokowy łączymy w umyśle ze wspomnieniem dźwiękowym słowa. W taki to sposób powstają pojęcia słowne pisma. Z tego się okazuje że przy czytaniu ze zrozumieniem, zarówno jak przy mowie samodzielnej, nieodzowne jest w umyśle wspomnienie wyrazów słuchowe i gdy ono zniknie, nie możemy ani mówić samodzielnie, ani też ze zrozumieniem czytać. Są przypadki w patologii mowy, gdzie możemy rozumieć mowę i samodzielnie mówić, a utracić pojęcia słowne pisma, jak to bywa przy ślepcie zmysłowej, oraz ślepcie pamięci kajarzącej wzrokowej, błędnie zwanej przez WERNICKE'GO transkortykalną aleksyą. Z tego, że można mieć pojęcia słowne słuchowe, a utracić pojęcia słowne pisma, wnioskujemy, że pierwsze powstają gdzieindziej, aniżeli drugie. W samej rzeczy, o ile wskazują dane anatomiczno-patologiczne, utratę pojęć słownych pisma warunkują najprawdopodobniej zmiany powyżej *g. angularis*, mianowicie w *lobulus parietalis inf.*, a więc okolica w bliskości *g. supramarginalis*. Co się na koniec tyczy pisma samodzielnego, to tu również, a nawet jeszcze w wyższym stopniu konieczna jest mowa wewnętrzna, to jest łączenie treści pojęć słownych z wspomnieniami wyrazów, które wskutek uprzednio wyrobionego automatyzmu zamieniamy w obrazy wzrokowe i łączymy z odpowiednimi do pisania ruchami ręki. Oto dlaczego przy pisaniu główną rolę przypisujemy mowie wewnętrznej, a w przypadkach jej utraty nie tylko nie możemy samodzielnie mówić i czytać, lecz i pisać.

Z powodu niezmiernie ważnego udziału mowy wewnętrznej w psychicznym akcie mowy, uważam za konieczne kilka słów jej poświęcić. Podmianę

mowy wewnętrznej pojmuję zdolność świadomego łączenia treści pojęć słownych z automatycznymi wspomnieniami wyrazów pod postacią obrazów słuchowych, mających, jak miemam, swe siedlisko w neuronach kajarzących wyspy REIL'a. Te dwa składniki mowy wewnętrznej są tak z sobą ściśle związane w mowie psychicznej, to jest myśleniu wyrazami, że brak jednego z nich znosi mowę wewnętrzną lub czyni ją nieprawidłową [parafazyja, paraleksya oraz paragrafia]. Tak np. nie mamy mowy wewnętrznej wskutek braku wspomnień wyrazowych w pierwszym okresie rozwoju mowy u dziecka, przy głuchoniemocie, oraz przy organicznej niemocie ruchowej neuronów kajarzących wyspy, nieprawidłowe zaś wspomnienia wyrazowe przy dysfazji zmysłowej słuchowej [głuchocie wyrazowej] oraz przy braku pojęć słownych, a więc przy dysfazji pamięci kajarzącej słuchowej. Są również przypadki, gdzie pomimo rozumienia mowy i pisma, nie możemy w sobie wzbudzić nazwy wskutek czynnościowego osłabienia pamięci kajarzącej wyspy [organiczno - czynnościowa afazyja *vel* dysfazja neuronów kajarzących wyspy], lub też z powodu braku w umyśle jednego z najważniejszych składników zmysłowych pojęcia słownego, mianowicie wyobrażeń wzrokowych, jak to bywa przy tak zwanej afazyji optycznej. Przy organiczno - czynnościowej afazyji *v.* dysfazji pamięci kajarzącej wyspy chory nie może czynnie wywoływać wspomnień, a więc samodzielnie mówić, wskutek osłabienia owej pamięci, pomimo że wspomnienia wyrazowe wystarczają mu do powtarzania i czytania, to jest wyłaniają się łącznie z podziętą obwodową. Przy afazyji znów optycznej, stanowiącej czynnościowy objaw aleksyi, z powodu osłabionego obudzania wspomnień wyobrażeń wzrokowych, pomimo zupełnie prawidłowej pamięci kajarzącej wyspy, chory nie może w sobie obudzić nazwy dotąd, dopóki mu nie przyjdą z pomocą inne składniki zmysłowe pojęcia słownego, jak dotyk i t. d. Z tego przekonywamy się, że dla czynnego obudzania nazwy musi być nienaruszona nie tylko pamięć kajarząca wyspy, lecz i zachowana całość wspomnień składników zmysłowych pojęcia. Nakoniec musimy pamiętać o tych przypadkach, gdzie mimo braku pojęć słownych automatyzm mowy, a więc mowa samodzielna, czytanie i pisanie bez rozumienia, mogą mieć miejsce, jak to widzimy u dzieci z niedorozwojem psychicznym, przy głuchocie wyrazowej, oraz niemocie pamięci kajarzącej słuchowej i wzrokowej.

Domniemanie, że automatyczną zdolność wyłaniania wspomnień wyrazowych przypisuję neuronom kajarzącym wyspy, opieram na własnych spostrzeżeniach nad rozwojem mowy u dzieci, oraz badaniach anatomo - drobnowidzowych różnych autorów, które wykazują, że w wyspie łączą się włókna kajarzące nie tylko od ośrodków słuchowych i ruchowych, lecz i wzrokowych. Hipoteza, co do przeznaczenia neuronów kajarzących wyspy, nie pozostaje również w żadnej sprzeczności ani ze spostrzeżeniami klinicznymi różnych postaci niemoty, ani też z wynikami badań pośmiertnych.

W zakończeniu tych kilku słów, dotyczących psychologii mowy, pozwolę sobie jeszcze wyrazić przypuszczenie, pozostające zresztą w zupełnej zgo-

dzie z funkcją ośrodków psycho - ruchowych, rządzących ruchami narzęda artykulacji, że cały nasz materiał słowny w umyśle, jakim rozporządzamy przy mowie, przechodzi przy pośrednictwie pomienionych ośrodków do organu wykonawczego, gdyż ruchy przy mowie, jako związane z mową wewnętrzną, a więc procesem psychicznym, muszą być wykonywane świadomie, a dopiero dalej zwykłą drogą ruchową dostaje się do jąder ruchowych automatycznych, mieszczących się w móście i rdzeniu przedłużonym.

Wracając teraz do właściwego przedmiotu afazji *vel* dysfazji, rozdzielam ją przedewszystkiem na organiczną, mieszaną, a więc organiczno - czynnościową, gdzie objawy czynnościowe występują przy sprawach organicznych niezupełnie niszczącej przyrody lub w pobliżu kory, i czynnościową.

Afazję lub dysfazję organiczną dzielę na dwie klasy: afazję lub dysfazję neuronów rzutowych [pamięci zmysłowej ruchowej, słuchowej lub wzrokowej *vel* ośrodków zmysłowych] i kojarzających [pamięci kajarzącej wyspy, oraz pamięci kajarzącej słuchowej i wzrokowej].

Do afazji lub dysfazji neuronów rzutowych zaliczam:

1) afazję zmysłową ruchową [izolowaną *vel* czystą] z powodu utraty pamięci ruchowej zmysłowej przy zmianach w trzecim zawoju czołowym [błędnie zwaną przez WERNICKE'go - LICHTHEIM'a niemotą ruchową podkorową]. Przy tej postaci chorzy mają zachowaną mowę wewnętrzną, ponieważ pamięć kajarząca wyspy nie ulega zniszczeniu, mogą więc rozumieć mowę, pismo i pisać ze zrozumieniem.

2) dysfazję zmysłową słuchową [głuchota wyrazowa] przy zmianie w pierwszym zawoju skroniowym. Objawia się ona tem, że chorzy z powodu zniszczenia pamięci słuchowej zmysłowej nie rozumie mowy, a samodzielnie mówi parafatycznie, ponieważ pamięć kajarząca wyspy działa tu bez kontroli pamięci słuchowej zmysłowej, oraz nie może ze zrozumieniem czytać, z powodu braku w umyśle, a więc mowie wewnętrznej prawidłowych wyrazów słuchowych [gdyż brak kontroli pamięci słuchowej zmysłowej] i ze zrozumieniem pisać [również dla braku prawidłowych wspomnień obrazów pisma].

3) dysfazję zmysłową wzrokową [ślepotą wyrazową], mającą swą lokalizację w *g. angularis* lub przy zniszczeniu *fasciculus longitudinalis inf.* Polega ona na tem, że chorzy tacy widzą litery, ale ich nie poznają i nazwać nie potrafią, a więc i rozumieć pisma nie mogą. Co do pisania to, z powodu zachowanej mowy wewnętrznej, jest ono możliwe u osób wprawnych w pisaniu, w przeciwnym razie omawiana postać dysfazji łączy się z agrafią. Tak zwaną przez WERNICKE'go aleksyję podkorową [izolowaną *vel* czystą], różniącą się w objawach od aleksyi korowej zdolnością do pisania, przyczem chory nie rozumie napisanego obok możliwości kopiowania, na zasadzie powyżej wyłączonej, zaliczam do aleksyi korowej, a w obec istniejącej mowy wewnętrznej, objawy jej objaśniam sobie również zdolnością

pisania bez obrazów wzrokowych, a jedynie przy pomocy cheirokinestetycznego czucia ręki u osób wprawnych w pisaniu.

Do afazy organicznej neuronów kojarzących różnego rodzaju pamięć zmysłową w wyspie należy afazyza ruchowa neuronów kojarzących wyspy lub afazyza ruchowa zupełna [tak zwana przez WERNICKE'go niemota ruchowa korowa], łącząca się z aleksją, i agrafią, ponieważ w tym razie mamy utratę wspomnień wyrazowych, a chory, pomimo zachowanego rozumienia mowy, nie może sobie przedstawić w nmyśle wyrazu, niema więc mowy wewnętrznej niedzwonnej zarówno do mówienia, jak też czytania i pisania.

Do dysfazyi organicznej neuronów kojarzących tylnych zaliczam:

1) dysfazyę asocjacyjną słuchową v. dysfazyę pamięci kojarzącej słuchowej, zwaną przez WERNICKE'go-LICHTHEIM'a transkorową słuchową, przy zmianach okolicy *g. supramarginalis*, gdzie, mimo możności bezmyślnego powtarzania czytania i pisania [automatyczne działania neuronów kojarzących wyspy], wyrazy nie są rozumiane, a chory mówi parafatycznie, gdyż nie łączy wyrazów z właściwymi pojęciami słownymi. Przy postaci tej często występuje paraleksya i paragrafia, a dyktando bywa zazwyczaj, jak powtarzanie.

2) dysfazyę asocjacyjną wrokową v. dysfazyę pamięci kojarzącej wzrokowej, zwaną przez WERNICKE'go aleksją transkorową, najprawdopodobniej przy zmianach w okolicy powyżej *g. angularis*, gdzie mimo rozumienia mowy i samodzielnej mowy prawidłowej, oraz możności czytania liter i wyrazów [automatyczne działanie neuronów kojarzących wyspy], wyrazy czytane nie zostają połączone z odpowiednimi pojęciami słownymi.

Należy nadmienić, że wszystkie omówione postaci aleksyi sprowadzają tylko ogniska lewostronne i że prawie stałym objawem, towarzyszącym aleksyi, jest *hemianopsia* prawostronna.

Aleksya może się wikłać z dwoma zaburzeniami mowy, pozostającymi tylko w pośrednim związku z dysfazyą lub afazyą, a mianowicie ślepota psychiczną i afazyą optyczną, o których kilka słów wspomniałem powyżej.

Do niemoty organicznej, lubo mającej swe źródło poza mózgiem, a mianowicie w uchu wewnętrznym, po części w średnim, należy głuchota wyrazowa pozakorowa [pozamózgowa] oraz głuchoniemota.

Głuchota wyrazowa pozakorowa [izolowana], zwana przez W. L. podkorową czuciową, objawia się tem, że mowa samodzielna chorego prawidłowa, czytanie pisanie i kopiowanie zachowane, brak zaś rozumienia mowy, powtarzania, i pisania za dyktandem. Nie wyłączając możności zajęcia włókien projekcyjnych słuchowych ze względu choćby na jedyny przypadek LIEPMAN-NA, stwierdzony badaniem pośmiertnym, za główną przyczynę zbioru objawów, opisanych przez W. L. pod mianem afazyi czuciowej, poczytuję, jak wspomniałem, zmiany w narządzie słuchowym i dlatego, tego rodzaju dys

fazyę nazwałem głuchotą wyrazową pozakorową. Do niej zbliżona jest wrodzona lub nabyta głuchota z zachowaniem resztkami słuchami przy obustronnem częściowem zajęciu samego błędnika lub łącznie ucha średniego, a, jak mniemam, u dzieci nawet przy obustronnem zajęciu samego ucha średniego, którą mianuję głuchoniemotą z zachowanemi resztkami słuchu.

O głuchoniemocie oraz głuchoniemocie z resztkami zachowanego słuchu powiem kilka słów przy opisie niemoty u dzieci.

[C. d. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

O zachowaniu się rozтворów kwasów, wlanych do żołądka.

Podali

J. Bełkowski i Wł. Starkiewicz.

[Praea, odczytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 15.XI. 1904].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 2].

Odmienny wniosek prof. JAWORSKIEGO tłumaczyć można przede wszystkim tem, że takie odczynniki, jak GÜNZBURG'a oraz barwnik Kongo, w chwili pisania jego pracy były jeszcze nieznanne; powtórę zaś, prof. JAWORSKI wypróbowywał $\frac{1}{10}$ normalne kwasy: mleczny i octowy, z których, jak już wspominaliśmy, kwas octowy $\frac{1}{10}$ normalny właśnie nie sprzyja trawieniu. Wreszcie, co się tyczy kwasu węglanego, to tu różnice naszych wyników mogły zależeć i od tego, w jakim stosunku soda i kwas winny były wprowadzane do żołądka dla wywiązania gazu. W doświadczeniach naszych staraliśmy się brać je w takim stosunku, by się zobojętniały zupełnie (5,0 sody, 5,9 kwasu winnego). Jeżeli prof. JAWORSKI brał sole te w takim stosunku, że po wzajemnem ich nasyceniu odczyn pozostawał słabo kwaśny lub słabo alkaliczny, to czy słaby roztwór kwasu winnego, czy sody mogły silnie podniecać wydzielanie kwasu solnego.

Mówiąc o wpływie różnych kwasów na trawienie białkowe, musimy tu zwrócić uwagę na dostrzeżone przez nas szczegóły, o których nie wiemy, czy już były przez kogo notowane.

Zauważyliśmy, że przy wszystkich kwasach organicznych pozostała nierozpuszczoną część białka w rurkach MERR'a ma końce zupełnie ostro ścięte, daleko wybitniej, niż to było w naszych doświadczeniach z kwasem solnym lub zawartością żołądka po pokarmach. Podobnie, choć w mniejszym już stopniu, wygląda białko w rurkach pod wpływem kwasu fosforowego, oraz niezmiernie rozcieńczonych roztworów kwasu solnego. Zwykle roztwory kwasu solnego, oraz bardziej stężone rozpuszczają białko, jak gdyby bardziej stopniowo, tak, że na końcach białka widać jakby delikatny obłoczek.

Niektórzy autorowie niemieccy proponowali nawet z tego powodu, dla ścisłości przy odczytywaniu ilości strawionego białka w rurkach MERR'a, uważać za granice te jego miejsca, w których nie można już czytać podziałek na skali milimetrowej. Przy kwasach organicznych ostrożność taka byłaby zupełnie zbyteczną, tak ostro uwydatniają się końce strawionego słupka białka. Kwas azotny rozpuszcza białko w rurkach zupełnie w taki sam sposób, jak kwas solny. Przy kwasie zaś siarczanym obłoczek na końcach białka jest jeszcze większy, i jeszcze nieznaczniej przechodzi w ścięte białko, niż przy kwasie solnym.

Druga osobliwość, którą zauważyliśmy, jest następująca: Niekiedy, w płynach, na pozór nie trawiących białka wcale, końce białka w rurkach MERR'a miały barwę ciemnoszarą lub brunatną na przestrzeni jakiegoś ułamka milimetra. Zdarzało się to, mianowicie, z mocnymi roztworami kwasu octowego, ze słabym kwasem fosforowym i winnym oraz z płynami, zawierającymi ledwie dostrzegalne ślady kwasu solnego. Obecność zaś pepsyny, w sporych nawet ilościach, ujawniała się w tych płynach dopiero po dodaniu kwasu solnego. Raz natomiast czarne końce nietkniętego białka w rurce MERR'a spostrzegliśmy po bardzo silnym kwasie solnym przy braku pepsyny.

Zrazu to ciemne zabarwienie uważaliśmy za coś przypadkowego, zależnego może od wnikięcia bakterii, pleśni lub drożdży do rurki MERR'a. Badanie jednak mikroskopowe tych ciemnych cząstek białka nie wykazało w niem ani bakterii, ani grzybków, przynajmniej w takiej ilości, któraby mogła tłómaczyć to zjawisko.

Natomiast rozskubana cząstka takiego brunatnego lub szarego białka, rozpatrywana immersją olejną, okazała się usianą w całej swej grubości najdrobniejszymi czarnymi punkcikami. Wobec tego, że podejrzane te miejsca, pozostawione w termostacie na 3 dni, w kilku takich przypadkach zupełnie się rozpuściły, skłonni byliśmy uważać owe czarne i szare końce niestrawionego białka za wstępny okres do jego rozpuszczenia, wspomniane zaś czarne punkciki, widziane pod mikroskopem, za puste przestrzenie, powstające przy poczynającym się rozpuszczaniu białka.

Dr MAYZEL, uproszony przez nas, przejrzał łaskawie preparaty mikroskopowe z brunatnych cząsteczek białka i skłaniał się raczej do przypuszczenia, że owe drobniutkie punkciki czarne pod mikroskopem zależą od złogów jakichś soli metalicznych, może przypadkowo domieszanych do naszych odczynników. W myśl zdania dra MAYZLA możnaby snuć i inne przypuszczenia: czy owo czarne zabarwienie nie pochodzi może od złogów żółci, domieszanej do zawartości

żołądka, czy nie zależy od najdrobniejszych cząsteczek żelaza, startych z pilnika przy dzieleniu rarek MERT'a?

W doświadczeniach naszych stężenie kwasów, wprowadzanych do żołądka, wywierało różny wpływ na ilość białka strawionego. Wydawałoby się, że stężenie kwasu fosforowego [od 8 do 32‰], cytrynowego i winnego [od 5 do 20‰] nie ma wpływu wyraźnego na ilość białka strawionego przez przesącz takiego płynu, wyciągniętego z żołądka. Kwas solny w bardzo mocnym stężeniu [6 — 7‰], a niekiedy i w bardzo słabym stężeniu [$\frac{1}{2}$ ‰] dawał nam niższe liczby strawionego białka, niż w stężeniach 1 do 5‰-ych.

Natomiast inne kwasy [azotny, siarczany, octowy i mleczny] w słabych roztworach dawały liczby strawionego białka wyższe, niż w roztworach mocnych.

Prawdopodobnie dla każdego kwasu istnieje pewne *optimum* stężenia, najkorzystniejsze dla trawienia białkowego. Kto wie, gdyby nie krępować się stężeniem kwasów, wprowadzanych do żołądka, czy nie doszłoby się z każdym kwasem do takiej samej granicy, jaką widzieliśmy dla kwasu octowego, przy której kwas hamuje trawienie białka.

Czas pozostawiania w żołądku wlanego kwasu nie wywiera, jak się zdaje, wybitnego wpływu na ilość strawionego białka. Kilkakrotnie już po jednej do pięciu minut wyciągaliśmy z żołądka płyn, trawiący energicznie białko, dający 8 i 9 mm. strawionego białka w rurce MERT'a. Niekiedy znów, przeciwnie, po długim pozostawieniu kwasu w żołądku—na 1 $\frac{1}{2}$ do 2-ch godzin, otrzymywaliśmy liczby strawionego białka wyższe, niż w innych doświadczeniach u tego samego osobnika.

Wszystko, co dotąd mówiliśmy, dotyczyło właściwie wydzielania pepsyny. Przechodzimy z kolei do fermentu mlecznego. Przedewszystkiem zastrzedz się musimy, że doświadczeniom naszym pod tym względem możnaby dużo zarzucić co do ich ścisłości. Wiadomo z prac BOAS'a, JOHNSON'a, że kwasy w znacznym stężeniu same przez się mogą ścinać białko. Gdzie chodzi o wielkie ilości fermentu mlecznego, gdzie do 10-cm. sz. mleka wystarcza wpuścić zaledwie parę kropel kwaśnego płynu, tam względ ten nie gra żadnej roli, jak o tem wielokrotnie przekonaliśmy się, badając reakcję mleka.

Tam jednak, gdzie labfermentu jest mało, gdzie chodzi o rozcieńczenie takie, jak 1 : 1, 1 : 5, tam kwaśność płynu może dużo zaważyć na wyniku próby.

Wprawdzie w wielu doświadczeniach naszych wstawialiśmy do termostatu dla porównania próbówki z mlekiem z dodatkiem samego kwasu tego samego stężenia, a w innych doświadczeniach zobojętnialiśmy płyn badany; jednak nie robiliśmy tego stale z obawy przed nadmiernem zalkalizowaniem badanego płynu, które niszczy ferment mleczny.

Labzymogenu w płynach badanych nie szukaliśmy

O zupełnej zgodności w wydzielaniu obu fermentów: pepsyny i labfermentu pod wpływem kwasów w naszych doświadczeniach nie ma nawet mowy: tam, gdzie ilość jednego fermentu pod wpływem danego czynnika wzrastała, drugi się nieraz zmniejszał.

Następnie, jeżeli wpływ kwasów na wydzielanie pepsyny można było nazwać potężnym, to o fermentie mlecznym bynajmniej tego powiedzieć nie można. Naogół biorąc, możnaby powiedzieć, że w raku żołądka i nieżycie zanikowym, gdy ilość zaczynu podpuszczkowego spada bardzo nisko, to po wlaniu kwasu do żołądka wzmaga się. Mieliliśmy, na przykład, przypadek nieżyty zanikowego z zupełnym brakiem podpuszczki, a jednak, po wlaniu kwasu solnego, w płynie wydobytym z żołądka można ją było wykazać nawet w rozcieńczeniu 1 : 5 i 1 : 15. U chorego, dotkniętego rakiem żołądka, zawartość żołądka po śniadaniu dawała odczyn na podpuszczkę w równej ilości mleka, po wlaniu zaś kwasu solnego odczyn ten był wyraźny nawet w rozcieńczeniu 1 : 10. Zastrzedz się jednak od razu musimy, że od tej ogólnej zasady—przyrostu podpuszczki pod wpływem kwasów w raku i nieżycie zanikowym—widzieliśmy parę wyjątków. Tak np. chory z rakiem żołądka dawał po śniadaniu odczyn zawartości żołądkowej na podpuszczkę w rozcieńczeniu 1 : 15, po kwasach zaś dopiero w rozcieńczeniu 1 : 5, a nawet 1 : 1. Inny chory z brakiem wolnego kwasu solnego po pokarmach, zapewne na tle nerwowem, dawał odczyn na podpuszczkę w rozcieńczeniu 1 : 20, po kwasach zaś w rozcieńczeniu 1 : 10 i 1 : 5.

U dwóch innych kategorii badanych osobników, a mianowicie z trawieniem normalnem i z nadkwaśnością, ilość podpuszczki po kwasach najczęściej bywała mniejszą, niż po pokarmach. Zmniejszenie to nieraz bywało rażące: dziesięć razy mniejszą ilość podpuszczki po kwasach w porównaniu ze śniadaniem próbnem widywaliśmy niejednokrotnie, zwłaszcza tam, gdzie po pokarmach ilość podpuszczki bywała bardzo wysoką.

Ot i wszystkie wnioski, jakie mogliśmy wyciągnąć z doświadczeń naszych nad zaczynem podpuszczkowym.

Co do wpływu różnych kwasów albo różnego ich stężenia na ilość zaczynu podpuszczkowego, nie odważymy się na żadne wnioski, tak dane z naszych doświadczeń były nieregularne i niestałe. U jednego i tego samego chorego różnice w ilości zaczynu pod wpływem kwasów bywały ogromne, a nieraz nawet dawały się zauważyć wielkie różnice przy niewielkiej zmianie stężenia kwasu.

Jeden tylko fakt podnieść możemy, że po kwasie węglanym ilości zaczynu zawsze bywały bardzo małe: zwykle odczyn występował dopiero w rozcieńczeniu 1 : 5, u jednego tylko chorego w rozcieńczeniu 1 : 20.

W doświadczeniach z wlewaniem wody przekroplonej płyn wyciągnięty po pewnym czasie, widocznie wypłukiwał zaczyn podpuszczkowy z żołądka, bo odczyn na podpuszczkę rzadko tylko bywał ujemny, zwykle wypadał dodatnio i to nawet w rozcieńczeniach 1 : 5, 10, 15, 20, a raz nawet 1 : 100.

Podpuszczka w doświadczeniach naszych zjawiała się w wyciągniętym płynie już po bardzo krótkim czasie pozostawania kwasu w żołądku, bo po jednej do pięciu minut.

Pozostaje nam trzecia składowa część soku żołądkowego—kwas solny. Jak na nią działają kwasy? Czy pobudzają żołądek do wydzielania kwasu solnego? Prof. JAWORSKI w swojej pracy dochodzi do wniosku, że kwasy organiczne pobudzają żołądek do wydzielania kwasu solnego nie silniej, niż woda przekroplona. Z doświadczeń naszych jednak wynika, że porównanie takie z wodą przekroploną, oynajmniej nie jest czemś ścisłym, dokładnem. Doświadczeń z wodą przekroploną przerobiliśmy dość dużo i otrzymywaliśmy wyniki najrozmaitsze.

Jakkolwiek woda przekroplona prawie stale wypłukiwała pepsynę z żołądka, jak to już wyżej wspominaliśmy, a często wypłukiwała podpuszczkę, zato z kwasem solnym bywało najrozmaiciej. Czasem znajdowaliśmy go po wodzie przekroplonej bardzo dużo, tak że reszta wody przekroplonej, wyciągnięta po pewnym czasie z żołądka, okazywała kwaśność 20, 30, a nawet 40. Dość często znowu kwasu solnego bywały po wodzie przekroplonej zaledwie ślady. Dość często też nie bywało go po wodzie wcale.

Co się tyczy wpływu kwasów na wydzielanie kwasu solnego, to tu mamy łatwy i pewny probierz w odczynniku GÜNZBURG'a tylko dla kwasów organicznych. Otóż naogół z doświadczeń naszych wynikałoby, że kwasy organiczne częściej pobudzały wydzielanie kwasu solnego, niż nie. Nie pobudzały wydzielania kwasu solnego prawie nigdy kwas węglany i bardzo mocne roztwory kwasu octowego (10,15‰). Rzadko go pobudzają bardzo mocne roztwory kwasu mlecznego (15‰).

Natomiast kwasy winny i cytrynowy pobudzały dość często wydzielanie kwasu solnego nawet i w mocnem stężeniu. Najlepiej zaś sprzyjają wydzielaniu kwasu solnego słabe roztwory kwasu octowego.

Po roztworach kwasów organicznych udaje się wykazać wolny kwas solny w różnych ilościach, zwykle niewielkich. Tak np. po słabych roztworach kwasu octowego znajdowaliśmy kwaśność, zależną od wolnego kwasu solnego, w różnych doświadczeniach 4, 7, 11, 13 i 30. Po słabych roztworach kwasu mlecznego bywało kwasu solnego 4, 8, 14, 33 jednostek. Po kwasie winnym— 5, 6, 10 do 14-u. Po cytrynowym — 5 do 25-u. Po kwasie węglanym raz tylko 5 jednostek, zresztą zawsze 0.

Naogół więc wydawałoby się, że słabe roztwory kwasów organicznych lepiej pobudzają wydzielanie kwasu solnego, niż bardziej stężone. Zdaje się, że pewne znaczenie ma tu także i indywidualność chorych, a zwłaszcza rodzaj ich cierpienia. Niektórzy z naszych chorych, dotkniętych nadkwaśnością, wydzielali kwas solny, po wleaniu kwasów, bardzo często. Paru innych chorych natomiast, ze zmniejszoną ilością kwasu solnego, nie wydzielalo go nigdy po wlewaniu różnych kwasów.

Co się tyczy wlewań kwasu solnego i innych kwasów nieorganicznych, to tu nie podobna prawie orzec z pewnością, czy płyny te pobudzają wydzielanie kwasu solnego, czy też nie, odczyn bowiem GÜNZBURG'a nie nam tu nie wykazuje.

Pośrednią wskazówkę w tym względzie dają nam zmiany kwaśności wlanego płynu. Naogół biorąc, roztwór kwasu, wyciągnięty z żołądka, okazuje kwaśność znacznie mniejszą, niż wiany do żołądka. Tam, gdzie rzeczy mają się odwrotnie, gdzie po wlewniu kwasu do żołądka wyciągniemy zeń płyn o wyższej kwaśności, tam zmuszeni jesteśmy do wniosku, że przyrost kwaśności zależy od wydzielonego przez żołądek kwasu solnego. A przypadki takie — z przyrostem kwaśności — zdarzały nam się niejednokrotnie, zwłaszcza zaś po wlewaniu słabych roztworów kwasu solnego ($\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}\text{‰}$).

Przyrost kwaśności wynosił tu od 5-u do 45-u jednostek, czyli w niektórych doświadczeniach kwaśność wydobytego płynu bywała nawet 4 razy większa, niż wlanego. Po wlewaniu mocniejszych roztworów kwasu solnego, począwszy od 2‰ -ych, takiego przyrostu kwaśności nigdy nie widzieliśmy. Jeden z naszych chorych, na którym przerobiliśmy szereg prób z roztworami kwasu solnego różnego stężenia, okazywał prawie stale przyrost kwaśności po roztworach $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}\text{‰}$ -ych, tę samą kwaśność lub niższą po roztworach 2‰ -ch, a zawsze niższą po silniejszych.

Przyrost kwaśności po innych kwasach bywał daleko mniej wybitny. Widywaliśmy go po wszystkich próbowanych przez nas kwasach, zawsze jednak tylko po kwasach mniejszego stężenia ($\frac{1}{2}$, normalnych i słabszych). Przyrost kwaśności, jak to już zgóry można było przewidywać, najczęściej widywaliśmy u chorych z nadkwaśnością.

Widzieliśmy więc, że roztwory kwasów pobudzają silnie wydzielanie pepsyny, słabiej podpuszczki, najslabiej zaś i najmniej stale wydzielanie kwasu solnego. Wydzielanie fermentów można byłoby kłaść na karb znanego wpływu kwasów na profermenty. Wszakże gdyby ten czynnik uważać za decydujący w naszych doświadczeniach, to skala wpływu kwasów na wydzielanie pepsyny powinna się zgadzać ze skalą, jaką oznaczono dla różnych kwasów w sile ich działania na profermenty. Skalę taką niedawno wypracował GLAESSNER. Zgodności tej w naszych doświadczeniach z jego skalą bynajmniej nie widzimy. Kwas fosforny, który u nas najsilniej pobudzał pepsynę, w skali GLAESSNER'a zajmuje ostatnie miejsce. Zgodności pomiędzy jednym i drugim fermentem, pepsyną i podpuszczką, bynajmniej także nie mogliśmy stwierdzić, a byłaby ona konieczną, gdyby wyniki nasze chcieli przypisywać jedynie przejściu profermentów w fermenty.

Skończyliśmy z wpływem kwasów na wydzielanie części składowych soku żołądkowego. Pozostaje nam jeszcze kilka uwag o ubywaniu kwaśności wlanego płynu, o znikaniu ich z żołądka i o wpływie takich doświadczeń na zdrowie chorych.

O ubywaniu, a niekiedy przyroście kwaśności wspominaliśmy potrosze już wyżej. Prof. JAWORSKI w pracy swojej mówi wyłącznie tylko o ubywaniu kwaśności wlewanych płynów, nie wspomina zaś nigdzie o przyroście kwaśności. Tak samo HEICHELHEIM i KRAMER, którzy wlewali kwas solny po próbnym śniadaniu.

Ze wspomnieni autorowie nie widywali przyrostu kwaśności, tłumaczy się to tem, że w doświadczeniach swoich posługiwali się mocnymi, $\frac{1}{10}$ normalnymi kwasami. My zaczynaliśmy nasze doświadczenia bardzo ostrożnie, od bardzo słabych roztworów, i dzięki temu trafialiśmy na przypadki, w których kwaśność się wzmagala. Co się tyczy przedewszystkiem kwasu solnego, to tu najmniejszy ubytek kwaśności widywaliśmy po takich roztworach, które mniej więcej odpowiadały prawidłowej zawartości kwasu solnego w żołądku, a więc po roztworze $2\frac{1}{2}\%$ -ym (7 do 17%, przeciętnie 10% pierwotnej kwaśności), oraz po roztworach zbliżonych stężeniem do niego — $1\frac{1}{2}$, 2 i 5% -m, gdzie przeciętny ubytek wynosił 21% do 25% pierwotnej kwaśności. Po najslabszych roztworach kwasu solnego, o ile kwaśność nie przyrastala, ubywało jej daleko więcej — 33%. To samo było i po bardziej stężonych roztworach. Im dłużej wlały roztwór kwasu solnego pozostawał w żołądku, tem więcej tracił z pierwotnej kwaśności. Największe utraty kwaśności widywaliśmy u chorych, dotkniętych rakiem żołądka i nieżytem zanikowym. Prawdopodobnie odgrywały tu rolę znaczne ilości śluzu, zobojętniającego kwas solny, oraz znany, choć niewyjaśniony jeszcze zupełnie, wpływ tkanki rakowej na utajanie kwasu solnego.

Zasługuje na uwagę fakt, stwierdzony przez nas szeregiem doświadczeń na kilku chorych, że ilości utajonego kwasu solnego w płynie wydobytym z żołądka nigdy nie dosięgały wysokich cyfr, wynosiły od 8-u, 10-u do 20-u jednostek. Pozostała kwaśność zależała całkowicie od wolnego kwasu solnego. W stanach zapalnych żołądka kwasu utajonego bywało więcej, niż u neurasteników z prawidłową sprawnością trawienną, wszakże różnice tutaj nie były dość wybitnie zaznaczone, by można było budować na nich jakiegokolwiek szersze wnioski.

Co do innych kwasów, to po słabych roztworach ubytek bywał daleko niższy, niż po silnych. Po kwasach cytrynowym i winnym ubywało kwaśności stosunkowo bardzo niewiele, mniej może, niż po roztworach kwasu solnego. Przeciwnie, po kwasach fosfornym i octowym ubytek kwaśności bywał bardzo duży. Inne kwasy zajmowały pośrednie miejsce.

I prof. JAWORSKI zauważył już szybsze ubywanie kwaśności po kwasie octowym, niż po solnym i mlecznym.

U niektórych chorych z nieżytem zanikowym, a zwłaszcza z rakiem żołądka, ale nie u wszystkich, ubytek bywał rażący.

[D. n.]

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

3. Perhydrol. Tak nazwał MERCK stężony (30%-owy) roztwór wodny dwutlenku albo nadtlenu wodoru [H_2O_2] o ciężarze właściwym 1,111 przy 15° C., chemicznie czysty, nie zawierający kwasów, soli, ani jakichkolwiek zanieczyszczeń organicznych, a zarazem dość stały; rozkładać się jednak może pod działaniem alkaliów szkła butelki, w której jest zawarty, lub też pod działaniem światła, i dlatego przechowywać go trzeba we fiaskach, wylanych i otoczonych cerezytem i zamkniętych w blaszankach. W takim opakowaniu dostać można w handlu perhydrol w ilościach 50 i 200 gr.

Perhydrol MERCK'a odróżnia się więc od znanego od dawna pod nazwą *Hydrogenium peroxydatum medicinale* 3%-ego roztworu dwutlenku wodoru swą czystością, jako też znacznym stężeniem [30%]. Z tego stężonego roztworu można przygotowywać sobie roztwory słabsze, mianowicie 3%-owy przez rozcieńczenie 1-ej części perhydrolu 9-ma częściami wody destylowanej i 1%-owy przez rozcieńczenie 1-ej części perhydrolu 29-ma częściami wody.

Dwutlenek wodoru odkryty został w 1818 roku przez francuskiego chemika THÉNARD'a, który nazwał go „wodą utlenioną” (*eau oxygénée*). Do użytku lekarskiego wprowadzili go też lekarze francuscy, ceniąc jego własność hemostatyczną, odwaniającą, a zwłaszcza odkażającą w sprawach ropnych, gnilnych i zgorzelinowych [PÉAN, SINÉTY, BALDY, LARRINE]. BRUNS zalecił w tym celu perhydrol; już słaby jego roztwór pod postacią zraszań i tamponów nadaje się bardzo dobrze do opatrywania ran zanieczyszczonych. Działanie perhydrolu wyraża się w ten sposób, że w zetknięciu jego z raną wytwarza się wskutek wywiązywania się tlenu [$H_2O_2 = H_2O + O$] obfita piana, usuwająca z rany mechanicznie skrzepy, wydzielinę i cząstki oddzielonych martwych tkanek. W ten sposób następuje gruntowne, lecz niebolesne oczyszczenie rany. Roztwór perhydrolu nadaje się również do skonalnie do odklejenia mocno przystających do rany opatrunków, które w ten sposób bez krwawienia rany i bólu mogą być zmieniane. Na rany krwawiące środek ten ani do obmywań, ani opatrywań się nie nadaje, gdyż w zetknięciu z krwią wytwarza bardzo obfitą pianę, mającą do pewnego stopnia własności żrące. Jest to działanie katalityczne krwi, działanie tak potężne, że w mgnięniu oka cała ilość dwutlenku wodoru rozkłada się na wodę i tlen. Działanie oczyszczające w tych warunkach nie jest tak dokładne i dlatego na rany krwawiące dwutlenek wodoru nie bywa chętnie stosowany.

Zalety roztworu perhydrolu przy opatrywaniu ran są więc następujące: mechaniczne oczyszczenie rany następuje szybko, bez bólu, bez krwawienia. Roztwór nie jest trujący, co ma wielkie znaczenie przy dużych ranach; wywiązujący się tlen działa na ziarninę pobudzająco. Perhydrol posiada silne działanie odwaniające i pod tym względem przy ranach sposoczalnych, przy wrzodach przewyższa dotychczas wszystkie inne tego rodzaju środki. Działa też przeciugnilnie nawet w słabym roztworze: 3%-owy roztwór perhydrolu [1 : 9] odpowiada zupełnie pod względem dezynfekcy 1%-emu roztworowi sublimatu, przewyższa zaś octan glinu [BRUNS, HONSELL, DECIUS].

Wobec tych dodatnich własności perhydrol znalazł odpowiednie zastosowanie poza małą chirurgią jeszcze w dermatologii, urologii, w chorobach oczu, uszu i nosa. Tak np. SCHOLTZ i RICHTER (*Therap. Monatsh.* 1904. Maj.) zalecają go bardzo w *leukoplakia oris* [penzlowania roztworem stężonym i płukanie ust roztworem 3%-owym], także w *stomatitis mercurialis* i *syphilitica*. Zalecano go też na owrzodzenia skóry syfilityczne, na szankry miękkie [MANKIE-

wicz], na wrzody goleni, na owrzodzenia zgorzelinowe, na zropiałe drętwe b o n y, zalecano przeciwko przewlekłemu zapaleniu pęcherza [przemycania 1 : 100 do 1 : 300], przeciwko krupowemu i przewlekłemu zapaleniu łącnicy oka, w cierpieniach rogówki i t. d. Najpożyteczniejszym jednak okazał się w dentyście, jako skuteczny, a nieszkodliwy środek przeciwnylny.

W g i n e k o l o g i i perhydrol okazał się także dobrym środkiem odwanającym i przeciwnylnym. TORGLER w r. 1901 zastosował go z dobrym skutkiem w celu usunięcia nieznosnej woni rozpadającego się raka macicy. Do wziernika, wprowadzonego do pochwy, wlewał kilkakrotnie 6% -owy [1 : 5] roztwór perhydrolu. Gnacie szybko zniknęły i chore na długi czas pozbywały się nieznosnego dokoła siebie odoru. Pod względem działania odwanającego perhydrol ma stanowczo wyższość nad nadmanganianem potasu. WALTHER (*Medicinische Klinik*, 1904 r. Nr. 3) przypisuje mu też w tych razach działanie hemostatyczne i oczyszczające i zwraca jeszcze uwagę na pewną własność dwutlenku wodoru, odróżniającą go od innych środków oczyszczających i ściągających (jak np. *Arg. nitr.*, *Zincum chloratum*, *Liq. Bellostii*, *Liq. ferri*, *Acid. carbol.* i t. d.), a mianowicie: dwutlenek wodoru wywiera jedynie na tkankę chorobowo zmienioną, nigdy zaś na tkankę zdrową, a więc nie ma działania żrącego; tylko w zetknięciu dwutlenku wodoru z powierzchnią obnażoną z nabłonka, wywiązuje się tlen *in statu nascendi*, wytwarza się piana z pękaniem pęcherzyków. Miejsca obnażone z nabłonka pokrywa się białym strupem, normalna zaś powierzchnia błony śluzowej pozostaje niezmienną. W ten sposób leczy W. owrzodzenia części pochwowej (*erosio partionis vaginalis uteri*). Do pochwy wlewa przez wziernik 1—3% -owy roztwór perhydrolu, który działa bezpośrednio na powierzchnię obnażoną części pochwowej i pokrywa ją na brzegu białym strupem. Strup ten prędko znika, a powierzchnia oczyszcza się i zaczyna pokrywać się prędko ziarniną. Przy zapaleniach błony śluzowej pochwy i sromu (*colpitis et vulvitis*) miejsca obnażone z nabłonka także zabarwiają się białą pod działaniem dwutlenku wodoru. W ten sposób dwutlenek wodoru służyć również może do wyszukiwania miejsc w pochwie chorobowo zmienionych. W. stosował też perhydrol z powodzeniem w zapaleniach pochwy i sromu u młodych dziewczyn (*vulvovaginitis*, najczęściej *gonorrhoea*. Przyp. spr.), wstrzykując do pochwy kilka cent. sz. 3% -ego roztworu. Owrzodzenia pochwy odleżynowe [po wiankach] leczą się również w ten sposób skutecznie.

Wreszcie najważniejsze i najpomyślniejsze zastosowanie znalazł perhydrol w zapaleniu błony śluzowej macicy natury rzeżączkowej (*endometritis gonorrhoea*). RICHTER (*Therap. Monatsh.*, 1904. Maj), stosował go do 50-u razy z doskonałym wynikiem w ten właśnie cierpieniu [przypadki podostrawe i przewlekłe]. R. posługiwał się co 4 lub 5 dni 15% -owym roztworem perhydrolu, świeżo za każdym razem przygotowanym przez rozcieńczenie normalnego roztworu [30% -ego] równą ilością wody. Po wstawieniu części pochwowej do wziernika rurkowego, usuwał zapomocą wacików gruntownie, lecz ostrożnie, tak aby krwawienia nie było, całą wydzielinę i wlewał małą ilość roztworu perhydrolu do wziernika. Następnie wprowadzał do kanału macicy poprzez plyn, znajdujący się w pochwie, sondę lub pałeczkę PLAYFAIR'a, owiniętą na końcu watą i w ten sposób roztwór perhydrolu dostawał się na błonę śluzową macicy. O ile błona śluzowa była w stanie zapalenia, a więc obnażona z nabłonka, wytwarzały się wnet pęcherzyki wypełniane tlenem, które ze szmerem pękały u ust zewnętrznych macicy. Miejsca chorobowo zmienione pokrywały się białym strupem. Po zagojeniu się miejsc obnażonych perhydrol nie wywoływał już więcej strupów podobnych, dowód, że sprawa zapalna została ukończona. Według R. 10—12 przyzęgań perhydrole wystarczało do wyleczenia, a więc leczenie całe trwało do dwu miesięcy.

M. Zweygbarum.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

7. M. Reichardt. O zachowaniu się rdzenia kręgowego przy odruchowej nieruchomości źrenic.

Nie rozstrzygnięto dotychczas, czy odruchowa nieruchomość źrenic, jak wiadomo, objaw dużego znaczenia w patologii nerwowej, zależy od zmian w mózgu, czy w rdzeniu kręgowym. Że ten ostatni gra dużą rolę w ruchach źrenicy, jest faktem, stwierdzonym już przed 50-u przeszło laty przez BUDGE'go, który doświadczałnie stwierdził w części szyjowej rdzenia kręgowego obecność 2 ch miejsc (*centrum cilio-spinale inferius et superius*), wpływających na wielkość źrenicy, a co potwierdzili i inni później fizyologowie. W ostatnich latach BACH, również na drodze doświadczałnej, starał się dowieść, iż w distalnej części rdzenia przedłużonego, niedaleko *calamus scriptorius*, a więc niedaleko ośrodka oddechowego, prócz ośrodka hamującego dla mięśnia rozszerzającego źrenicę, znajduje się oddzielny ośrodek hamujący dla mięśnia zwieracza źrenicy, a niszcząc go wywoływać miał „*Pupillenstarre*”. Tak jak fizyologowie uznali zależność ruchów mięśni źrenicy od rdzenia kręgowego, tak i niektórzy patologowie twierdzili, iż brak zwięzania się źrenicy pod działaniem światła występuje, gdy pewne miejsca rdzenia kręgowego ulegną zwyrodnieniu. Mianowicie, RIEGER i FÖRSTER, a później WOLFF i GAUPP na mocy badań anatomo-patologicznych, brak odruchu świetlnego źrenicy, tak charakterystyczny w *tabes* i *dementia paralytica*, czynili zależnym od zwyrodnienia części szyjowej pęczków tylnych rdzenia kręgowego.

Obecnie REICHARDT, asystent kliniki prof. RIEGER'a w Würzburgu, posunął się w tym kierunku jeszcze o jeden krok dalej. Badając anatomo-patologicznie przypadek, w którym za życia ujemal jedynym objawem była nieruchomość źrenic przy podrażnieniu ich światłem, znalazł on „*im oberen Hal-mark eine isolirte endogene Degeneration in der ventralen Zwischenzone*”, co dało mu poehop do zwrócenia uwagi na tę okolicę rdzenia kręgowego we wszystkich przypadkach, jakie mu wydarzyło się badać za życia i po śmierci, a w których istniało nienormalne zachowanie się źrenicy. Lecz przede wszystkim kilka słów o tej okolicy.

Między 2-ma częściami, z których składa się każdy pęczek tylny rdzenia kręgowego, to jest, między pęczkami GOLL'a i BURDACH'a, znajduje się wązki pęczek włókien nerwowych, wyróżniony po raz pierwszy przez BECHTEREW'a i dlatego nazywany przez Niemców „*Bechterew'sche Zwischenzone*”. Że pęczek ten jest niezależny od pęczków GOLL'a i BURDACH'a, dowodem jest, iż włókna jego pokrywają się myeliną znacznie później, a nadto, iż może on cierpieć oddzielnie, to jest wtedy, gdy pęczki GOLL'a i BURDACH'a są zdrowe, lub odwrotnie. W pęczku tym BECHTEREW'a biegną włókna wstępujące, będące przedłużeniem korzeni tylnych nerwów grzbietowych górnych i szyjowych dolnych [włókna exogenne], także zstępujące, a nadto włókna nerwowe w tem miejscu powstałe [endogene], a które nas tu najwięcej obchodzą. Te to bowiem ostatnie włókna, zwłaszcza w części wentralnej, na wysokości 3-go i 2-go segmentu szyjowego biegnące, znajdował REICHARDT zwyrodniałemi u wszystkich chorych, u których za życia źrenice na działanie światła nie zwięzały się, i one to [włókna], zdaniem R. mają wpływ na ruchy źrenicy i dlatego je nazywa „*endogene Pupillarreflexfasern*”. Twierdzenie to opiera R. na badaniu anatopatologicznem 35-u rdzeni kręgowych paralityków (*dementia paralytica*). Ilekroć razy za życia źrenice nie kurczyły się odruchowo, znajdował R. stale

zwyrodnienie w „*Zwischenzone*” na większej lub mniejszej przestrzeni w segmentach szyjowych, a najwyraźniejsze, bo czasem nawet i gołym okiem widoczne, w 3-im segmencie szyjowym. W przypadkach, w których za życia nie było braku oddziaływania źrenic na światło, pomimo czasem maksymalnego zwyrodnienia pęczków tylnych rdzenia kręgowego, włókna *zonae Bechterewi* były nietknięte.

Z powodu różnorodności włókien nerwowych, biegnących w *zona Bechterewi*, o czym wyżej wspomnieliśmy, nie każde zwyrodnienie tej *zonae* na wysokości 3-go segmentu szyjowego jest charakterystycznym dla „*Pupillenstarre*”. Jest ono tylko wtedy, gdy zajmuje część wentralną, to jest położoną między wierzchołkiem wentralnym pęczka GOLL'a, a *commisura posterior grisea* rdzenia kręgowego i jeśli można dowieść, że tylko włókna endogenne uległy zwyrodnieniu, to jest gdy brak cierpienia korzeni tylnych nerwów szyjowych dolnych i grzbietowych górnych. Ponieważ tak małe mięśnie, jak poruszające tęczę, muszą mieć i niewiele włókien nerwowych, to i zwyrodnienie tych włókien bywa w ogóle na obszar nieznaczny, łatwo je też można przeoczyć, zwłaszcza gdy te „*spinale Pupillarfasern*” nie są zebrane w pęczek, lecz są rozrzucone, a nawet, co jest możliwym, iż niekiedy biegną przez inne miejsce rdzenia kręgowego. Autor zwraca nadto uwagę, iż zazwyczaj przy wyjmowaniu rdzenia kręgowego z trupa, bywa on odciętym właśnie na wysokości 2-go i 3-go segmentu szyjowego i dlatego część ta rdzenia łatwo ulega zniszczeniu i niezawsze, a raczej rzadko podlega badaniu.

(*Archiv f. Psych. & Nervenkrankheiten* T. 39, Z. 1).

W. Gajkiewicz.

8. Scheiber. Przyczynek do nauki o łzawieniu na zasadzie trzech przypadków porażenia nerwu twarzowego z brakiem łzawienia, oraz kilka uwag o smaku i zaburzeniach czucia przy porażeniu nerwu twarzowego.

Jak wiadomo z anatomii, gruczoł łzowy otrzymuje włókna nerwowe (*n. lacrymalis* i *n. subcutaneus malae*) z pierwszej i drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego. Zdania były podzielone co do tego, który z tych 2-ch nerwów wpływa na wydzielanie łez. KRAUSE, VALENTIN, LUSCHKA i RÜDINGER przypisywali to *n. lacrymalis*; HYRTL, ARNOLD, POIRIER i CHARPY *n. subcutaneo malae*. HEYZENSTEIN, WOLFERS, DEMSCHETKO, REICH i VULPIAN na zasadzie doświadczeń przyszli do wniosku, że na wydzielanie łez wpływa prócz nerwu trójdzielnego i nerw sympatyczny. Pierwszy GOLDZIEHER, opierając się na 2-ch przypadkach porażenia nerwu twarzowego, w których podczas płaczu oko strony porażonej zupełnie nie łzawiło, wypowiedział zdanie, że nerw twarzowy, a nie trójdzielny, jest w związku ze łzawieniem. Tegoż zdania jest JENDRASSIK. KÖSTER na zasadzie wielu klinicznych danych i mnóstwa doświadczeń na psach, kotach i małpach, również twierdzi, że nerwem, wywołującym łzawienie u ludzi, jest niezaprzeczenie nerw twarzowy, u zwierząt zaś rolę tę odgrywa nerw trójdzielny albo nerw sympatyczny lub, może być, obydwa razem. Do tych samych wniosków doszedł LANDOLT.

SCHEIBER w 3-ch przypadkach porażenia nerwu twarzowego, jakie spostrzegał, stwierdził brak wydzielania się łez przy płaczu po stronie porażonej, jednakże wstrzymuje się od wypowiedzenia ostatecznego zdania, który nerw wpływa na wydzielanie się łez i sądzi, że dopiero znaczna liczba przypadków i to ściśle obserwowanych, rozstrzygnie powyższą kwestyę.

W drugiej części swej pracy autor omawia sprawę utraty zmysłu smaku, towarzyszącą porażeniu nerwu twarzowego i trójdzielnego. Jak wiadomo, struna bębenkowa (*chorda tympani*), gałązka nerwu twarzowego wraz z nerwem językowym (*n. lingualis*), dostarczają włókien smakowych dla przednich $\frac{2}{3}$ języka, dla tylnej zaś $\frac{1}{3}$ części języka dostarcza takichże włókien nerw języko-

gardzielowy (*n. glosso-pharyngeus*). Jaką drogą biegną te włókna do mózgu? Pytanie to nie jest jeszcze rozstrzygnięte. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że spełnia tę rolę nerw twarzowy; jednakże tak nie jest, gdyż doświadczenia nad zwierzętami i spostrzeżenia kliniczne MAGENDI'ego, VULPIAN'a, SCHIFF'a i PREVOST'a stwierdziły, że przy przecięciu wewnątrzczaszkowej części nerwu twarzowego, zarówno jak i przy cierpieniu tejże części nerwu, nigdy nie występuje brak smaku (*ageusia*). Niektórzy badacze uważają za nerw smaku jedynie nerw języko-gardzielowy, podając następujący schemat przebiegu włókien smaku dośrodkowych: nerw językowy, zwój uszny (*ganglion oticum*), leżący w przebiegu trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, następnie nerw skalisty powierzchowny mały (*n. petrosus superficialis minor*), spłot bębnowy (*plexus tympanicus*) i w końcu zwój skalisty (*ganglion petrosum*), należący do nerwu języko-gardzielowego. GOWERS nie przypisuje żadnej roli w czynności smaku nerwowi języko-gardzielowemu; za nerw smaku uważa on jedynie nerw trójdzielny. Dla innych badaczy, jak CLAUDE BERNARD, DUCHENNE, LUSSANA, nerwem smakowym jest *portio intermedia Wrisbergi* i kreślą oni następującą drogę przebiegu włókien smaku do mózgu: *chorda tympani, ganglion geniculi, n. facialis i portio intermedia Wrisbergi*. ERB, na zasadzie doświadczeń nad zwierzętami i klinicznych spostrzeżeń, przypuszcza, że włókna smaku biegną do mózgu przez nerw trójdzielny, mianowicie przez zwój kolankowy (*ganglion geniculi*), nerw skalisty powierzchowny większy (*n. petrosus superficialis major*), zwój klino-podniebienny (*ganglion spleno-palatinum*) i drugą gałąź nerwu trójdzielnego. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w przypadkach odcięcia nerwu trójdzielnego od zwoju GASSER'a (*ganglion Gasseri*) celem leczenia rwy twarzowej (*prosopalgia*); w przypadkach tych po przecięciu smak ulega zboczeniu.

Autor nie przeprowadzał badań w tym kierunku, lecz opierając się na przypadkach, spostrzeganych przez innych badaczy i przytoczonych w swej pracy, podziela zdanie ERB'a.

W trzeciej i ostatniej części swej pracy autor zastanawia się nad zmianami uczucia przy porażeniu obwodowym nerwu twarzowego. W porażonej połowie twarzy chorzy doznają niekiedy parestezyi, rzadziej uczucie jest tam osłabione lub wzmożone. Zjawisko to tłumaczy się tem, że nerw twarzowy zawiera w sobie i włókna czuciowe. Według RAMON y CAJAL'a, TURNER'a i EDINGER'a, już w mózgu niektóre czuciowe włókna z wstępującego korzenia nerwu trójdzielnego wchodzą do nerwu twarzowego. Nadto HYRTL i GAD stwierdzili połączenie obwodowych rozgałęzień między tymi dwoma nerwami.

(*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. Tom 27). B. Łuczyci.

Z ostatniego Zjazdu chirurgów francuskich.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

MALHERBE. Chlorek etylu, jako środek do znieczulania ogólnego może z powodzeniem zastępować chloroform i eter, dając uspienie pewne i równe w ciągu 40-u—60-u minut, bez przykrych następstw. Preparat musi być bezwzględnie czysty, w zalutowanych rurkach; sposób stosowania, jak przy użyciu chloroformu.

TUFFIER. Leczenie raka promieniami radu może być stosowane i nawet dawać wyniki pomyślne jedynie tylko w przypadkach raka

skóry; z pomiędzy nich tam przedewszystkiem wskazaną jest radioterapia, gdzie wskutek czy rozległości cierpienia, czy umiejscowienia, czy też stanu ogólnego chorych nie można myśleć o zabiegu operacyjnym.

CZERNY. Działanie radu na tkanki żyjące. C. zdaje sprawę z badań swego asystenta R. WERNER'a, który otrzymał rozkład owolecytyny przez działanie na nią w przeciągu trzech dni 0,010 miligramu bromku radu. Wstrzyknięcie w skórę roztworu tej lecytyny powoduje zmiany, jakie wywołuje działanie promieni samego radu, przytem stopień jej działania zależy więcej od stopnia rozkładu jej, niż od ilości wstrzykniętej. W kilka godzin po wstrzyknięciu stężonych roztworów królikowi, skóra obrzęka i czerwieni się; po 3 — 4-ch dniach tworzą się pęcherze, wypełnione płynem surowicznym, wreszcie powstaje miejscowe obumarcie skóry.

Na zasadzie tego WERNER dąży do otrzymania surowicy przeciwelecytynowej i próbuje jej działania na tkanki bogate w lecytynę, jak nowotwory, gruczoły i t. p.

DOYEN. Nowe leczenie raka. Wykład ten stanowił główną „sensację” Zjazdu i dzięki dziennikom codziennym rozbrzmiał zbyt może głośno w prasie całego świata. Punktem wyjścia nowej metody leczenia raka stanowi odkrycie przez DOYEN'a przyczyny raka w postaci drobnoustroju *micrococcus neoformans*, który powoduje powstawanie wszelkich nowotworów. Przy pomocy hodowli tego pasożyta wykonywa on odpowiednie szczepienia i otrzymuje płyny, które stosuje w celu leczniczym w przypadkach raka.

Z pomiędzy 242-ch przypadków leczonych tą metodą w 42-ch nastąpiło zupełne wyleczenie niektóre z nich datują się od lat czterech; 46-u chorych jest jeszcze w obserwacji i wielu z nich zapowiada się pomyślnie; o 20-u chorych niema późniejszych wiadomości; w 128-u przypadkach leczenie nie dało wyników, gdyż zaczęto je zbyt późno lub przzerwano zbyt wcześnie, niezależnie od woli chirurga, wreszcie 6-u chorych zmarło przypadkowo, będąc blizkimi wyleczenia.

Co się tyczy wskazań do tej nowej metody, to nadają się tu:

1. Wszystkie przypadki nowotworów złośliwych, jeszcze umiejscowionych zupełnie, które jednak przedstawiają duże prawdopodobieństwo powrotu po operacji.
2. Przypadki raka, nadające się jeszcze do operacji, lecz w których operacja nie może być doszczętną z powodu blizkiego sąsiedztwa narządów, których nie można obrazić.
3. Przypadki, niemożliwe już do operowania wskutek zbytnej rozległości cierpienia, gdzie jednak ono nie zajęło narządów niezbędnych do życia. Nadto wyraża DOYEN możliwość szczepień ochronnych przeciwko rakowi u osób, które są obciążone dziedzicznie w tym kierunku lub u których zjawiają się pewne objawy, zwiastujące raka.

REYNES twierdzi, iż badania DOYEN'a nad etyologią raka nie przekonują go bynajmniej; wyniki jego przeczą wszystkim dotychczasowym danym naukowym, nie mając na swe poparcie niezbitych faktów. Wydaje mu się rzeczą mało prawdopodobną, aby jeden i ten sam pasożyt *micrococcus neoformans* mógł rzeczywiście wywoływać powstanie zarówno tłuszczaków, jak mięsaków, zarówno włókniaków, jak raków. Na to prace D. dostatecznych dowodów nie przedstawiają. Podobnie wyraża się POIRIER.

Po długiej i bardzo burzliwej dyskusji zgodzono się na wybranie komisji naukowej, któraby zbadała wyniki badań doświadczalnych DOYEN'a, zarówno jak i działanie jego metody przeciwrakowej w przypadkach klinicznych.

WILLEMS. O wstrzykiwaniu zapobiegawczem surowicy przeciwpaciorkowcowej przy operacjach w jamie ustnej. Zakażenia w jamie ustnej zależą zwykle od paciork

kowców, będących stałym jej mieszkańcem. To dało myśl LAUWERS'owi, aby przed operacyami w jamie nast robić wstrzyknięcie surowicy wielowartościowej (*serum polyvalens*), otrzymanej z koni. Wyniki otrzymano bardzo dodatnie rany po operacjach goiły się doraźnie bez ropienia i bez zwykłego, nawet w przypadkach pomyślnie się gojących, brudnoszarego nalotu na brzegach rany.

REYNÈS. Leczenie raka sutek, niemożliwego do operacji, za pomocą trzebień. Zabieg ten dał wyborny wynik u kobiety 32-letniej, dotkniętej rakiem obu sutek, owrzodzonym, zrosłym z klatką piersiową przy jednoczesnym zajęciu gruczołów pachowych po obu stronach. Nowotwór był badany mikroskopowo przez CORNIL'a. Obecnie po osiemnastu miesiącach stwierdzić można zupełny zanik mas nowotworowych na całej przestrzeni; w miejscu dawnego wrzodu pozostał mały twardy guz, który łatwo da się usunąć. W drugim przypadku u kobiety starszej, która miała czworo dzieci, dotkniętej rozległym rakiem lewej piersi, operacja trzebień nie dała pomyślnego wyniku i chora zmarła po 6-u miesiącach.

Roztrząsając dane, dotyczące każdego tych przypadków, przychodzi R. do przekonania, iż kastracja obustronna może wpływać znakomicie na zanik nowotworu rakowego w sutkach, koniecznym jednak warunkiem do tego jest dobry stan czynnościowy jajników [prawidłowe miesiączkowanie, młody wiek etc.]

Podobnież zupełne wyleczenie tą drogą otrzymał w jednym przypadku THIÉRY.

ČALOT. Czego należy wymagać od przyrządów w chorobie POTT'a? Wszystkie stosowane tu aparaty oparte są na dążeniu jedynie tylko do rozciągnięcia kregostupa przy pomocy dwóch punktów oporu: miednicy i głowy. Jeżeli dobrze zrobiony przyrząd rzeczywiście wywiązuje się z tego zadania, to i tak miejsce chore nie jest dostatecznie ustalone i z czasem powstawać mogą garby lub powiększać się już istniejące. Ażeby temu zaradzić, poleca ČALOT wprowadzenie pewnej zmiany, pozwalającej na oddziaływanie miejscowe na chore kręgi; a mianowicie, wycięcie na grzbiecie przyrządu, na wysokości miejsca chorego, otworu wielkości dłoni, przez który możnaby było wkładać kilkanaście warstewek waty pomiędzy powierzchnię skóry a przyrząd, te zaś przymocowuje się kilku turami opaski krochmalnej. Taką wkładkę z waty odmieniać należy co parę miesięcy, zwiększając stopniowo ucisk w miarę potrzeby.

KOCHEK. Wyniki ostateczne wycięcia żołądka. Statystyka wyników pooperacyjnych w przypadkach raka stopniowo przedstawia się coraz pomyślniej, co zawdzięczać należy dwóm czynnikom: postępowi dyagnastyki lekarskiej, pozwalającej na wcześniejsze rozpoznawanie cierpienia i udoskonaleniu techniki operacyjnej. KOČEK wykonał w 99-u przypadkach wycięcie częściowe żołądka, z których 45 wciągu 6-u lat ostatnich. Z pomiędzy nich śmiertelność wynosi zaledwie 5%, 20 u pacjentów cieszy się zupełnie pomyślnym stanem zdrowia i, pomimo braku wolnego kwasu solnego w żołądku, jedzą oni i trawią dobrze. Jeden z operowanych żyje już 6 lat po operacji, jeden 7, jeden zaś 16 lat. Im wcześniej będą mogli chirurdzy operować, tem lepsze będą wyniki, tem trwalsze wyleczenie.

PAUCHET. Leczenie operacyjne ciężkich zapaleń kiszek grubej. W przypadkach, gdzie odpowiednie leczenie środkami medycyny wewnętrznej i higieny nie osiąga pomyślnego skutku i stan chorego grozi wycieńczeniem, wskazanym jest zabieg operacyjny, który wykonywamy w sposób następujący. Po zrobieniu laparotomii próbnej, jeżeli okażą się owrzodzenia w miejscu ograniczonym, wycinamy odpowiedni odcinek kiszek; je-

żeli zaś z jakiegokolwiek powodu resekcyja jest niemożliwa, wykonywamy albo odbyty sztuczny w kątnicy (*anus coecalis*), albo zespolenie jelita biodrowego z kiszka esowatą (*ileo — sigmoideostomia*) samo, lub z dodaniem jednostronnego wykluczenia kiszki grubej. Operacyja jest zupełnie nie ciężka i daje wyniki bardzo zachęcające; szczególnie wskazaną jest u chorych mniej zamężnych, którzy nie mogą pozostawać długo w łóżku i nie mają środków na długotrwałą i kosztowną kuracyę wodami mineralnemi.

DEPAGE. Wyniki ostateczne wycięcia raka odbytnicy. Na 30 przypadków raka części środkowej odbytnicy, śmiertelność wynosi 20%; z pomiędzy operowanych pomyślnie 30% jest wyleczonych doszczętnie od 2—11 lat po operacyi. W technice operacyjnej przeprowadza zasadę unikania krwawień i możliwą szybkość; operuje chorego w ułożeniu brzuszem, szwu kiszkowego nie zakłada i dzięki temu cały zabieg wykonywa z łatwością w ciągu 20 minut (? *Spraw.*).

DELBET. Uwagi nad zapaleniem wyrostka robaczkowego. D. pozostaje zawsze zwolennikiem wczesnej interwencyi w *appendicitis* pod warunkiem postępowania według następujących zasad: po przecięciu ściany brzusznej iść wprost do wyrostka, kierując się taśmami kiszki, i wyciąć go bezwzględnie; unikać wszelkich innych manipulacyi w brzuchu i nie odszukiwać ropni. W ostatnich czasach spostrzegł D. 6 przypadków ostrych; 5 z nich operował z wynikiem pomyślnym, w szóstym nie chciał operować, ponieważ wezwany w trzecim dniu choroby znalazł chorego w takim stanie, że operacyja nie przedstawiała już widoków powodzenia, i chory wkrótce zmarł. Postępowanie, stosowane przez niego, opiera się na danych patologicznych: *appendicitis*, jak każda flegmona, zawiera wewnątrz centrum zakażające — wyrostek i pas obwodowy zmian tkankowych obronnych, — zrosty, nacieczenia, ropa. Otworzyć tylko ognisko zapalne bez wycięcia wyrostka, to znaczy zniszczyć środki obrony, pozostawiając samo źródło zatruwające.

Roux. Leczenie doszczętnie przepukliny udowej z pomocą metody gwoździowej (*procédé du clou*). Metoda ta, podana przed ośmiu laty przez autora, polega na tem, że po podwiązaniu i obcięciu worka przepuklinowego, gwoździkiem tapicerskim ze stali niklowanej przybija się więzadło *POUPART'a* do grzebienia łonowego kości. Należy przytem odsunąć ostrożnie żyłę udową nazewnątrz i dokładnie wbić gwoździak w kość a nie w otaczające części miękkie. Tym sposobem operował Roux 36 przypadków bez zejścia śmiertelnego; wielu z nich cieszy się zupełnym wyleczeniem już dłużej, niż od lat 3-ch; tylko w 2 przypadkach nastąpił powrót cierpienia. Ani w jednym przypadku nie skarżyli się chorzy na jakiegokolwiek dolegliwości, zależne od wbicia gwoźdźcia.

FOURNIER. Cholecystenterostomia z powodu przetoki żółciowej. F. wykonał tę operacyę w kilku przypadkach uporczywie utrzymujących się przetok żółciowych z doskonałym wynikiem, łącząc pęcherzyk żółciowy z dwunastnicą.

MONPROFIT. Cholecystenterostomia w kształcie Y. Analogicznie do gastroenterostomii według tego sposobu wykonał M. zespolenie pęcherzyka żółciowego z jelitem czczem, wszywając dolny koniec przeciętego jelita w dno pęcherzyka, górny zaś łącząc nieco poniżej tego miejsca. Wynik zupełnie pomyślny pod każdym względem.

(*Revue de chirurgie, novembre 1904; la Semaine médicale 1904, N. 42, 43.*)

L. K.

Dr Med. Mikołaj Strawiński,

PREZES KOŁA LEKARZY POLSKICH w PETERSBURGU.

[Z powodu 35-letniego jubileuszu jego działalności społeczno-lekarskiej].

In unitate robur!

Do najwybitniejszych, najpopularniejszych, a zarazem najwięcej szanowanych przedstawicieli kolonii polskiej w Petersburgu należy bezwątpienia

MIKOŁAJ STRAWIŃSKI, którego jubileusz 35 - letnich zasług na polu społeczno - lekarskim obchodzono 1 Stycznia 1905 r. w sposób wyjątkowo uroczysty i serdeczny.



Lekarz - akuszer z powołania, czcigodny jubilat cieszy się jak największym uznaniem wśród grona swoich kolegów, jako wyróżniającego się specjalista. Z tej samej strony, zaraz na początku jego działalności praktycznej umieli go ocenić liczne pacjentki, wśród których cieszy się rzadką i, bez przesady wyrzec można, wyróżniającą się sympatią, a uboższe warstwy nadnewiarskiej stolicy bez różnicy stanu, wyznania i pochodzenia, od dawna już zaliczały go w poczet lekarzy-filantropów. Poza granicami jednak rozległej praktyki-lekarskiej dr STRAWIŃSKI znajduje czas i na działalność społeczną, zwłaszcza wśród swych braci-rodaków. Niemale zasługi położył on w zakresie szerokiej działalności tutejszego Katolickiego Towarzystwa Dobroczynności i na tem polu zyskał sobie wdzięczność ogólną.

Gdy przed czterema laty zawiązało się w Petersburgu Koło Lekarzy polskich, pod mianem „Pomoc lekarska“ i postawiło sobie za zadanie nie tylko być pomocniczym organem rzeczowego Towarzystwa w niesieniu pomocy ubogim rodakom, lecz zarazem wysunęło na pierwszy plan swej działalności pieczę o język rodzinny na drodze naukowej i utrwalenie łączni między petersburskimi i zamiejscowymi lekarzami - polakami, dr STRAWIŃSKI był jednym z pierwszych, którzy te dążenia poparli i jednomyślnie został obrany na prezesa tego związku. Rzeczoną godność piastuje już przez lat cztery i rok rocznie wybór jego ponawia się jednomyślnie. Działalność „Koła“ dr STRAWIŃSKI posunął tak daleko, że obecnie na porządku dziennym nie tylko już powstała, ale też i wstąpiła na tory ku urzeczywistnieniu myśli o zbudowaniu przy tutejszem Katolickiem Towarzystwie Dobroczynności oddzielnego szpitala. A cóż mówić o stronie naukowej i towarzysko - społecz-

nej i zawodowej tego „Koła“? Jest ono bezwarunkowo jedną z najpożyteczniejszych i najdonioślejszych, choć młodych, instytucyj wśród petersburskiego towarzystwa polskiego i utorowało już drogę do zawiązania innych pobratymczych związków tego rodzaju.

Dr MIKOŁAJ STRAWIŃSKI urodził się w d. 8 grudnia 1946 r. w majątku Tomki powiatu Rosieńskiego, gub. Kowieńskiej z ojca Jana, obywatela ziemskiego i matki Moniki, urodzonej STRAWIŃSKIEJ, rozpoczął zatem obecnie 59-y rok życia, czując się bardzo rześki na zdrowiu i siłach. Po ukończeniu gimnazjum w Kownie, zaliczony został w r. 1864 w poczet studentów Akademii Medycznej w Petersburgu, którą po pięciu latach [w 1869 r.] ukończył jako lekarz z odznaczeniem (*cum eximia laude*) i zaraz potem otrzymał powołanie na ordynatora do kliniki prof. ЕККА. Uczuwszy pociąg do akuszerji, już w następnym roku przeniósł się do kliniki prof. KRASSOWSKIEGO, także jako ordynator. Prof. KRASSOWSKI zwrócił szczególną uwagę na zdolności i pracę młodego i wiele obiecującego lekarza, którego kliniczna działalność odznaczoną wkrótce została w szczególny sposób przez Konferencyę Akademii, a mianowicie — przez wydelegowanie w 1873 r. na koszt skarbu naszego rodaka za granicę na dwa lata celem dalszego kształcenia się i wydoskonalenia w zakresie położnictwa i chorób kobiecych. Bawiąc za granicą, dr STRAWIŃSKI pracował przedewszystkiem w klinice głośnego podówczas na cały świat akuszerza, prof. BRAUN'a w Wiedniu, a wolne od klinicznych zajęć chwile spędzał w pracowni jednego z najznakomitszych fizjologów i histologów, prof. BRÜCKE'go, poświęcając się mikroskopii, a także metodyce fizjologicznej. W tejże pracowni prof. BRÜCKE'go i pod jego kierunkiem wykonaną została pierwsza praca jubilat „O budowie naczyn pępowiny u noworodków“ (*Ueber den Bau der Nabelgefäße bei Neugeborenen*), wydrukowana w „Pamiętnikach Wiedeńskiej Akademii Nauk“. Za pracę tę w następstwie po obronieniu jej w 1876 r. otrzymał od Petersburskiej Akademii Medycznej stopień Doktora Medycyny.

Odbywszy dalsze studia za granicą w klinikach położniczych i ginekologicznych Paryża, Pragi i Berlina, młody i już znakomicie wyspecjalizowany akuszer powrócił do Petersburga, gdzie w 1875 r. został zaliczony do składu lekarzy - specjalistów miejscowego Instytutu Położniczego [Rodowospomagatelnoe Zawedenje] i przechodząc różne szczeble, pracował z chlubą dla zakładu przez długie lata.

Podczas wyjątkowo groźnej epidemii cholery w 1872 r. dr STRAWIŃSKI, podówczas jeszcze jako bardzo młody lekarz, zwrócił na siebie ogólną uwagę swoim poświęceniem się, niosąc pomoc nieszczęsnym ofiarom tej zarazy w pow. Gdowskim gub. Petersburskiej, dokąd został wydelegowany przez Departament lekarski. Nie mniej odznaczył się i podczas wojny Rosyjsko-Tureckiej w r. 1877 i 1878 nad Dunajem, gdzie mu powierzono obowiązki głównego lekarza XIV szpitala wojennego.

Dr STRAWIŃSKI, mimo obszernej praktyki dniem i nocą, niekiedy bez wytchnienia, nie zaniedbywał i nauki. Ze specjalnych jego prac położniczych i ginekologicznych zwracają na siebie uwagę następujące publikacje: „Przypadek ciężkiego parodu bliźniąt, zrosłych w okolicy klatki piersiowej“, „Przypadek nowotworu u noworodka“ i „Podwójna ciąża zewnątrzmaciczna“.

Wymownym wyrazem znaczenia, jakim się cieszy szanowny jubilat wśród najbliższych swych kolegów zawodowych jest fakt, że od czasu powstania petersburskiego „Towarzystwa położniczego“ w 1886 r. aż do chwili obecnej jest stale obierany członkiem zarządu tej instytucyi, zaliczającej do swego składu najpierwsze powagi Rosyi.

Jako prezes „Koła lekarzy polskich w Petersburgu“ dr STRAWIŃSKI zyskał sobie jak największą wdzięczność i szacunek swoich najbliższych współtowarzyszów pracy. To też „Koło“ w uznaniu nieposzlakowanej jego i ponad

zwykły poziom wychodzącej 35-letniej działalności lekarsko-społecznej i obywatelskiej, jednomyślnie postanowiło uczcić zasługi zacnego i czcigodnego jubilata w sposób odpowiadający tym przewodnim myślom, które powołały do życia ten pierwszy nad Nową przybytek wiedzy, poświęconej krzewieniu postępu nauk lekarskich w języku i dla niwy ojczystej. Dzień jubileuszu był najwyższym dowodem, że myśli te zrozumiano i głęboko odczuto, a zasługi jubilata uznano wszędzie, gdzie kwitnie tak mowa polska, jak i wiedza lekarska.

Petersburg, 2 stycznia 1905.

Prof. dr St. Szcz. Zaleski.

Obchód jubileuszowy dra Mikołaja Strawińskiego.

Uczeniu zasług czcigodnego Jubilata poświęcone zostało osobne uroczyste posiedzenie publiczne „Koła lekarzy polskich w Petersburgu”, które się odbyło w wielkiej, po brzegi wypełnionej sali bibliotecznej przy kościele Ś-ej Katarzyny w niedzielę d. 1-go stycznia 1905 r. o godz. 8-ej wieczorem. Na posiedzeniu tem dr STRAWIŃSKI zajął miejsce honorowe, a obowiązki prezesa pełnił wice-prezes „Koła”, prof. dr STANISŁAW ZALESKI, który zajął posiedzenie rozwinięciem historii powstania „Koła” i mową powitalną na cześć Jubilata, poczem miejsce na katedrze zajął znany okulista dr med. K. NOISZEWSKI, umyślnie w tym celu przybyły z Dźwińska, i wygłosił mowę na temat ogólny p. t. „Wstęp do nauki o czuciu”. Następnymi mówcami byli drowie U. WIERCIŃSKI i E. BACEWICZ. Pierwszy z nich przedstawił zwięzły i treściwy zarys działalności naukowej Jubilata, a drugi gorące swe, serdeczne i natchnione przemówienie poświęcił drowi STRAWIŃSKIEMU, jako człowiekowi i obywatelowi, któremu sądzonem było wystąpić na widownię w ciężkich chwilach po 1863—1864 r. i który zawsze i wszędzie w ciągu 35-u lat swoje „ja” nosił z godnością i uchronił je od najmniejszej skazy wśród różnych szkopułów życiowych. Wszystkie te przemówienia przyjęte zostały gorącymi oklaskami i ogólnymi wyrazami uznania.

Po mowach tych przystąpiono do przyjęcia deputacyi i składania powinszowań.

W imieniu „Koła lekarzy polskich w Petersburgu” powitała Jubilata deputacya, złożona z prof. dra J. ZIEMACKIEGO, dra ST. WOLAŃSKIEGO i dra W. RUDZKIEGO, z prof. drem ST. ZALESKIM na czele, który odezwał ozdobnie na pergaminie wydrukowany i w symboliczne godła zaopatrzonej adres następującej treści:

Czcigodny Jubilate!

Jesteś jednym z tych nielicznych, a szczęśliwych losu wybrańców, na którego całokształt zasług tak obywatelskich i społecznych, jak korporacyjnych i osobistych złożyły się w równej mierze zalety serca Twego, jak i umysłu. To też, patrząc poza siebie, na 35-ciolecie mroźszej swej, uczciwej, a w błogie skutki dla innych tak obfitej pracy, możesz z dumą wyrzec: „Nie straciłem ani jednej chwili czasu na marne, byłem i jestem godnym synem swego narodu, pracowałem i pracuję dla pomnożenia jego duchowego i majątkowego dorobku, żyłem i żyję dla dobra ludzkości”.

Lecz w szeregu licznych zalet Twoich zaznaczyć przedewszystkiem należy i wrodzoną skromność, graniczącą z nieprzepartem dążeniem do otwierania widnokręgów dla innych, przy zacięciu samego siebie. Otóż owa właściwa skromność nie pozwoli Ci nigdy na dokonanie takiego najrzetelniejszego z rzetelnych rachunków sumienia, choćby przed sobą samym. A więc na nas, najbliższych Twoich współtowarzyszach pracy, świadkach Twoich dążeń, współuczestnikach Twej działalności, wielbicielach Twych czynów, leży tem większy moralny obowiązek uchylić rąbek zasłony, pod którą gorliwie ukrywasz wybitną swą postać i wskazać na Ciebie licznym zastępom przyszłych polskich pokoleń lekarskich, jako na jednego z tych, którzy, będąc przodownikami, dziś już należą nie do samych siebie, a do tego społeczeństwa i tej ziemi, co ich wydały.

Gdy przed czterema laty tutejsi nasi rodacy-lekarze uczuwać poczuli nieodzowną potrzebę urzeczywistnienia jeszcze dawniej wśród młodszej ich generacji kiełkującej myśli o zespoleniu się i zlaniu w jeden wspólny związek, chroniący tutejsze rodzime sfery lekarskie, rzucone zdala od kraju, od wszelkich naleciałości z zewnątrz i pobudzający je tak do krzewienia postępu naukowego na niwie ojczyźnej, jak i do duchowego narodowego społecznienia, a zarazem mający na celu iść ręką w rękę z tutejszym Towarzystwem Dobroczynności przy kościele Św. Katarzyny w rozszerzaniu jego działalności humanitarnej i zabezpieczeniu dla uboższej ludności katolickiej pomocy lekarskiej, — wtedy oczy nas wszystkich jednomyślnie zwróciły się ku Tobie, jako ku Temu, któremu pragnęliśmy z całym zaufaniem powierzyć kierownictwo tym młodym, wiele obiecującym, pierwszym w swoim rodzaju i wśród bardzo wielkich przeszkód powstałym związkiem. Nie uląkłeś się, zacył Jubilacie, trudności i odpowiedzialności tego zadania, wzięłeś je na swoje barki, wykazując i cywilną odwagę, i rozum społeczny, i przezorność polityczną, i takt towarzyski. Czteroletnia działalność Twoja w tym kierunku dała nam możność wzmocnić się, zorganizować swą działalność w więcej szerokim zakresie i, co najważniejsza, na stałych i mocnych podstawach utwalić swój byt i istnienie. To też tego, w czyn wprowadzonego poczucia obowiązków moralno-społecznych nie zapomni Ci nigdy nasze Koło lekarskie. Nie zapomną Ci także i wszyscy lekarze polscy, bo złożyłeś tem dowód, że masz też i ogólne ich dobro społeczne na widoku.

To, co robisz i robisz niekiedy z zaparciem się samego siebie, jako lekarz, dla ubogiej, a cierpiącej ludności, żywym pozostanie na zawsze w kronice tutejszej stolicy. Wielbią Cię też powszechnie liczne zastępy pacjentów Twoich bez różnicy warstw, wyznań lub stanu i niewątpliwie łączą się choć myślą wraz z nami w ogólnych, a gorących słowach uznania dla Ciebie, jako dla swego dobroczyńcy, pragnąc Cię widzieć w dzień Twojego trzydziestopięcioletnia niespożytej pracy takim, jakim spotykasz pamiętny dla nas wszystkich dzień dzisiejszy.

Z wdzięcznością przepelnionem sercem składamy Ci wszyscy jak najserdeczniejsze, staropolskie „B ó g z a p ł a ć“! Nie mniej serdeczne niesiemy Ci życzenia, abyś długie jeszcze lata z tym samym trzeźwym umysłem, rzeźki na zdrowiu i siłach, wzbogacony ciągle rosnącym doświadczeniem życiowym i naukowym, przejęty wreszcie tym potężnym, a niepochwytym duchem, co nas zawsze i wszędzie, bezwiednie i świadomie zagrzewa i do czynu pobudza, przodował nam nadal i był chlubą, a ozdobą naszego Koła.

Dnia 1 stycznia 1905 r.

Koło lekarzy polskich w Petersburgu.

[79 podpisów].

Niezależnie od adresu przez ogół członków „Koła“ ośiarowaną została jubilatowi pamiątkowa grupa fotograficzna.

Następnie w imieniu Rzymsko-Katolickiego Towarzystwa Dobroczynności przez Zarząd tegoż Towarzystwa, inżynier ST. JASTRZĘBSKI wraz z innymi, złożył przy odpowiednim przemówieniu serdeczne życzenia jubilatowi i doręczył pamiątkowy żeton, symbolizujący jego działalność humanitarną.

Niemniej serdecznie wyraziła swe uczucia drowi STRAWIŃSKIEMU deputacya „Koła polskich adwokatów w Petersburgu“, w których imieniu przemawiał prezes tego „Koła“, adv. przys. FR. OSIECKI, zaznaczywszy konieczność łączni i spójni między związkami tego rodzaju. Głęboko obmyślana, obfitująca w krasomówcze zwroty i porównania mowa p. OSIECKIEGO zwróciła na siebie powszechną uwagę. Zaznaczyć należy, że „Koło adwokatów polskich“ uformo-

włało się niedawno, idąc za przykładem pierwszego ze związków tego rodzaju, „Koła lekarzy polskich“.

Wystąpiła także z życzeniami i tutejsza „Lutnia“, mając na czele generała AL. BABIEŃSKIEGO, który przemawiał także i w imieniu parafian kościoła Ś.-ej Katarzyny, dla których dr STRAWIŃSKI robił i robi tyle dobrego.

Uwienieniem szeregu tych deputacyi była deputacya kobiet - polek, wielbicielek, a w znacznej części i pacjentek zasłużonego jubilata, w których imieniu przemówiła w nader sympatyczny i ujmujący sposób pani rejentowa NITOSŁAWSKA, złożony przytem cenne upominki

Po złożeniu życzeń i powińszowań przez niektóre pojedyncze osoby, a w tej liczbie przez nestora lekarzy polskich w Petersburgu, zasł. prof. i akademika, znanego psychiatrę, dra JANA MIERZEJEWSKIEGO, przewodniczący prof. dr ST. ZALESKI przystąpił do odczytania nader licznie nadeszłych telegramów i listów. Prawie wszystkie Towarzystwa lekarskie polskie i redakcyje wielu pism fachowych lekarskich swoją solidarność z tym uroczystym obchodem zaznaczyły i życzenia swoje szanownemu jubilatowi przesyłały. Telegramy te wywarły niezwykle wrażenie na obecnych i przyjęte zostały rzesistymi oklaskami i ogólnymi, jednomyślnymi wyrazami uznania. Z telegramów tych i listów wymienić należy następujące. Od Towarzystw lekarskich: Warszawskiego, Krakowskiego, Lwowskiego, Lubelskiego, Radomskiego, Płockiego, Częstochowskiego, Kieleckiego; od Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego; od Polskiego Towarzystwa Balneologicznego; od Towarzystwa Dermatologicznego w Krakowie; od Lwowskiego Towarzystwa Ginekologicznego; od Cesarskiego Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego z oznajmieniem o wyborze na członka; od Wileńskiej miejskiej Komisji sanitarnej; od „Gazety Lekarskiej“; od „Medycyny“; od „Polskiego Archiwum Nauk biologicznych i lekarskich“; od „Ginekologii“; od „Postępu Okulistycznego“.

Niezależnie od powyższych nadeszło z górą 100 telegramów i kilkanaście listów z różnych miejscowości państwa Rosyjskiego i zagranicę od rodaków-lekarzy i od przyjaciół i wielbicieli jubilata.

W odpowiedzi na te liczne i gorące wyrazy powszechnego uznania zasłużony jubilat drżącym ze wzruszenia głosem wypowiedział piękną mowę, w której zaznaczył dalsze cele i zadania „Koła“, przypisując temu sympatycznemu i doniosłemu znaczenia związkowi polskich lekarzy, a nie swoim zasługom, tak szczęśliwy i wyjątkowy dzień życia.

Zamykając posiedzenie, przewodniczący, prof. dr ST. ZALESKI zaznaczył ważność tej uroczystości w kronice rozwoju „Koła“ i zwrócił dziękczynne słowa do wszystkich instytucyi, związków i poszczególnych osób, które tak życzliwy i gorący przyjęły udział w uświetnieniu dnia, poświęconego uczczeniu jubileuszowych zasług prezesa „Koła“, dra STRAWIŃSKIEGO.

Dalszy obchód uroczystości zakończony został ucztą jubileuszową z udziałem pań w restauracyi DONONA. Nie brakło i tam także przemówień, tryskających nie tylko swadą oratorską, lecz i dowcipem. Szereg toastów rozpoczął prof. dr ST. ZALESKI dłuższem okolicznościowem przemówieniem, charakteryzującym jubilata i sferę jego działalności. Potem, jak z rogu obfitości posypały się mowy drów NOISZEWSKIEGO, MARCINKIEWICZA, prof. dra SZAWŁOWSKIEGO, dra AL. OSSEŃDOWSKIEGO, pp. KUTYŁOWSKIEGO, PILZA i w. in. Przemawiał także niejednokrotnie i sam jubilat.

Dr S. Huro.

Довод. Цензурою, Варшава, 7 января 1905. Друк К. Ковалевского, Варшава. Mazowiecka 8

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.