

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. ADAM WIZEL. Uwag kilka o istocie niemocy płciowej pochodzenia nerwowego. Str. 73. II. Z. SZAWIŃSKI. O zastosowaniu szwu naczyń krwionośnych. (Dok.). Str. 77. *Streszczenie zbiorowe.* KAZIMIERZ OCZESALSKI. Źródła i ujścia popędu płciowego—podług FREUD'a. Str. 84. *Dział sprawozdawczy.* 9. A. PIROVANO. Nowy sposób szycia tętnic i żył (sposób platowy). Str. 88.—10. A. HADDE. Najnowsze postępy na polu chirurgii naczyń. Str. 88—11. S. P. GOODHART. Żebrośzyjne i jego stosunek do chorób nerwowych. Str. 89.—12. GOLDSCHIEDER. „Omarthritis“ z nerwobolem splotu ramieniowego (*brachialgia*) i ich leczenie. Str. 90. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie dnia 20-go listopada 1909 r. Str. 91. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Uwag kilka o istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego.

Napisał

Adam Wizel,

starszy ordynator szpitala na Czystem w Warszawie.

W pracy niniejszej mam zamiar poruszyć sprawę istoty oraz leczenia niemocy płciowej pochodzenia nerwowego, a do podjęcia kwestyi tej skłoniła mię okoliczność, iż, nie bacząc na klasyczne monografie wybitnych klinicystów, neurastenii płciowej poświęcone, w nauce o impotencyi t. zw. nerwowej znajdujemy jeszcze znaczne niedokładności, domagające się pewnej korektywy. Niedokładności te, dotyczące patogenezy, a tem samem i istoty cierpienia, wpływają ujemnie na samą sprawę terapii, i dlatego—to wniesienie poprawek do nauki o patogenezie i istocie cierpienia równa się udoskonaleniu terapii odnośnej choroby.

Wszyscy autorowie, którzy o neurastenii płciowej pisali, a mianowicie: HAMMOND, EULENBURG, GUIRKOVESCHKY, FINGER, FÜRBRINGER, LOEWENFELD i in. dzielą niemoc płciową pochodzenia nerwowego na dwie postaci kliniczne: na neurasteniczną lub nerwową w ścisłym znaczeniu tego słowa i na czysto psychiczną.

Co się tycze impotencyi neurastenicznej, to poglądy autorów na tę sprawę są mniej więcej zgodne. Impotencya nerwowa według powszechnie przy-

jętego mniemania, stanowi przejaw kliniczny t. zw. „słabości pobudliwej (*reizbare Schwäche*) ośrodków płciowych rdzenia. Słabość zaś ta w większości przypadków jest następstwem nienormalnych podrażnień rdzenia wskutek podniet, idących od obwodu. Do tego rodzaju podniet należą: samogwałt, nadużycie płciowe, *coitus interruptus* i rzeźączka przewlekła. Mechanizm fizyologiczny oddziaływania wzmiankowanych podniet obwodowych na ośrodki płciowe rdzenia FINGER przedstawia w sposób następujący: wszystkie wymienione podniety wywołują przekrwienie lub katar błony śluzowej *partis prostaticae* cewki i *capitis gallinaginis*, a ponieważ *caput gallinaginis* jest siedliskiem zakończeń nerwów obwodowych, idących od *caput* do ośrodka erekcyjnego rdzenia, więc zakończenia te, w razie przekrwienia lub zapalenia części krokowej cewki, doznają nieustannych podrażnień, zaś podrażnienia te przenoszą się dośrodkowo na rdzeń. Stąd w rdzeniu rozwija się stopniowo z początku pobudliwość wzmożona, a w następnym okresie i osłabienie ośrodka erekcyjnego.

Tak pojmowana niemoc płciowa nerwowa jest nerwicą lędźwiowej części rdzenia (*Lendenmarkneurose*), jest jednym z poszczególnych przejawów neurastenii rdzeniowej (*neurasthenia spinalis*).

O ile pogląd powyższy na impotencję nerwową cieszy się powszechnem uznaniem, o tyle pojmowanie patogenezy i istoty impotencji psychicznej jest u różnych autorów rozmaite.

GUIRKOVESCHKY zapatruje się na impotencję psychiczną, jako na pewną odmianę kliniczną neurastenii płciowej. FINGER, przeciwnie, jest zdania, iż impotencja psychiczna jest pochodzenia czysto psychicznego i że wcale nie trzeba być neurastenikiem, aby mieć impotencję psychiczną. EULENBURG również utrzymuje, że impotencja psychiczna powstaje na drodze psychicznej, że jest ona następstwem pewnych bezpodstawnych obaw i chorobliwych auto-suggestyi, że przy impotencji psychicznej wychodzą z ośrodkowych narządów psychicznych zahamowania psychoseksualne, które działają paraliżująco na ośrodki płciowe w rdzeniu. Impotencję psychiczną nazywa EULENBURG postacią mózgową w odróżnieniu od impotencji neurastenicznej, którą nazywa rdzeniowo-obwodową albo tylko rdzeniową.

Wreszcie FÜRBRINGER zajmuje stanowisko niejako pośrednie. Dla niego impotencja psychiczna bywa niekiedy niczem więcej, jak tylko monosymptomatyczną postacią neurastenii [w tych razach, gdzie poza niemocą płciową, żadnych innych objawów neurastenii niema], z drugiej jednak strony utrzymuje on, iż zdarzają się niekiedy przypadki, w których „istnienie czystej niemocy psychicznej nie da się zaprzeczyć“.

Jak widzimy, w poglądach na impotencję psychiczną panuje duża rozbieżność, a rozbieżność ta zależną jest, mojem zdaniem, od tego, iż nie wszyscy autorowie zdają sobie dokładnie sprawę z tego, co przez impotencję psychiczną rozumieć należy.

Impotencja psychiczna jest to zjawisko czysto psychogenne, jest to tego rodzaju zaburzenie czynności, którego przyczyna tkwi nie w chorobliwym stanie ośrodków płciowych rdzenia, lecz jedynie w sferze psychicznej chorego.

Wiadomo, iż zarówno ośrodek erekcyi, jak i ośrodek ejakulacyi znajdują się pod wpływem podnieć psychicznych, idących z mózgu. Otóż, jeżeli podnieć te w ten sposób podziałają na ośrodki płciowe rdzenia, iż, nie bacząc na stan ich normalny, akt spółkowania zostanie uniemożliwiony, wtedy mówić należy o impotencyi psychicznej.

Tego rodzaju uniemożliwienie aktu spółkowania może mieć miejsce w najrozmaitszych przypadkach i być zależne od najrozmaitszych przyczyn psychicznych, może się zdarzyć zarówno u neurasteników, jak i u osobników, pod względem nerwowym zupełnie zdrowych. A zatem, mając przed sobą przypadek impotencyi nerwowej, winniśmy przedewszystkiem zastanowić się, jaka jest w danym przypadku patogeneza impotencyi. Jeżeli przyjdziemy do przekonania, iż patogeneza jest psychiczna, to, chociażby dany przypadek dotyczył neurastenika, winniśmy go uznać za przypadek impotencyi psychicznej i naodwrot, o ileby się okazało, że patogeneza nie jest psychiczna, to chociażby dany osobnik żadnych innych objawów neurastenii nie okazywał, impotencję jego uznamy za neurasteniczną. Nie ma więc racyi GUIRKOVESCHKY, twierdząc, iż impotencya psychiczna jest zawsze tylko pewną odmianą kliniczną neurastenii, myli się również FÜRBRINGER, mówiąc, iż impotencya psychiczna bywa niekiedy monosymptomatyczną postacią neurastenii. Impotencya psychiczna jest zawsze jedynie impotencyą psychiczną, bez względu na to, czy towarzyszy jej neurastenia, czy też nie.

Po tych ogólnych uwagach, możemy już przejść do szczegółowszej analizy zбочeń, zwanych impotencyą nerwową lub neurasteniczną i impotencyą psychiczną.

Zazwyczaj autorowie, piszący o niemocy psychicznej, mówią o niej, jako o cierpieniu jednolitem. Tymczasem głębszy rozbiór odnośnego zбочenia wykazuje, mojem zdaniem, iż jest ono różnolite, a różnolitość ta zależy od różnorodności czynników patogenetycznych, warunkujących to zбочenie. Zastanawiając się bliżej nad patogenezą różnych przypadków niemocy psychicznej, przyszedłem do przekonania, iż niemoc ta powstaje w trojaki sposób: przedewszystkiem impotencya psychiczna powstaje niekiedy zupełnie przypadkowo wskutek pewnego chwilowego, przemijającego afektu. Mężczyznę, dotąd pod względem płciowym sprawnego, ogarnia nagle *ante coitum* strach przed defloracją, zapłodnieniem, zarażeniem lub zarażeniem się, i odruch erekcyi zostaje natychmiastowo zahamowany. Jest to najnaturalniejsze zahamowanie odruchu pod wpływem zupełnie naturalnego afektu. Takie przypadki zdarzają się u ludzi, pod względem nerwowym absolutnie zdrowych, i na miano niemocy, zupełnie nawet nie zasługują. Osobnik z podobną niemocą w innych okolicznościach, bez doraźnego hamującego afektu, spółkowałby zupełnie prawidłowo.

Od tych przypadków niemocy, że tak powiem fizyologicznej, odróżniam przypadki niemocy prawdziwej, patologicznej. Do tej grupy niemocy należy zaliczyć, mojem zdaniem, dwie oddzielne postaci: 1) postać, zależną

od pewnego chorobliwego afektu i 2) postać zależną od pewnej chorobliwej idei.

Co się tyczy impotencji, zależnej od afektu, to i tutaj afektem hamującym jest obawa, ale nie obawa zapłodnienia, zarażenia się i t. d., lecz obawa niemożności wykonania aktu spółkowania, przyczem, o ile tam afekt był normalny, psychologicznie umotywowany, był zewnątrzpochodny (*exogen*), o tyle tu jest on samorodny, pierwotny, niczem niemotywowany, wewnątrzpochodny (*endogen*). Tego rodzaju afekt strachu jest, co do swej istoty zupełnie identyczny z najróżnorodniejszymi innymi patologicznymi obawami, jak agorafobia, klaustrofobia, topofobia, aichmofobia i t. p.

Podobne przypadki niemocy pozwoliłbym sobie nazwać *coitophobia*¹⁾. Jak chorego z agorafobią wobec otwartej przestrzeni ogarnia nagle chorobliwy lęk, iż przestrzeni tej nie będzie w stanie przebyć i istotnie przebyć nie jest w stanie, tak samo i impotent z koitofobią ogarnia nagle *ante coitum* patologiczny strach, że spółkowania nie będzie mógł wykonać i rzeczywiście nie jest go w stanie wykonać. Fobią, najbardziej zbliżoną do koitofobii, jest według BECHTEREWA, zaburzenie, polegające na niemożności urynowania w obecności drugiej osoby, i tutaj przyczyną zahałowania odruchu urynowania jest chorobliwy afekt obawy i zażenowania [zaburzenie to nazwane zostało przez GUYON'a „*timidité urinaire*“, a przez PAGET'a „*béguiment urinaire*“).

Oczywiście koitofobia jest rzeczywistą chorobą, stanowi poważne zaburzenie psychiczne. Należy ona do wielkiej grupy „stanów natrętnych“ (*Zwangszustände, obsessions*), stanowiącej jeden z licznych przejawów zwyrodnienia psychicznego.

Co się tyczy niemocy natury ideogennej, to tutaj mam na myśli te przypadki niemocy, które powstają na drodze autosugestyj.

Mówiliśmy wyżej, iż niemoc psychiczna zdarzyć się może przelotnie u osobnika zupełnie zdrowego pod wpływem chwilowego, deprymującego afektu. Osobnik taki przy innych, sprzyjających okolicznościach, wyłączających powstanie niepożądanego afektu, zazwyczaj odzyskuje dawną swoją sprawność płciową. Niekiedy jednak wstrząs psychiczny, spowodowany fiaskiem, nie mija bez śladu, lecz pozostawia w umyśle danego osobnika ideę rzeczywistej niendolności, i idea ta, jako silna *autosugestyja*, wywołuje w następstwie faktyczną niemoc płciową.

Podobnie zjawisko widzimy nader często i u chorych z impotencją nerwową. Każda próba nieudana u neurastenika, którego ośrodki płciowe znajdują się w stanie wzmożonej pobudliwości i wyczerpania, działa na jego psychikę wstrząsająco i budzi w nim przekonanie o ciężkiej niemocy. To deprymujące wyobrażenie niemocy bywa niekiedy tak silne, że nawet później, gdy

¹⁾ Nazwa ta wydaje mi się właściwszą, niż proponowana niedawno przez BECHTEREWA „obawa impotencji“. (BECHTEREW. Die Angst vor geschlechtlicher Schwäche. Centr. f. Nerv.-u. psych. 1909).

dzięki odpowiedniemu leczeniu, sprawność ośrodków płciowych znacznie się poprawia, i gdy z tej strony nie zachodzi już żadna lub prawie żadna przeszkoda, chory częstokroć w dalszym ciągu nie jest w stanie dokonać aktu spółkowania. A zatem u neurastenika impotencya, w istocie swej czysto nerwowa, zabarwia się nader często prędzej czy później elementem psychicznym, i tym sposobem zamiast postaci neurastenicznej znajdujemy u niego postać mieszaną: neurasteniczno-psychiczną.

Ten plus psychiczny, dołączający się do zaburzenia nerwowego, bywá oczywiście w każdym pojedynczym przypadku rozmaity, w zależności od tych lub innych właściwości indywidualnych charakteru lub większej albo mniejszej suggestywności chorego. W jednych przypadkach jest on nieznaczny, w innych dochodzi do kolosalnych rozmiarów, niekiedy słabo wyrażona nerwica łączy się z tak potężnym wpływem hamującym ze strony psychiki, iż dają one w sumie efekt ciężkiej i uporczywej choroby. To wikłanie się zaburzenia nerwicowego z pierwiastkiem psychicznym powoduje, iż w bardzo wielu przypadkach niemoc płciowa stanowi wypadkową dwu działających sił, rozmaicie względem siebie ustosunkowanych.

Że w niektórych przypadkach wikłają się oba czynniki: neurasteniczny i psychiczny, zauważył to już FÜRBRINGER; to też autor ten, prócz postaci nerwowej i psychicznej przyjmuje trzecią jeszcze postać: psychoneurasteniczną. Tylko że FÜRBRINGER dopatruje się mieszanej patogenezy w bardzo nielicznych przypadkach, gdy tymczasem, mojem zdaniem, zdarza się ona niezmiernie często, i być może, w pewnym stopniu występuje prawie we wszystkich przypadkach t. zw. impotencji nerwowej.

Po tych uwagach, dotyczących istoty i patogenezy impotencji nerwowej i psychicznej, pozwolimy sobie w paru słowach omówić sprawę symptomatologii obu tych cierpień.

[D. c. n.].

II. O zastosowaniu szwu naczyń krwionośnych.

Podał

Z. Sławiński.

Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 3).

Wszystkie doświadczenia powyższe nie mają jednak siły przekonywającej z tego względu, że nie zostały dopełnione dokładnem badaniem pośmiertnem, a przynajmniej wyniki tego badania nie zostały ujawnione. Dopiero niedawna praca FROUIN'a zawiera pewne w tym względzie wskazówki. FROUIN sądzi, że zespolenie tętniczo-żylné wywołuje rozwój krążenia obo-

cznego w danej okolicy i że z chwilą, kiedy owo krążenie oboczne się utrwali, następuje zarośnięcie (*obliteratio*) samego zespolenia. Zespałał on psu odcinek dośrodkowy przeciętej tętnicy szyjnej z odcinkiem obwodowym żyły szyjnej i *vice versa* na jednej stronie szyi, czyli zmieniła całkowicie drogę dopływu krwi do głowy; po tygodniu wykonał ten sam zabieg na drugiej stronie szyi, podwiązując nadto zarazem obie tętnice kręgowie. Po miesiącu stwierdzono na obnażonej żyłe przepływanie krwi tętniczej oraz zdjęto krzywą tętna na tętnicy i żyłe jednocześnie: krzywe otrzymano zupełnie podobne. Jakkolwiek jest rzeczą w ten sposób dowiedzioną, mówi FROUIN, że krew tętnicza może krążyć po żyłe w kierunku do obwodu w przeciągu miesiąca, zarazem jednak jest rzeczą pewną według FROUIN'a, że trwać to może tylko przez czas pewien, zapewne do chwili wytworzenia się krążenia obocznego. Jeżeli zwierzętom zwykłym podwiązać obie tętnice szyjne i kręgowie jednocześnie, giną one od razu, natomiast zwierzęta z powyższym zespoleniem znoszą zabieg taki bez zaburzeń. Zdaniem FROUIN'a, jest tylko jedno wytłómaczenie tego faktu— a tem jest istnienie krążenia obocznego, zastępczego. Powtórzyć raz jeszcze winienem, że przytoczona praca ogłoszona została dopiero w tym roku i że nie zawiera ona jeszcze dowodowego stwierdzenia podanych wniosków.

W każdym razie, rzeczą jest nielatwo zrozumiałą, w jaki sposób odbywa się owo odwrócone krążenie. Nasuwa mi się wyjaśnienie, że napór krwi tętniczej rozszerza żyłę, przemaga opór zastawek żylnych i na razie powstaje dzięki temu krążenie w kierunku obwodowym. Niewątpliwie jednak zachodzi to zrazu na znaczniejszej przestrzeni wskutek siły rzutu, stopniowo zaś ogranicza się do przestrzeni krótszej, mianowicie do poziomu pierwszych [w kierunku obwodowym] dopływów danej żyły. Przez te drogi oboczne krew wracać będzie w kierunku mniejszego oporu i drogą krótszą do innych żył, zamiast omijać dalej dopływy i celowo niejako dążyć aż do naczyń włoskowatych.

Wracając do oceny rozpatrywanego zabiegu operacyjnego, uznać wypada, że gdyby nawet oprzeć się na pomysłnych wnioskach dawniejszych doświadczeń i zestawieć je z ujemnym wynikiem klinicznym, nie wyniknęłaby z tego zachęta do ponownego stosowania zespolenia tętniczo-żylnego w celu praktycznym. Niemniej przeto mniemam, że dalsze próby w tym kierunku nie ustaną i że są one nawet poniekąd uprawnione, a to na mocy jednego tylko wprawdzie, lecz udatnego przypadku profesora WIETING'a, ogłoszonego w roku ubiegłym. Dotyczy on 40-letniego chorego, któremu przed rokiem amputowano udo wskutek zgorzeli palucha stopy prawej. Od 2-u miesięcy typowe bole w lewej stopie, zupełnie zimnej, o skórze błyszczącej, sinej, z wyraźną siecią żył; brak tętna na stopie i poza kolanem. Zdaniem WIETING'a nie mogło być wątpliwości, że na stopie powstaje zgorzel. W tem przeświadczeniu wykonał zespolenie naczyń udowych w miejscu zwykłym i w znieczuleniu łądźwiowem. Obwodowy odcinek tętnicy przewiązано, dośrodkowy zaś wprowadzono w żyłę udową po przez nacięcie w przedniej jej ścianie i umocowano go szwami do ściany żyły [WIETING nazywa użyty przez siebie sposób zespolenia *intubatio*]. Po operacji stopa różowa i ciepła, bole

zginęły. W 3 tygodnie po zabiegu chory zaczyna chodzić, nie doznaje wcale dolegliwości. Cała noga jest ciepła, normalnie zabarwiona, tętno w żyłach nie wyczuwalne. Chory wypisany został w 3 miesiące po operacji.

I co do tego przypadku, który możnaby wprawdzie określić jako zgorzel stopy bez zgorzeli, można mniemać, że poprawa zależała od innych czynników, że krążenie odwrotne jest rzeczą niezrozumiałą i do prawdy nie podobną, a jednak liczyć się trzeba z faktem klinicznym, nawet niewyjaśnionym. Żywiąc nawet dalej wątpliwości, należy wszelako uwzględnić i wskazania WIETING'a, osnute na tym przypadku. Po wyczerpaniu środków leczniczych, WIETING zaleca wykonanie zespolenia przed amputacją, lecz tylko w następujących warunkach: chory nie może być wyniszczony ani zbyt stary; zgorzel nieznaczna, a przedewszystkiem niezakażona; krążenie żyłne nie może być upośledzone, o czem ma świadczyć ustępowanie obrzęków przy uniesionej kończynie. Za najodpowiedniejsze uważa WIETING przypadki, w których nie wyczuwa się już tętna pod kolanem, istnieją bole i inne niewątpliwe objawy nadchodzącej zgorzeli, lecz zgorzeli samej jeszcze niema. Zakażona zgorzel nie nadaje się wcale do zabiegu; zalecony sposób operowania ma mieć wielką przewagę nad innymi dzięki łatwości i szybkości wykonania.

Na tem tymczasem ograniczam sprawę stosowania i oceny zespolień. Zwrócić jednak trzeba uwagę, że oprócz zgorzeli samej stosowano ten zabieg i w celu odtworzenia krążenia po uszkodzeniu urazowem naczyń. Pierwszy wykonawca zespolenia, SAN MARTIN y SATRUSSEGGNI, użył go u 76-letniego chorego ze zgorzelą 3-ch palców stopy, zależną, jak podano w streszczeniu, od „zastosowania aparatu zbyt ściśniętego“; oprócz wyluszczenia palców, zespolono naczynia udowe, poczem zgorzel ograniczyła się i chory wyzdrowiał.

W przypadku rozpoczynającej się zgorzeli kończyny po zatorze tętnicy pachowej, DOBERANER, w celu przywrócenia drożności tętnicy, naciął ją podłużnie, wy dobył czop długości 3-ch ctm. i zaszył nacięcie. Gdy mimo to wzmagały się objawy zgorzeli, po dwu dniach wykonał zespolenie t. pachowej z żyłą. W 8 dni po zabiegu wyczuwało się tętno na poziomie stawu garstkowego. Dalszy przebieg jest mi nieznany.

Przypadki powyższe również nie rozstrzygają zagadnienia o możliwości odwrócenia krążenia, przytoczyłem zaś je, gdyż stanowią one okresy przejściowe w rozwoju wskazań do zastosowań praktycznych szwu naczyniowego. Z chwilą, gdy praktyka dowiodła, że zeszyta tętnica zachowuje drożność, zaczęto stosować ten zabieg i u ludzi, np. w celu zachowania kończyn w razie uszkodzeń naczyń, zamiast amputacji. Przypadek RICARD'a [zranienie pachowe podczas operacji, zeszytanie doraźne] skontrolowany został po kilku miesiącach; badanie pośmiertne udowodniło zupełną drożność tętnicy. Znane są nadto przykłady pomyślnego zeszytania tętnicy udowej, szyjnej, nawet promieniowej [STICH podaje 23 przypadki pomyślne z literatury]; dalej uratowania kończyny przy jednoczesnem zranieniu tętnicy i żyły, a nawet przy podwójnej ranie tętnicy i żyły udowej [LUND, SHEEN, ŚWIĄTECKI]. Są to najcenniejsze i najpożyteczniejsze zdobycze praktyczne chirurgii naczyń krwionośnych; próbowano również z dobrym skutkiem zeszywać bezpośrednio odcinki tętnicy, pozostawiając żyłę.

stałe po wycięciu jej części, np. razem z guzem lub łądla usunięcia tętniaka. MURPHY twierdzi, że on pierwszy wogóle zeszył pomyślnie w r. 1896 tętnicę udową okrężnie na całym obwodzie po wycięciu półcałowej długości odcinka z naczyń. BRAUN zaszył skutecznie aortę wyciętą okrężnie na niewielkiej przestrzeni podczas wyluszczenia guza (*ganglioneuroma*). Dla usunięcia tętniaka urazowego dołu podkolanowego, LETER wyciął tętnicę i żyłę na przestrzeni 5-u ctm. i zeszył je z zachowaniem krążenia. W innym przypadku po próbach zastawienia zastarzałego zwichnienia u 69-letniego chorego powstał tętniak na tętnicy pachowej i uległ pęknięciu. Po wyluszczeniu tętniaka brzegi tętnicy nie dały się zbliżyć dostatecznie i dlatego LETER wszył wnie odcinek żyły podskórnej odpiszczelowej, długości 8 ctm., wyluszczonej z tegoż chorego. Śmierć 5-go dnia wskutek *delirium*. Badanie pośmiertne—wszyty odcinek pozostał drożny.

Próby wydobywania skrzepliny lub czopów z tętnic [a znamy ich obecnie około 10-u] spełzły na niczem [prócz niedokończonych obserwacji DOBERANERA] i wśród wskazań do szwu naczyniowego figurować zapewne nie będą. Powstanie skrzepliny warunkują zmiany w ścianie naczyniowej, które pozostaną i po zabiegu i nadal spowodować mogą tę samą sprawę. Zatory zdarzają się przeważnie w przebiegu ciężkich spraw zakaźnych, zwykle bywają liczne i również, zdaniem mojem, do zabiegu się nie nadają.

Pozostaje nam jeszcze zapoznać się z zastosowaniem szwu do leczenia zachowawczego tętniaków właściwych, oraz z pomysłem drenowania jamy otrzewnej z puchliny wodnej zapomocą zespolenia żylnego.

Przed kilku laty MATUS podał myśl leczenia tętniaków zapomocą szwu wewnątrz tętniakowego. Po otworzeniu worka tętniaka zamyka się szwem otwór doprowadzający oraz odprowadzający pnia tętniczego lub też zeszywa się podłużnie, również od wewnątrz, część worka najbliższą pnia, a to w celu odtworzenia kanału, światła tętnicy. Otrzymane wyniki [wyleczenie w $\frac{2}{3}$ przypadków] są zachęcające, lecz nie można uważać ich za trwałe i pewne. Podobna powściągliwość sądu staje się uprawnioną już ze względu na same zmiany, istniejące zarówno w ścianie tętnicy, jak jeszcze bardziej w tętniaku. Z tego też względu kończyły się niepowodzeniem takie próby, jak np. DELBETA, który zamierzał wszczepić na miejsce wyciętego tętniaka odcinek tętnicy od innego osobnika; wskutek zmian miażdżycowych szew był wogóle niewykonalny i wypadło skończyć na amputacji.

Jedno jeszcze zastosowanie szwu naczyń—drenowanie jamy otrzewnej z puchliny wodnej przez zespolenie z żyłą—należy również do zabiegów niedawnych i nie opartych na danych statystycznych. W r. 1907 RUOTTE, w przypadku marskości wątroby u 62-letniego chorego z puchliną brzucha i obrzękiem nóg, wszył w brzegi nacięcia otrzewnej ściennej dośrodkowy odcinek przeciętej żyły podskórnej odpiszczelowej. Przez ów dośrodkowy odcinek żyły, zespolony z otrzewną, odbywać się miał odpływ płynu puchlinowego wprost do żyły udowej. W rzeczy samej i obrzęk i opuchlina zginęły i nie wznowiły się w ciągu 5-u miesięcy [RUOTTE dodaje, że chory znajdował się w początkowym okresie cierpienia]. W opisie choroby, dostępnym mi tylko ze streszcze-

nia, brak wskazówek, dlaczego po 14-u miesiącach wykonano ten sam zabieg na drugiej nodze i dlaczego chory zmarł nagle na trzeci dzień po zabiegu. Badanie pośmiertne wykryło [oprócz *cirrhosis hepatis atrophica et myocarditis*], że otwór lejkaty po pierwszej operacyi prowadził do żyły udowej, czyli że zespolenie pozostało drożne.

W kwietniu r. b. wykonałem ten sam zabieg na 27-letniej chorej, od roku dotkniętej olbrzymią puchliną brzusznią, zależną, o ile sądzić można, od marskości wątroby. Naprzód wypuściłem trójgrańcem około 27-u litrów płynu zielonkawego, przezroczystego, poczem w narządach brzusznych zmian się nie wyczuwało. Nazajutrz w znieczuleniu miejscowem zespoliłem żyłę podskórną odpiszczelową prawą z otrzewną. Pomijając tutaj szczegóły techniczne, zaznaczyć jednak muszę, że otrzewna była wydatnie unaczyniona po stronie zewnętrznej i po jej nacięciu wylało się jeszcze kilka litrów płynu; wewnętrzna powierzchnia otrzewnej przekrwiona, miękka, jakby aksamitna. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po 2-u tygodniach, wobec coraz obfitszego zbierania się płynu w jamie otrzewnej, wykonałem ten sam zabieg po stronie lewej, znowu w znieczuleniu miejscowem; i tutaj gojenie odbyło się doraźnie. Podczas dalszej 4-tygodniowej obserwacyi płyn puchlinowy ciągle się ponaśniał. Stan ogólny pogorszył się, głównie w skutek osłabienia przy stanie podgorączkowym; przyłączyły się obrzęki nóg. Na podstawie wyglądu otrzewnej możnaby kwestyonować rozpoznanie marskości wątroby, a myśleć o gruźlicy otrzewnej. O dalszym przebiegu tego przypadku wiem tylko, że po kilku tygodniach chora zmarła podczas operacyi w Królewcu.

Pozwolę sobie zająć jeszcze przez chwilę uwagę Pp. Niedawno zjawiała się praca SOYESIMA'y, który zaraz w r. 1907 zastosował zabieg RUTTE'a u 38-letniego chorego z puchliną brzusznią i obrzękiem nóg. Opis tego przypadku podam pokrótce, jako wzór zaciekłości japońskiej i na polu operacyjnem. 31. VIII. 1906 r. w uśpieniu chloroformowem cięcie brzucha pośrodkowe i wszycie sieci w tkankę podskórną. 9. X. 1906. w takim samym uśpieniu zdjęcie otoczki (*decapsulatio*) z nerki lewej. 21. XI. 1906. ten sam zabieg na nerce prawej, również w uśpieniu. 17. XII. 1906 wprowadzenie rurki srebrnej z bocznymi i końcowym otworem do otrzewnej, jako drenu do tkanki podskórnej. Wszystkie przytoczone zabiegi pozostały bez skutku. 10. XII. 1907. w uśpieniu zabieg RUTTE'a po stronie lewej, w 9 dni potem po stronie prawej. W marcu 1908 obrzęki i puchlina zginęły. Dwie inne próby tegoż autora wypadły niepomyślnie; w jednym przypadku przy badaniu pośmiertnem stwierdzono drożność wszytej żyły na głębokość 12-u ctm. Na mocy osobistego spostrzeżenia zaznaczę, że przecięty odcinek żyły pozostaje zapadniętym i podczas i po wszyciu. Być może, że liczniejsze spostrzeżenia wyjaśnią wartość tego zabiegu i rozstrzygną, czy żyła zdolna jest przystosować się i do innej czynności, do przeprowadzania innego płynu, niż krew.

Ostatnimi czasy zastosowano z powodzeniem wszycie odcinka żyły odpiszczelowej podskórnej do załatwienia braku takich kanałów, jak np. cewki; natomiast próby użycia teje żyły jak drenu z komór mózgowych pozostały bezowocne [Mc CLURE i inni].

Chcąc sobie wreszcie utworzyć sąd o wartości i wynikach chirurgii naczyń krwionośnych w dobie obecnej, rozpatrzmy daną sprawę w 3-ch grupach: przeszczepianie narządów, szew naczyń schorzałych i zeszytie obrażeń naczyń zdrowych. Ścisłe biorąc, próby przeszczepiania narządów nie podlegają tutaj ocenie, gdyż sam szew naczyń stanowi tylko jeden z czynników, stanowiących o powodzeniu złożonego zabiegu. Nawiasem tylko dodam, że ENDERLEN trzykrotnie próbował wszczepić kretynom część gruczołu tarczowego, usuniętego innym chorym w tym celu, lub też z powodu wola; zespalano naczynia gruczołu z naczyniami ramiennymi, lecz wszczepiony gruczoł zawsze ulegał stopniowemu zanikowi. Po wyłączeniu tej grupy faktów, dorobek praktyczny chirurgii naczyń w pozostałych działach zależy, że tak powiem, od podłoża. W zastosowaniu do naczyń schorzałych [miażdżyca, zmiany w zakrzepie i zatorze, tętniaki] wyniki operacyjne są niepomysłne i sądzić można, że w przyszłości zabiegi bardziej złożone zapewne będą na nich zaniechane. W pozostałym natomiast dziale—chirurgii naczyń krwionośnych zdrowych, święcimy już tryumf istotny; wobec łatwości wykonania i pewności skutku, szew musi się stać postępowaniem podstawowym. To przeświadczenie zmieni utarty dziś pogląd praktyczny, że uszkodzone naczynie krwionośne trzeba zaraz zniszczyć ostatecznie pod względem czynnościowym, jakby odruchowo zgnieść je kleszczykami i przewiązać, gdy, przeciwnie, należałoby pamiętać zawsze o ratowaniu tętnic, zwłaszcza o zachowaniu ich czynności i drożności zapomocą zeszytania. Za użyciem szwu w razach nawet wątpliwych przemawia i ten wzgląd, że ewentualny zakrzep powstaje zwolna, stopniowo i przez to sprzyja rozwojowi krążenia obocznego bardziej, niż nagle podwiązanie naczynia. Trzeba jednak przytem mieć na względzie, że powodzenie tak prostego w istocie swej zabiegu, jak szew, zależy nie tyle od zręczności osobistej, ile od zastosowania odpowiedniej metody szycia, zwłaszcza zaś użycia odpowiedniego materiału, który niezawsze, niestety, jest pod ręką. Dlatego też wyjałowione i odpowiednio cienkie szwy naczyniowe zaliczone być winny do arsenału niezbędnych środków pierwszej pomocy chirurgicznej. Wtedy i w dziedzinie uszkodzeń urazowych kończyn utrwali się dążenie do ich utrzymania, ów konserwatyzm, który słusznie uważać powinniśmy za największą chlubę chirurgii współczesnej.

L I T E R A T U R A .

- 1) BORST i ENDERLEN. Ueber Transplantation von Gefäße und ganzen Organen. Dent. Zeit. f. Chir. t. 99.
- 2) CAPELLE. Ueber Dauerresultate nach Gefäss - und Organtransplantationen. Berl. kl. Woch. 1908, Nr. 45
- 3) CARREL i GUTHRIE. Transplantation biterminale complète d'un segment de veine sur une artère. Comptes rendus de la Société de biologie 1905, Nr. 32.

- 4) Ciž sami. Exstirpation et replantation de la glande thyroïde avec reversion de la circulation. Ibidem.
- 5) CARREL. Results of the transplation of blood vessels, organs and limbs. Jour. of Amer. med. Association 1908. List. 14.
- 6) Tenže. La transplantation des membres. Rev. de chir. 1908.
- 7) CLAIRMONT. Chirurgische Eindrücke aus Nordamerika. Wien. kl. Woch. 1908.
- 8) DELBET. Tentative de greffe artérielle. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1907.
- 9) DOBERANER. Fall von operierter Embolie des Art. axillaris. Prag. med. Woch. 1907 Ref. w Hildebrandts Jahrber. 1907.
- 10) ENDERLEN. Ein Beitrag zur idealen Operation des arteriellen Aneurysma. Dent. med. Woch. 1908.
- 11) FAYKISS. Die Arteriennaht. Beitr. z. kl. Chir. t. 58.
- 12) FROUIN. Sur le suture des vaisseaux. Presse méd. 1908.
- 13) Tenže. Resultats immediats et resultats éloignés des sutures artério-veineuses. Presse méd. 1909, 27 marca.
- 14) GALLOIS i PINATELLE. Un cas d'anastomose artério-veineuse longitudinale pour artérite oblitérante. Rev. de chir. 1903.
- 15) GUTHRIE. Some physiologie aspects of blood vessel surgery. Journ. Am. M. Assoc. 1908.
- 16) HANDLEY. An operation for embolus. Brit. med. Jour. 1907.
- 17) HUBBARD. Arteriovenous anastomosis. Ann. of Surg. 1906.
- 18) Tenže. Arteriovenous anastomosis for gangrene. Ann. of Surg. 1908.
- 19) LEVIN. Plastic surgery of blood vessels etc. Ann. of Surg. 1909.
- 20) LILIENTHAL. End-to end arteriovenous angeiorrhaphy. Ann. of Surg. 1907.
- 21) LOND. Angeiorrhaphy. Ann. of Surg. 1909.
- 22) LETER. Die ideale Operation des arteriellen Aneurysma etc. Arch. f. kl. Ch. t. 83.
- 23) Mc CLURE. Hydrocéphalie traitée par le drainage dans une veine du cou. Bull. of John Hophins Hospital t. XX. Ref. w Journal de chir. t. II, Nr. 6.
- 24) MOYNIHAN. An operation for embolus. Arit. med. Journ. 1907.
- 25) MURPHY. Removal of an embolus etc. Journ. An. Med. Assoc. 1909.
- 26) MONOD i VANVERTS. Chirurgie des artères. Sem. méd. 1909.
- 27) PAYR. Zur Frage der circulären Vereinigung von Blutgefässe etc. Arch. f. kl. Chir. t. 72.
- 28) POZZI. Nouvelles expériences des sutures des vaisseaux etc. Presse med. 1909.
- 29) PROUST. Les resultats actuels des sutures artérielles chez l'homme. Jour. de Chir. 1908.
- 30) RUOTTE. Abouchement de la veine saphène au peritoine etc. Lyon méd. 1907. Ref. w Hildebrandt's Jahresber. 1907.
- 31) SENCERT. Anévrisme de l'artère fémorale etc. Presse méd. 1909.
- 32) SMITH i ARCHIBALD. Suture of arteries. 1909.
- 33) SOYESIMA. Beitrag zur operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose. Deut. Zeit. f. Chir. t. 98.
- 34) STEWART. Aiteriotomy for thrombosis and embolism. Ann. of Surg. 1907.
- 35) STICH, MAKKUS, DOWMAN. Beiträge zur Gefässechirurgie etc. Beitr. z. kl. Ch. t. 53.
- 36) STICH, MAKKUS, CAPELE. Dauerresultate der circulären Arteriennaht etc. Beitr. z. kl. Ch. t. 62.
- 37) STICH. Exstirpation eines Aneurysma etc. D. Zeit. f. Ch. 1908.
- 38) ŚWIĄTECKI J. Przypadek szwu tętnicy udowej. Medycyna 1906.
- 39) TUFFIER. Pièces experimentales d'anastomoses vasculaires. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1907.
- 40) TORRANCE. Arteriovenous anastomosis. Ann. of Surg. 1907.

41) WATTS. The suture of blood vassels etc. Ann. of. Surg. 1907.

42) WIETING. Die angiosclerotische Gangrän und ihre operative Behandlung etc. D. med. Woch. 1908, Nr. 28.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

ŹRÓDŁA I UJŚCIA POPĘDU PŁCIOWEGO — PODŁUG FREUD'A.

Napisał

Kazimierz Oczesalski.

Znany badacz histeryi i innych psychonerwic, prof. Z. FREUD, którego teoria histeryi znalazła bezwzględnych wyznawców i niemniej bezwzględnych przeciwników, uzależnia, jak wiadomo, powstawanie psychonerwic od tych czy innych zaburzeń w dziedzinie naszego życia płciowego. Histerya, nerwica przymusowa, nerwica lękowa, neurastenia i in.—wszystkie te cierpienia są rodzajem kompromisu, jaki dusza ludzka wybiera wskutek niemożności rozwiązania konfliktu pomiędzy „ja“ płciowem i resztą psychiki. Znaczy to, że wymagania popędu płciowego bywają tak niezgodne ze światopoglądem danego osobnika, iż z konieczności ulegają wyparciu (*Verdraengung*) ze świadomości, wskutek czego nabierają charakteru afektów patogenicznych i wywołują rozmaite objawy chorobne [somatyczne i psychiczne].

Nie wchodząc bliżej w rozpatrzenie mechanizmu powstawania psychonerwic, postaramy się treściwie przedstawić zapatrywania FREUD'a na powstawanie popędu płciowego i jego zбочzeń, na których to poglądach uczony ten wnioski swe co do nerwic opiera. FREUD'a teoria płciowości (*Sexualtheorie*), zbudowana przeważnie zapomocą metody patopsychologicznej, nie wyczerpuje wprawdzie wszystkich zagadnień psychopłciowych, ani też istotny omawianych zjawisk nie wyjaśnia, w każdym jednak razie jest jedną z nielicznych prób wszechstronnego ujęcia problemu.

I. Dotychczas pospolicie mniemano, że popęd płciowy rozwija się u człowieka w okresie dojrzewania płciowego; wszelkie zaś zбочzenia przypisywano obciążeniu dziedzicznemu. FREUD pogląd ten zwalcza, utrzymując, że już dziecko posiada coś w rodzaju życia płciowego i że właśnie przeżycia w okresie dzieciństwa [od kołyski aż do dojrzałości płciowej] mają dla ukształtowania się przyszłego charakteru płciowego znaczenie o wiele ważniejsze, niż właściwości rodziców [obciążenie].

O płciowości dziecka wiemy dlatego tak mało, że każdy człowiek posiada pod tym względem mniej lub więcej zupełną amnezję. Zdarzenia o charakterze płciowym, przeżyte w dzieciństwie, znajdują się poza obrębem naszej świadomości i dopiero zapomocą psychoanalizy można je na jaw wydobyć, zupełnie tak samo, jak uwięźnione afekty (*eingeklemmte Affekte*), wywołujące objawy histeryczne.

Według FREUD'a, istnieje wiele źródeł, skąd płciowość dziecka bierze swój początek. Płciowość ta zrazu polega na doznawaniu przyjemnych wzruszeń od ssania, nie mającego na celu przyjęcia pokarmu. Czynność ta bowiem oddziela się niejako od swego pierwotnego przeznaczenia i występuje samodzielnie: dziecko cmoka, chwytą ustami i ssie z przyjemnością cokolwiek się zdarzy, najchętniej jednak części własnego ciała [palec]. Usta więc, przez które każdy osobnik otrzymuje pierwsze po przyjęciu na świat podrażnienie [pokarm], stają się zarazem i pierwszą sferą erogenetyczną. Tłómaczy to i genezę pocałunku, który w dojrzałym życiu płciowem odgrywa tak wybitną rolę. Jeżeli ta dziecięca skłonność do ssania zaznacza się wyraźnie oraz utrzymuje się i nadal, to u dorosłego przejawiać się będzie jako specjalne zamiłowanie do pocałunków [normalnych lub nie], jeżeli zaś z tych czy innych przyczyn ulegnie wyparciu, wystąpią wtedy wymioty historyczne, wstręt do jedzenia i t. d. Wszystkie chore FREUD'a, cierpiące na wymioty, *globus hystericus* i t. d., ssaly w dzieciństwie bardzo energicznie.

Obok ust, istnieją jednak u dziecka i inne sfery erogenetyczne, których podrażnienie jest źródłem przyjemnego wzruszenia, czyli podniecenia płciowego. Charakter taki mieć może każda część ciała, zwykle jednak nabiera go najczęściej okolica narządów płciowych, a to dzięki swemu położeniu anatomicznemu [tarcie o udaj], ciąglemu podrażnieniu przez wydzielanie moczu i t. d. Powstające tu podniety są zaczątkiem przyszłego normalnego życia płciowego, na razie jednak u dziecka wywołują masturbację, polegającą na dotykaniu się ręką do części rodných, lub na zsuwaniu ud. Ta „masturbacja osesków“, powracając później u dzieci starszych i w okresie dojrzewania płciowego już w postaci aktu, kończącego się zadowoleniem płciowem [samogwałt], uważana być musi za celowe zarządzanie natury, dbającej o to, ażeby podniety płciowe powstawały we właściwym miejscu. Inne części ciała mogą również nabrać charakteru sfer erogenetycznych, np. *regio ani* wskutek dłużej trwających katarów kiszkiowych, lub zaparcia stolca. Jest to częstokroć wprost dziełem przypadku, jak dziełem przypadku jest również cierpienie na robaki (*oxyuris vermicularis*), które przecież nieraz wywołuje masturbację u dzieci starszych. To nabieranie cech erogenetycznych przez różne części ciała polega na tem, że czucia, powstające przy całym szeregu spraw fizjologicznych [przyjmowanie pokarmu, oddawanie moczu, defekacja], o ile nabierają pewnej intensywności, stać się mogą źródłem podrażnienia płciowego. Jest to więc właściwość organizmu, mająca na celu rozbudzenie popędu płciowego na tej, czy innej drodze

Oprócz sfer erogenetycznych posiadają zwykle dzieci już w wieku wczesnym różne popędy częściowe (*Partialtriebe*), które zrazu zdają się być zupełnie pozbawionymi elementu płciowego; okazuje się jednak bardzo często, że są to właśnie zalążki późniejszych właściwości popędu płciowego. Np., popęd do obnażania swego ciała, który w wieku dziecięcym jest bardzo rozwinięty, stać się może zarodkiem przyszłego ekshibycjonizmu; popęd do okrucieństwa, nierównie częstszy od poprzedzającego, jest zarodkiem sadyzmu i masochizmu. W tych popędach częściowych upatruje FREUD drugie źródło płciowości dziecięcej. Dalsze źródła stanowią mogą różne przypadkowe zdarzenia, przeżycia, wywołujące silne wzruszenia [przestrach, bicie], wpływ rówieśników, lektura w wieku starszym i t. d. Wszystko to składa się na to, że płciowość dziecka, która od lat najwcześniejszych [u oseska] ma charakter autoerotyczny, gdyż źródłem podrażnienia jest ciało własne, jest zarazem w wielu kierunkach z b o c z o n ą (*polimorph pervers*), to znaczy, że podrażnienia i sposoby ich zaspokojenia są rozmaite i od normalnego życia płciowego dorosłych zgoła odmienne. Życie płciowe dziecka cechuje więc autoerotyzm i skłonność do różnych perwersyi. Jest to mądre zarzą-

dzenie natury, starającej się o to, żeby w sposób możliwie najprostszy i zarazem na drogach możliwie najliczniejszych rozwijać w osobniku popęd płciowy, mający służyć do zachowania gatunku.

II. Dalszy rozwój płciowości dziecka ma na celu osiągnięcie dwu cech: znalezienia normalnego obiektu płciowego [osobnika płci odmiennej] oraz podporządkowania sferze narządów płciowych wszystkich innych sfer erogenetycznych, co stanowi normalny cel płciowy. Z tych dwu komponentów składa się płciowość normalna.

Co się tyczy normalnego celu płciowego [który składa się z przedwstępnego podniecenia i następującego po niem uczucia rozkoszy po dokonanej koabitacji], to na powstawanie jego wpływają podniety: idące od świata zewnętrznego [podrażniające sferę narządów rodnych], płynące z psychiki osobnika [część powtórnego przeżycia już doznanych wzruszeń przyjemnych], głównie jednak podniety, idące z samego organizmu. Te ostatnie wyobrażano sobie dotychczas w ten sposób, że wydzieliny dojrzewających narządów płciowych przez nagromadzenie się w swych zbiornikach, pobudzają odpowiednie ośrodki rdzeniowe, co z kolei udziela się korze mózgowej i psychice w postaci uczucia napięcia, czyli podniecenia płciowego. Teoria ta, której trzymał się KRAFT-EBING, jest niemożliwą do przyjęcia, gdyż nie wyjaśnia zupełnie, skąd bierze się podniecenie płciowe u dzieci, kobiet i mężczyzn-kastratów. U tych trzech bowiem kategorii osób istnieje podniecenie płciowe, niema jednak wcale nagromadzenia się produktów narządów płciowych. O wiele bardziej prawdopodobnym będzie przypuszczenie, że sprawa podniecenia płciowego jest nie tak ściśle związana z działalnością gruczołów płciowych, i że chodzi tu zapewne o bliżej nieznaną sprawę chemiczną [rola gruczołu tarczowego?], w nierozwikłany sposób wiążące się z działaniem ośrodków nerwowych.

W ten czy inny sposób powstające podniecenie płciowe jest wprawdzie tylko aktem przedwstępnym [przygotowanie], ma jednak bardzo duże znaczenie, gdyż często ono to właśnie stanowi o tem, czy dany osobnik będzie jednostką pod względem płciowym normalną, czy zбочoną. Pochodzi to stąd, że właściwy akt płciowy jest cechą już dojrzałego człowieka, kiedy podniecenie płciowe istnieje już u dziecka. Wskutek tego, zanim nastąpi możność dokonania aktu płciowego [dojrzałość narządów rozrodczych], podrażnienie płciowe może nabrać znaczenia samodzielnego i wprost zająć miejsce normalnemu aktowi płciowemu przynależne. Powstaje to w ten sposób, że wskutek rozmaitych wpływów [co często jest dziełem przypadku] podrażnienia sfer erogenetycznych, lub popędy częściowe [obarczenie dziedziczne?] dostarczają już same tak dużej rozkoszy, że akt płciowy staje się już zbytecznym. Takim jest mechanizm powstawania wielu zбочeń płciowych; krótko mówiąc, polega on na tem, że sprawa płciowa zatrzymuje się na akcie przedwstępnym [podrażnieniu płciowem].

Co się tyczy drugiego składnika życia płciowego, czyli obiektu płciowego, to w powstawaniu jego główną rolę zdają się odgrywać warunki życia i otoczenie. Chłopiec od dzieciństwa otoczony mężczyznami [usługa męska, życie w armii, niewolnictwo w czasach starożytnych!], łatwo stać się może homoseksualistą, choć w innych warunkach być może stałby się osobnikiem normalnym. FREUD [GLEJ, G. HERMAN, KIERAU, ARDUIN, LYDSTONE, CHEVALIER i wielu innych] sądzą, że w założeniu swoim nasza psychika płciowa jest b i s e k s u a l n ą i dopiero z biegiem czasu różnicuje się w tym lub innym kierunku, na co w pierwszej linii wpływa życie [wychowanie, środowisko, przypadek]. W myśl tego poglądu nie można uważać homoseksualizmu za „zwyrodnienie”, lecz po prostu za odmienną postać popędu płciowego, której przynależność do patologii może być nawet kwestyonowaną.

III. Odpowiednio do dwu składników płciowości normalnej, istnieć mogą zбочenia w dwu kierunkach: co do przedmiotu i co do celu. Do pierwszych należą inwersya [homoseksualizm], pederastyja, sodomizm i po części fetyszym. Do drugich należą wszystkie przekroczenia anatomiczne [rolę narządów płciowych przyjmują na siebie inne części ciała, jak usta, *anus* i t. d.], po części należą tu fetyszym, wreszcie należą tu ekshibicyonizm, sadyzm i masochizm. Przy wszystkich zбочeniach od celu płciowego mamy do czynienia z zatrzymaniem się przy aktach przedwstępnych, które normalnie do właściwego aktu płciowego prowadzić powinny. Nadto istnieją i formy mieszane, zwłaszcza zбочenia od przedmiotu płciowego [inwersya] bardzo często łączą się ze zбочeniem od celu płciowego. Prócz tego istnieją nieliczne przejścia od perwersyi do normy, gdyż z jednej strony wielu ludzi, uważanych za płciowo normalnych, posiada pewne „sposoby“ podniecania się, będące niejako odgłosem słabo rozwiniętej perwersyi, z drugiej zaś strony wielu bez wątpienia zбочonym perswazyja pozwala jednak na normalne życie płciowe.

FREUD, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, uważa zбочenia płciowe za zahamowanie w rozwoju (*Entwickelungshemmung*) popędu płciowego. Wyżej wspomnieliśmy również, że przyczyną tego zahamowania jest normalnie charakter poliperwersyjny naszej psychiki płciowej w dzieciństwie, dzięki czemu jeden z etapów na drodze do celu płciowego może się utrwalić (*Fixierung*) i nabrać znaczenia samodzielnego.

IV. Z kolei powstaje pytanie, czemu przypisać należy, że zwykle dzieje się inaczej, to znaczy, dlaczego autoerotyczny i zбочony popęd płciowy u dziecka staje się normalnym u osobnika dojrzałego? Odpowiemy słowami samego FREUDA: „Rozpatrując zбочenia płciowe, przyszliśmy do przekonania, że popęd płciowy walczy musi przeciwko pewnym duchowym siłom i oporem, wśród których wstyd i wstręt występują najwidoczniej. Siły te mają za zadanie utrzymywać popęd płciowy w granicach, uważanych za normę; one to właśnie, o ile rozwiną się dość wcześnie, wskazują popędowi płciowemu kierunek jego rozwoju“. Stąd wniosek, że na rozwój naszej psychiki płciowej wpływa i cała reszta naszej jaźni, przyczem dominujące znaczenie mają idee o bardzo silnem zaparwieniu wzruszeniem. Że właśnie wstyd i wstręt mają tu dużo do wypowiedzenia, zrozumieć łatwo, jeżeli przypomniemy sobie z jak nieestetycznych źródeł płynąć może podrażnienie płciowe [nekrofilia, koproalgnia!].

Omówiliśmy powyżej dwa ujścia dla popędu płciowego: normę i zбочenie. Trzeciem ujściem są psychonerwice. Przy powstawaniu tych cierpień główną rolę odgrywają wyżej wspomniane uczucia [wstyd, wstręt], które wypierają z granic świadomości wszystko, co życia płciowego dotyczy. Jest to więc rezultat walki między wzmocnionym [wzgl. zбочonym] popędem płciowym z jednej strony a wzmocnionym oporem z drugiej. Ma to jednak ten skutek, że uczucia wyparte przemieniają się [konwersya] w objawy chorobne. Z tego stanowiska jest histeryja istotnie negatywem zбочenia płciowego.

Innym rodzajem wyparcia afektów płciowych, a zarazem 4-em i ostatniem ujściem dla popędu płciowego jest sprawa t. zw. uwznioślenia (*Sublimierung*), mająca ważne znaczenie w życiu społecznem. Zjawisko to polega na przeniesieniu wszystkich sił (*Triebkräfte*), do celów płciowych służących, na cele społeczne, artystyczne, naukowe i t. d. Odbywa się to pod wpływem tych samych uczuć moralnych, o których mówiliśmy wyżej, które tym razem opanowują popęd płciowy mniej lub więcej zupełnie, stając się prawie wyłącznymi kierownikami psychiki. Jeżeli uwznioślenie nie było zupełnem, to osobnik dany wykazuje często, obok zdolności do czynu twórczego, dużo „nerwowości“, niezrównoważenia, skłonności do perwersyi i t. d. [cyganeryja artystyczna!]. Cała ta sprawa odbywa się oczywiście poza granicami

świadomości [w stanach podświadomych], i dany osobnik nic o niej nie wie, podobnie jak histeryczka nie wie nic o tem, skąd powstał np. jej paraliż, kontraktura, czy wymioty. Dopiero psychoanaliza rzuca światło na te pozornie tak ciemne sprawy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. A. Pirovano. Nowy sposób szycia tętnic i żył (sposób płatowy).

Sposób P. opiera się na 50-u doświadczeniach na zwierzętach, spostrzeżanych w ciągu 6—7-u miesięcy. Po zaciśnięciu naczynia w kleszczykach, obciążonych gumą, P. przecina je poprzecznie; każdy z obu końców, po splaszczeniu go między palcami przecina wzdłuż na wysokości pół ctm. Otrzymane w ten sposób 4 płaty zbliża się powierzchniami wewnętrznymi, na podstawie każdego z 2-u płatów umieszcza się szew węzełkowy, a na brzegi boczne szew ciągły.

Zalety tego sposobu mają być następujące: 1) zamiana szwu okrężnego na 2 szwy linijne, 2) zaoszczędzenie co najmniej połowy obwodu szwu, 3) szybkość i łatwość wykonania, 4) dokładne zatamowanie krwi, 5) minimalna zmiana światła i 6) uniknięcie skręcania naczyń podczas szycia.

(*Revue de chirurgie*, 1909, Nr 10).

Z. Sławiński.

10. A. Hadde. Najnowsze postępy na polu chirurgii naczyń.

H. podaje nowy sposób wytwarzania zespolenia bocznego naczyń krwionośnych, a to zapomocą dwu nożyków, zakończonych w kształcie igły prostej. Po zeszyciu na pewnej przestrzeni dwa przylegających naczyń szwem ciągłym [ujmowano nie całą grubość ściany], wprowadzano w każde naczynie ową igłę nóż na pewną głębokość i nakładano wówczas drugi, górny szew ciągły i za pomocą odpowiedniego mechanizmu przecinano ścianę obu naczyń na danej przestrzeni, usuwano oba nożyki i wreszcie zaszywano pozostałe potem drobne otwory. Cały zabieg powyższy daje się wykonać bez przerywania obiegu krwi i na tem właśnie ma polegać jego wyższość nad innymi sposobami, wymagającymi zaciskania lub przecinania naczyń w poprzek, zeszywania ich zapomocą szwów, uszkodzających wszystkie warstwy ściany naczyniowej, gdy tymczasem tutaj można się obejść nawet bez ujmowania naczyń szczypczykami. W ten sposób H. zespała u zwierząt żyłę wrotną z żyłą główną [z 10-u psów 9 zdechło w ciągu doby lub dwu], tętnicę główną z tąż żyłą, oraz tętnicę udową z odnośną żyłą [wynik pomyślny w 10-u z 15-u operowanych przypadków].

Zdaniem H. dzięki tej metodzie można zastąpić tętnicę przez odnośną żyłę. W zgorzeli kończyn, wywołanej przez zmiany w ścianach naczyń lub zator, należałoby zawsze usiłować ratować kończynę przez odpowiednie zespolenie naczyń.

Zaznaczyć należy, że H. nie podaje, jak długo były obserwowane zwierzęta, poddane doświadczeniom powyższym, ani też nie przytacza żadnych danych nekroskopowych.

(*Berl. klin. Woch.* 1910, Nr 1).

Z. Sławiński.

11. S. P. Goodhart. Żebro szyjne i jego stosunek do chorób nerwowych.

Ta wada rozwojowa, będąca śladem atawizmu [zarodki niższych kręgowców posiadają żebra we wszystkich kręgach], przytrafia się nie tak rzadko, jakby się zdawało ¹⁾. Zwrócił na nią uwagę anatom GRUBER [1869], a PIL-LING [1894] zebrał 189 autentycznych przypadków; zdarza się częściej daleko u kobiet niż u mężczyzn; na 42 dotychczas opisane przypadki operacyjne amerykański chirurg KEEN znalazł ją u 31 kobiet na 11-u mężczyzn. Żebra szyjne wyrastają z VI lub VII kręgu szyjnego, po większej części z obu stron [67%], przyczem zwykle tylko jedno żebro jest więcej rozwinięte. Zupełnie rozwinięte żebro [od kręgu do mostka] należy do rzadkości. Po większej części osobniki, dotknięte tą anomalią, długo o niej nie wiedzą, gdyż wszelkie od niej zależne dolegliwości dają zwykle o sobie znać dopiero w wieku późniejszym. Dolegliwości polegają na nieokreślonej natury sensacjach w okolicy łopatki, na różnych parestezjach w kończynach górnych, z czasem zjawia się skrzywienie kręgosłupa (*scoliosis*), zaniki mięśni (*thenar* i *hypothernar*), osłabienie mięśniowe w całej kończynie. Rzadziej widziano zaburzenia cyrkulacyjne, zależne od ucisku tętnicy podobojczykowej. Wszystkie te objawy dają się objaśnić przez ucisk, a przynajmniej podrażnienie splotu ramieniowego [oprócz skrzywienia kręgosłupa, którego pochodzenie nie jest jasne]. W ostatnich czasach zwrócono uwagę, iż żebro szyjne należy do objawów z wyrodnienia, gdyż osobniki tą nieprawidłowością dotknięte są zwykle histerykami, neurastenikami, albo też posiadają pewne cierpienie organiczne układu nerwowego (*syringomyelia*, *sclerosis disseminata*, *paralysis bulbaris* i t. d.).

Przypadek spostrzegany przez autora dotyczył 28-letniej zameżnej kobiety, wogóle zdrowej i dziełicznie nieobarczonej. Już od 8-go roku życia [co jest w tych razach rzadkością] zaczęła ona doznawać jakichś nieprzyjemnych sensacji w lewej łopatce, promieniujących do odpowiedniej kończyny, w której zjawiało się drętwienie w postaci napadów. Wogóle cała kończyna była mniej sprawna, zwłaszcza palec wskazujący. Dopiero w 24-ym roku życia, kiedy była badana przez autora, znaleziono osłabienie w mięśniach lewej ręki i zanik mięśni dłoniowych. W dziedzinie n. łokciowego istniało osłabienie czucia, zwłaszcza bolowego i porażenie (*main à griffe*). Nad lewym obojczykiem dawał się wyczuć twardy guz wystający na 2 cale; z prawej strony guz ten był znacznie mniejszy. *Scoliosis* wypukłością zwrócona na lewo, szła od 6-go kręgu szyjnego do 5-go grzbietowego. Trzecie żebro lewe było znacznie mniejsze od prawego. Prześwietlenie promieniami ROENTGEN'a potwierdziło rozpoznanie. Chorą poddano operacji i usunięto jej oba żebra. Bezpośrednio po operacji wystąpiło porażenie obu kończyn, zwłaszcza lewej, które jednak prawie zupełnie ustąpiło w ciągu tygodnia. W rok po operacji zaniki mięśniowe pozostały bez zmiany; w okolicy n. łokciowego istnieją małe zmiany w czuciu. Pracę uzupełniają liczne ilustracje [10 rysunków]. Szczegóły operacji będą ogłoszone przez dra TAYLOR'a.

(*The american journal of the medical sciences*. 1909, listopad). A. Puławski.

Na jednym z posiedzeń Tow. Lek. Warsz. w listopadzie r. z. kol. LUKSEMBURG przedstawił chorą histeryczkę, posiadającą żebro szyjne z prawej strony. Kol. B. SAWICKI operował podobne przypadki i ogłosił pracę o tym przedmiocie razem z kol. FLATAEM.

(Przyp. sprawozd.).

¹⁾ Już po napisaniu niniejszego sprawozdania w styczniowym zeszycie r. b. w Amer. Journ. of med. sciences ukazała się praca A. P. FRANCINE'a (Filadelfia), w której opisane są 4 przypadki żebra szyjnego, z których 3 spostrzegano w przychodni dla gruźliczych. Objawów nerwowych, oprócz nieznacznych sensacji, nie było. (Przyp. sprawozd.)

12. Goldscheider. „Omarthritis“ z nerwo-bolem splotu ramieniowego (brachialgia) i ich leczenie.

— Często spotyka się przypadki t. zw. *omarthritis* z dużymi bólami w całym ramieniu, które w skargach chorego o tyle występują na plan pierwszy, że lekarz uważa całą sprawę za rodzaj neuralgii i tylko obecnością tych bólów objaśnia sobie ograniczonosc ruchów w stawie barkowym. Rzeczywiście znajdujemy i punkty bolesne w okolicy splotu ramieniowego i bolesność na ucisk w przebiegu nerwów, wrażliwość skóry, mięśni i kości, nawet lekki zanik mięśniowy, szczególnie w okolicy m. naramiennego; dzięki współdziałaniu nerwów naczynioruchowych istnieje częstokroć bladolinawe zabarwienie skóry, a nawet pewne obniżenie ciepłoty.

Przy dokładniejszym jednak badaniu stawu barkowego okazuje się, że wszystkie bierne i czynne ruchy są tu ograniczone, zwłaszcza gdy zapomocą ręki fiksować będziemy łopatkę i przy ich wykonywaniu występuje ból najwyższy, promieniujący w rozmaitych kierunkach.

O udziale nerwów i mięśni w sprawach zapalnych stawowych ostrych i przewlekłych od dawna pisali rozmaici badacze, notując nerwo-bole i zapalenia nerwów, bole mięśniowe i zapalenia mięśni. Jeżeli sprawy te dotyczą przejścia sprawy zapalnej ze stawu na nerw lub mięsień, jeżeli występują w okolicach dalszych, to należy myśleć tylko o wspólnej etyologii obu dolegliwości. Czasem w tych razach mamy do czynienia nie ze sprawą zapalną, ale tylko z nadmierną wrażliwością odnośnych okolic wskutek promieniowania bólu ze stawu.

Lekkie postaci zaników mięśniowych, jakie tu widzimy, zależą prawdopodobnie od oddziaływania troficznego nerwów czuciowych, znajdujących się w stanie ciągłego podrażnienia wskutek sprawy zapalnej w stawie.

Wspomniane powikłania najczęściej właśnie występują przy sprawie zapalnej w stawie barkowym (*omarthritis*), czy będzie ona natury reumatycznej, czy też artrytycznej.

Prócz odpowiedniej diety leczenie przypadków świeżych polega na następującem: unieruchomienie przynajmniej względne, ogólne leczenie napotne, stosowanie miejscowe gorąca [termofory, kataplazmy, worek z piaskiem, fango, aparat z gorącym powietrzem i t. d.], wcieranie związków jodu lub ichtyolu, do wewnątrz salicylaty. Po dwu tygodniach przystąpić można do wykonywania ruchów biernych oraz masażu, ale bardzo oględnie, unikając starannie wszelkich gwałtowniejszych poruszeń; dla usmierzania bólu można stosować i elektryczność, ale tylko słabe prądy [faradyczny penzelek, galwaniczny wałek] i to nie w przypadkach świeżych.

W cierpieniach zadawnionych, gdzie sprawa dochodzi nieraz do pozornego zeszywnienia, na pierwszym miejscu należy postawić ruchy bierne i czynne, oraz masaż z leczeniem zapomocą gorąca i przetworami jodu.

W każdym razie w omawianych przypadkach baczna trzeba zwracać uwagę na sam staw, bo tylko w tym kierunku prowadzone postępowanie może przynieść choremu prawdziwą ulgę.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 20-go listopada 1909 r.

- TREŚĆ: 1) BIRO. Przypadek przypuszczalnego guza rdzenia.
2) MESSING. Przypadek syringomyelii z pokazem preparatów mikroskopowych.
3) KOPCZYŃSKI ST. Przypadek „*infantilismus myxoedematosus*”.
4) KOPCZYŃSKI i JARECKI. Dwa przypadki porażenia nerwów obwodowych w następstwie ostrego zatrucia.
5) HANDELSMAN. Przypadek syringomyelii z reakcją neuro- i myotoniczną
6) KLEJN. Przypadek *exostosis multiplex*.
7) KRUKOWSKI. Przypadek porażenia naprzemiennego typu WEBERA-GIBLERA.
8) BREGMAN. Przypadek nowotworów mózgowia z zaburzeniami mowy.
9) STERLING. Przypadek *ophthalmoplegiae chronicae progressivae*.
10) LIPSTADT. Przypadek przypuszczalnej syringobulbii.

1. BIRO przedstawił przypadek przypuszczalnego guza rdzenia.

65-letni mężczyzna od paru tygodni doznaje bólów opasujących w dolnych międzyżebkach, niekiedy doznaje trudności w oddawaniu moczu, miewa stałe zatwardzenie, w ostatnich czasach schudł. Przedmiotowo stwierdzić można bolesność przy opukiwaniu w okolicy 8-go wyrostka grzbietowego, zniesienie odruchów brzusznych, wzmożenie odruchów kolanowych i niekiedy występujące prawostronne drżenie stopy. B. przypuszcza guz zewnątrzrdzeniowy na wysokości 10-go odcinka grzbietowego.

W dyskusji GOLDFLAM zaznaczył, iż sposób siadania i wstawania chorego przemawia raczej za cierpieniem kręgow.

2. MESSING przedstawił preparaty z przypadku syringomyelii.

Przypadek ten za życia nie przedstawiał żadnych wybitnych objawów rdzeniowych.

W rdzeniu znaleziono jamę, która zajmowała środkową część rdzenia, nigdzie nie komunikowała się z kanałem środkowym, nigdzie nie była wysłana ependymą. Otaczał ją wał zbitiej tkanki glejowej. Jama sięgała do najwyższych odcinków szyjnych, ku dołowi zaś dochodziła do 1-go odcinka grzbietowego, gdzie zniszczyła tylne rogi szarej istoty. W rdzeniu lędźwiowym autor znalazł pęczki, świadczące, zdaniem jego, o anomalii rozwoju. Zdaniem mówcy syringomyelia rozwija się bardzo wcześnie i tłem jej główne są zaburzenia w rozwoju.

W dyskusji FLATAU podkreśla, iż 1) wobec dużych jam musiały za życia istnieć wybitne zaburzenia czucia bolowego i ciepłego, 2) twory w rdzeniu lędźwiowym oraz zygzakowate włókna myelinowe uważa za twory sztuczne.

STERLING widzi w danym przypadku potwierdzenie swoich przypuszczeń co do roli opony miękkiej i przegród w rdzeniu w wytwarzaniu się jam.

HIGIER zaznacza, iż rdzeń posiada dużą zdolność do przystosowywania się do jam.

3) KOPCZYŃSKI ST. przedstawił przypadek *infantilismus myxoedematosus*.

Chłopiec lat 16^{1/2}, skierowany do mówcy przez KULESZĘ, jest pod względem nerwowym nieobarczony. W 6-ym miesiącu życia przechodził ospę naturalną. Od 3-go roku życia zaczął „puchnąć.” Zaczął chodzić dobrze i mówić poprawnie dopiero około 8-go roku życia. Umysłowo rozwijał się bardzo powoli. Skarży się, że mu „zimno.” Przedmiotowo chłopiec ma wygląd dziecka

5-letniego, twarz i brzuch nalane, ciastowate. Wzrost 110 ctm. Waga 54 funty. Obwód w piersiach 65 ctm. Główka 54 ctm. Krtań okrągła, dziewczęca. Zrazów gruczołu tarczowego nie wyczuwa się. Brak uwłosienia pod pachami i na spojeniu łonowym. W psychice dominuje apatya, słabe oddziaływanie na wrażenia zewnętrzne, bardzo szczupły zakres wyobrażeń. Mocz o c. w. 1009. Bez białka i cukru. Stosunkowo mała ilość fosforanów i kwasu moczowego [SZERYPO]. Rentgenogram [JUDT] wykazał rozszerzenie siódła tureckiego, zachowanie chrząstek międzystawowych. Badanie krwi [KLEJN] wykazało b. nieznaczną poikilocytozę i b. nieznaczną polichromatopsję limfocytów i wogóle form jednojądrowych znacznie więcej niż wogóle, neutrofilów zaś mniej. Hemoglobiny 60%. Mówca rozpoznaje w danym przypadku t. zw. *infantilismus myxoedematosus*. Jako przyczynę uważa cierpienie gruczołu tarczowego i przysadki. Rozpoczął leczenie chłopca tabletkami tyreoidyny.

W dyskusji LANDAU zaznaczył, że aczkolwiek w śluzoobrzęku stwierdzamy zmniejszanie się azotu w moczu i zwolnienie przemiany materii, to jednak o tem w poszczególnych przypadkach wnioskować można tylko na mocy szczegółowego badania bilansu przychodu [jedzenie] i rozchodu [kał i mocz]. Istnieje też związek między czynnością gruczołu tarczowego a rozwojem układu kostnego.

STERLING powoływał się na własny przypadek dystrofii kostnej, prawdopodobnie zależnej od zaburzeń w czynności gruczołu tarczowego.

HIGIER mówił o różnych postaciach „infantilizmu“, pokazywał fotografie własnych przypadków wybitnego śluzoobrzęku. H. podkreśla rozrost w danym przypadku przysadki mózgu, bez zaburzeń ogólnomózgowych.

4) ST. KOPCZYŃSKI i WŁ. JARECKI przedstawili dwa przypadki porażenia nerwów obwodowych w następstwie ostrego zatrucia.

Przypadek pierwszy dotyczył 26-letniej panny, skierowanej do mówców przez DRABCZYKA. Chora ta przed dwoma miesiącami połknęła pastylkę sublimatu. Wkrótce poza ogólnymi objawami otrucia wystąpił przejściowy bezwład, połączony z parestezjami w obu górnych kończynach i stałe zniesienie wszystkich ruchów w prawej stopie. Przedewszystkiem dziś stwierdzić można zupełne porażenie wszystkich mięśni, poruszających prawą stopę, zanik i odczyn zwyrodnienia w mięśniach, unerwionych przez nerw strzałkowy i piszczelowy, osłabienie oddziaływania na prąd galwaniczny i bolesność samych pni nerwowych. Chód bociani. Pomimo elektryzacji poprawa w ruchach za czas dwumiesięczny b. nieznaczną.

Przypadek drugi dotyczył 20-letniego kotlarza, który przed 6-u tygodniami został operowany [LEWENSTERN i HINCZ] z powodu przepukliny pachwinowej. W 3 dni po operacji chory poczuł bole w obu pasach barkowych. Wkrótce zauważył niezręczność ruchów w prawym pasie barkowym, bole zaczęły mijać. Kiedy wstał z łóżka, stwierdzono u chorego ustawienie łopatki [łopatka skrzydłata] i ograniczenie ruchów, typowe dla porażenia mięśnia zębatego przedniego, unerwionego przez nerw piersiowy długi. W mięśniu tym, a po części w mięśniu romboidalnym i kapturowym odczyn zwyrodnienia. Mowcy przypuszczają, że przyczyną porażenia głównie nerwu piersiowego długiego, a oprócz tego kilku gałązek splotu barkowego prawego, jest zatrucie jadem chloroformowym pomimo braku urazu [chory leżał podczas operacji z wyciągniętymi wzdłuż ciała rękoma]. Zawód kotlarza [bicie młotem] do tego go usposobił.

W dyskusji GOLDFLAM, MĘCZKOWSKI i KOELICHEN zaznaczali, że w danym przypadku należy uwzględnić też lub wyłącznie przypuszczać uraz, jako etylogię.

BREGMAN podawał możliwość specjalnego usposobienia do porażenia chloroformowego [przytoczył własne przypadki].

KOPCZYŃSKI odpowiedział, że przypuszczeniu urazu, jako etyologii prze-
czy: 1) wystąpienie porażenia wkrótce po długim uśpieniu, 2) brak urazu
w wywiadach, 3) porażenie częściowe innych gałązek splotu barkowego.

5) HANDELSMAN przedstawił przypadek syryngomyelii z odczynem neu-
ro- i myotonicznym.

Chory ma lat 15, neuropata [sensacje histero-neurasteniczne, czkawka,
kurcze w łydkach i w innych mięśniach]. U chorego stwierdzono: 1° postępu-
jący zanik mięśni i osłabienie władzy w kończynach górnych, zwł. drobnych
mięśni dłoni, 2° rozszczepienie czucia, na różnych miejscach ciała [tułów, szy-
ja], 3° wzmoczenie odruchów kolanowych i stopowych z objawami BABIŃSKIEGO.
W mięśniach zanikłych odczyn zwyrodnienia. Oprócz tego przy drażnieniu
prądami przerwany mi nerwu pośrodkowego po obu stronach otrzymać można
u chorego skurcz tężcowy palców, od drażnienia mięśni skurczu tego nie otrzy-
muje się. Na kończynach dolnych otrzymuje się skurcz tężcowy przy drażnie-
niu nerwów (*n. popliteus*) i mięśni. W kończynach górnych mowca nazywa od-
czyn neuro-, w dolnych myotonicznym.

W dyskusji HIGIER i Męczkowski mówili o stosunku objawów myoto-
nicznych do rozmaitych postaci zaniku mięśni i do syryngomyelii.

6) KLEJN przedstawił 9-letniego chłopca, dotkniętego mnóstwem wyro-
stów kostnych (*exostosis multiplex*) na nasadach kości. Chłopiec wogóle zdrów.
Miewa tylko rzadkie napady astmy oskrzelowej. Owe wyrosty kostne matka
zauważyła u chłopca w drugim roku życia. Rentgenogram wykazuje wyrosty
na wszystkich prawie kościach długich, niektóre z nich są płaskie, inne stożko-
wate lub ostrokończaste. Na kościach głowy zmian niema. Mowca przypusz-
cza, że są to t. zw. *exostoses cartilagineae* na tle krzywicy i dziedzicznego usposo-
bienia [babka i prababka chorego miały garb].

7) KRUKOWSKI przedstawił przypadek naprzemiennego porażenia typu
WEBERA-GUTLERA.

Chory lat 30, przed trzema laty przechodził syfilis. Od 4-ch tygodni wy-
stąpił niemal zupełny bezwład prawej kończyny dolnej, nieznaczne osłabienie
prawej kończyny górnej, dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego; następnie
wystąpiło porażenie niektórych gałązek nerwu okoruchowego lewego wraz
z opadnięciem powieki lewej. Lekki bezwład w prawych kończynach. Oba odru-
chy kolanowe żywe. Obustronny objaw BABIŃSKIEGO. Źrenice to szorokie,
to wąskie oddziałują dobrze. Mowca rozpoznaje porażenie typu WEBERA-
GUTLERA (*hemiplegia alternans c. n. oculomotorio*) wskutek zajęcia odnogi móz-
gowej i podkreśla silne porażenie kończyny dolnej, a nieznaczne tylko koń-
czyny górnej, coby świadczyło o odosobnionym przebiegu owych dróg w odno-
dze mózgowej.

W dyskusji KOPCZYŃSKI powołuje się na własny piękny przypadek, de-
monstrowany niedawno w sekcji wspólnie z JAROSZYŃSKIM i zaznacza, że i tu
wobec drżenia w porażonych kończynach można mówić o syndromie BENE-
DICT'a i o zajęciu czerwonych jąder. Wahania w szerokości źrenic K. uzale-
żnia od nasilenia w nacieczeniu syfilitycznym opon na podstawie mózgu, jak
to opisał i badał podstawę anatomiczną tego zjawiska w jednym własnym przy-
padku syfilisu mózgu.

BREGMAN podnosił rzadkość przypadku ze względu na umiejscowienie po-
rażenia.

8) BREGMAN przedstawił przypadek nowotworu mózgu z zaburzeniami
mowy.

Chory lat 50. Przed dwoma laty krótkotrwała utrata przytomności, po-
tem napady zemdlenia bez drgawek. Od roku bole głowy, zaburzenia wzro-
ku i mowy. Od 4-ch miesięcy ślepotą. Przedmiotowo: wybitny niedowład

prawej połowy twarzy, lekki niedowład prawych kończyn. Zanik obu nerwów o charakterze pozapalnym. Niekiedy choremu brak w mowie wielu wyrazów, niekiedy powtarza stereotypowo te same zdania. Mówi dużo. Powtarza z parafazą wyrazową i literową. Niekiedy mowę rozumie dobrze, niekiedy źle. Stwierdzono też u niego aleksyę i agrafię. Apraksji nie zauważono. Mowca rozpoznaje nowotwór w okolicy zrazu skroniowego, uszkodzający ośrodek słuchowy mowy.

W dyskusji MESSING zaznacza, iż zna chorego od 10-u miesięcy, jako notorycznego alkoholika; zaburzenia wzroku i padaczkę i zaburzenia psychiczne traktował jako objawy zatrucia alkoholowego.

BORNSTEJN zaburzenia mowy uważa za obraz nieczystej niemoty zmysłowej.

HIGIER nie wyklucza możności *pachymeningitidis haemorrhagicae internaе*, tak częstej u pijaków.

W odpowiedzi BREGMAN zaznaczył, że alkoholizm nie daje zapalenia nerwów ocznych z następczym zupełnym zanikiem. Niemota nosi tu charakter niemoty zmysłowej nawet amnestycznej. Brak objawów stwardnienia tętnic, co przemawia przeciw krwotocznemu zapaleniu opon.

9) STERLING przedstawił przypadek *ophthalmoplegiae chronicae progressivae*.

Panna, lat 19, od 7-u lat zaczęła jej opadać prawa powieka, od 5-u lat wystąpił zez oraz utrudnione poruszanie gałek ocznych, głównie na zewnątrz. Pozatem rozwijała się prawidłowo. Podwójnie nie widziała nigdy. Matka jej 5 razy ronila. Młodsza siostra cierpi na niedowład nerwu odwodzącego lewego. Przedmiotowo stwierdzić można: prawą górną powiekę wybitnie opadniętą, lewą w stopniu nieznacznym, ruch lewej gałki ocznej ku wewnątrz zupełnie zniesiony, prawej zachowany tylko w bardzo nieznacznym stopniu. Przy patrzeniu na zewnątrz prawa gałka oczna odchyła się nieco ku dołowi. Reszta ruchów i źrenice prawidłowe. Wielokrotne drażnienie prądem galwanicznym mięśnia unoszącego prawą powiekę powoduje wyczerpywanie tego mięśnia. Mięsień mostkowo-sutkowo-obojęzykowy lewy na prąd faradyczny oddziaływa słabiej niż prawy. Mowca odrzuca tu myastenię [brak wahań], syfilis mózgu [bezskuteczność kuracji specyficznej], a przyjmuje przewlekły zanik jąder nerwów okoruchowych zewnętrznych i dążność być może do przejścia w zanik innych jąder w rogach przednich rdzenia.

W dyskusji GOLDFLAM, który zna chorą, twierdzi, że nie widzi postępowości w rozwoju choroby i całą sprawę uważa za wrodzoną [niedostateczny rozwój jąder].

KORCZYŃSKI powołuje się na własny przypadek zupełnego porażenia wszystkich nerwów zewnętrznych, poruszających gałkę oczną, i zaznacza, iż za stopniowym, postępującym rozwojem choroby przemawia brak w wywiadach dwojenia się w oczach.

HIGIER wspomina o swoim przypadku *ophthalmoplegiae progressivae*, jako o pierwszym, notowanym w piśmiennictwie polskim. W przypadku tym rozwinęły się później zaniki mięśni o typie rdzeniowym.

ENDELMAN podnosi fakt wciągania się gałek ocznych przy ruchach, co przemawia za tem, iż sprawa jest prędzej wrodzona.

10) LIPSTADT przedstawił przypadek przypuszczalnej syryngobulbii.

Chora lat 19, panna. Przed 3-ma laty uległa urazowi [została przewrócona przez konia]. Od tej pory doznaje napadów duszności. I przed wypadkiem raz mocno poparzyła się w okolicy łopatki, nie wiedząc o tem. Przedmiotowo: zupełne porażenie lewego rozwieracza krtani i częściowy bezwład prawego, wybitne rozszerzenie tępości serca, znaczne osłabienie czucia ciepłi-

kowego i bolowego na lewej połowie głowy, szyi i lewej kończynie, zanik mięśni lewego kłębika, oraz zmiany odżywcze na członkach paznogiowych 1-go i 2-go palca lewej ręki. L. rozpoznaje syringomyelię w rdzeniu przedłużonym. Mowca zaznacza, iż powiększenie tępości serca może tu zależeć albo bezpośrednio od wpływów troficznych [i zajęcia nerwu błędnego] albo jest następstwem utrudnionego oddechu i powstałych wskutek tego zmian w krążeniu krwi.

W dyskusji GOLDFLAM wybitne powiększenie wymiarów serca uzależnia od zmian ciśnienia w klatce piersiowej wskutek braku odpowiedniości pomiędzy rozszerzaniem się jej przy wdechu, a ilością powietrza wciąganej przez silnie zwężoną krtań.

LANDAU dowodził, iż zajęcie jąder nerwu błędnego wywołało przyspieszenie skurczów serca i wtórne jego rozszerzenie.

Stanisław Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Wyszła z druku praca kol. St. SERKOWSKIEGO, kierownika pracowni naukowej Tow. Lek. Warsz. p. t. „Blonica s. *Diphtheria*“. Sposoby badania i atlas mikrograficzny [serya III]. Tekst zawiera zwięzłą charakterystykę bakteryologiczną błonicy, sposoby badania nalotów, przygotowanie hodowli i preparatów mikroskopowych. Atlas w 15-u tablicach przedstawia 51 mikrofotografii z własnych preparatów [w drukarni artystycznej K. KOPYTOWSKIEGO].

— Tygodnik Lekarski Lwowski podaje poniższy protest, z który u się najzupełniej solidaryzujemy: „W imieniu centralnego słowiańskiego Komitetu naukowego rozesłali pełnomocnicy tegoż Komitetu: BECHTEREW z Petersburga, prof. ZDZIECHOWSKI z Krakowa, dr SEMERAD z Pragi, prof. KUMANUDI z Belgradu i prof. HLAVA z Pragi odezwę do wielu lekarzy polskich z wezwaniem do współpracownictwa w organizowaniu wszechsłowiańskich zjazdów naukowych. Odezwa, opatrzona nagłówkiem „Narodowa Rada czeska“, wystosowana jest wyłącznie w języku czeskim i rosyjskim. To pominięcie innych języków słowiańskich, a w szczególności polskiego, w tym pierwszym widomym akcie działalności Komitetu centralnego uderzyć musi niemile każdego szczerego zwolennika solidarności słowiańskiej, opartej na wzajemnym równouprawnieniu, i jeżeli—jak chcemy jeszcze przypuszczać—nie było ono wynikiem przeoczenia, świadczyłoby co najmniej o braku taktu ze strony członków Komitetu, czy też „Narodnej Rady czeskiej“. Musimy się jak najbardziej stanowczo zastrzedz przeciwko wysuwaniu jakiegokolwiek języka słowiańskiego jako urzędowego języka Związku, i już w tej chwili uważamy za obowiązek zaprotestować przeciw podobnemu postępowaniu i stwarzaniu w tym względzie precedensu na przyszłość. Mamy nadzieję, że Komitet dla dobra samej sprawy usprawiedliwi się w najbliższym czasie z tego kroku“.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

Z powodów od nas niezależnych dopiero obecnie możemy podać wiadomość o ruchu chorych zakaźnych w ciągu jednego z ostatnich tygodni roku ubiegłego, mianowicie: od dnia 12-go do 18-go grudnia. W tygodniu tym przybyło do szpi-

tali warszawskich 106 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 38, odrą 6, płonicą 11, błonicą 3, różą 16, tyfusem plamistym 6, tyfusem brzuszny 17, grypą 8 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło osób 15, mianowicie: na ospę 9, tyfus brzuszny 4 i na błonicę 2.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach w dniu 18-m grudnia wynosiła 3024 osób.

W ciągu ostatniego tygodnia roku ubiegłego od dnia 26-go grudnia do 1-go stycznia r. b. przybyło do szpitali warszawskich 96 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 38, odrą 4, płonicą 11, błonicą 5, różą 14, tyfusem plamistym 9, tyfusem brzuszny 11 i grypą 4.

W tymże czasie zmarło osób 10, mianowicie: na ospę 5, tyfus brzuszny 3, błonicę 1 i różę 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach warszawskich wynosiła w dniu 26-go grudnia 2894, a w dniu 1-m stycznia r. b. 2964.

— Pisma codzienne podają, że na Zjeździe antyalkoholicznym w Petersburgu prezes Zjazdu nie dopuścił do głosowania nad wnioskiem o ograniczeniu sprzedaży wódki. Prezydium Zjazdu otrzymało zawiadomienie od ministerjum spraw wewnętrznych, że rząd nie może zadośćuczynić żądaniom co do zamknięcia wiejskich sklepów monopolowych, gdyż żądania takie są wynikiem agitacyi ubocznej.

— Śmiertelność z powodu gruźlicy w Niemczech w ciągu ostatnich lat 20-u znakomicie się zmniejszyła. Gdy w r. 1886 wynosiła 31 na 10000 mieszkańców, w r. 1898 spadła do 20-u, a w r. 1908 wynosiła tylko 17. Prof. B. FRAENKEL, który jest wielkim zwolennikiem sanatoryjów, twierdzi, że one to wpływają głównie na takie zmniejszenie śmiertelności; na dowód tego przedstawia krzywe powiększania się liczby łóżek w sanatoryjach i krzywe śmiertelności od gruźlicy: obie linie zupełnie prawidłowo rozchodzą się w kierunku ku gorze i ku dołowi.

— ZMARLI: Dr MARKUS APTE, najstarszy lekarz praktyk w Warszawie, żył lat 83.

— Nadesłano do Redakcyi:

Dr STANISŁAW SKAŁSKI. Rady i wskazówki dla żon i matek.—Doc. W. NOWICKI. Nowotwory w świetle najnowszych badań [Odb. z Lwow. Tyg. Lekar.].—TENŻE. Wrostek robaczkowy przy durze brzuszny [Odb. z Lwow. Tyg. Lek.].—TENŻE. Ueber chronisch entstehendes Gasbläschenemphysem [Odb. z Virchow's Archiv f. pathol. Anatomie].

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.