

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Piąty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy przez d-ra Władysława^a Ołtuszewskiego. — Notatki neurologiczne. I. Przypadek płasawicy miękkiej czyli paralitycznej (*Chorea mollis seu paralytica*) oraz kilka uwag o istocie płasawicy wogóle. Z. Bychowski. (Dokończenie). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 26 października r. b. — Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie. (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. październik r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

ommaire des articles originaux: 1) **D-r Wł. Ołtuszewski** — Nouvelle contribution à l'étude des anomalies de la parole 2) **D-r S. Bychowski** — a Un cas de la *chorea mollis seu paralytica*.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r Wł. Ołtuszewski** — Der fünfte Beitrag zur Lehre ueber Sprachanomalien 2) **D-r S. Bychowski** — Ein Fall von *Chorea mollis seu paralytica*.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str. 5.

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

Piąty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy

przez d-ra WŁADYSŁAWA OŁTUSZEWSKIEGO.

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 16 listopada r. b.

Szczegółowo uwzględnione w uprzednich czterech przyczynkach poszczególne działy zboczeń mowy pozwalają nam obecnie zająć się opisem afonii spastycznej, nad którą nie mieliśmy dotychczas sposobności bliżej się zastanowić. To też oprócz uwzględnienia materiału klinicznego z ostatniego roku oraz pewnych modyfikacji poczynionych w dziale niemoty uzupełniamy w niniejszym przyczynku teoretyczną stronę logopatologii opisem tego ciekawego i stosunkowo rzadkiego cierpienia.

W ciągu czasu od lipca 1896 roku do lipca 1897 roku spostrzegałem w zakładzie łącznie z polikliniką 217 przypadków zboczeń mowy. Liczba ta rozdzieliła się w sposób następujący:

Niemoty	66 m. 35, k. 31
Bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem ,	41 m. 24, k. 17
Mowy nosowej	2 m. 1, k. 1
Jakania	105 m. 83, k. 22
Trzepotania	3 m. 1, k. 2
Razem	217 m. 144, k. 73

Niemota. Zgodnie z przedstawionymi przez nas danymi psychofizjologii mowy, znajdującymi potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych różnych postaci niemot, wyrabianiem mowy przy ich leczeniu, oraz w najnowszych pracach FLECHSIG'a, dotyczących ośrodków skojarzeniowych w mózgu ¹⁾, z a p a t r u j e m y s i ę n a n i e m o t ę, jako n a z a k ł ó c e n i e p a m i ę c i s ł o w n e j z m y s ł o w e j, (ruchowej, słuchowej i wzrokowej pamięci liter), lub s k o j a r z e n i o w e j w o ś r o d k u s k o j a r z e n i o w y m ś r e d n i m lub tylnym, co bądź uniemożliwia działanie pamięci zmysłowej ruchowej lub przyjmowanie podnieć zewnętrznych od ośrodków zmysłowych mowy, bądź znosi ślady nagromadzonych wspomnień wyrazowych w ośrodku skojarzeniowym średnim, lub też niszczy kojarzenia, zachodzące w ośrodku tylnym przy rozumieniu mowy, ewentualnie pisma, lub przy mowie samodzielnej ze zrozumieniem. Jak wiadomo, rozróżniamy niemoty u d o r o s ł y c h i d z i e c i, a w ich etyologii oprócz zmian organicznych za bardzo ważny moment poczytujemy i c z y n n o ś c i o w e o s ł a b i e n i e p a m i ę c i s ł o w n e j z m y s ł o w e j lub s k o j a r z e n i o w e j, występujące bądź samoistnie, bądź też uwarunkowane bardzo nieznaczniemi zmianami, jako czynnościowy objaw zmniejszonej jej pobudliwości. Oprócz tego dzielimy niemoty na k o r o w e i p o z a k o r o w e we właściwym słowa tego znaczeniu, a więc mające swe siedlisko w uchu średnim lub wewnętrznym, o których szczegółowo pisaliśmy w przyczynku zeszłorocznym. Odpowiednio do tego wszystkiego oprócz podziału niemot na z m y s ł o w e i s k o j a r z e n i o w e (w ośrodku średnim lub tylnym) wyróżniamy niemoty u dorosłych i dzieci, a w obu razach organiczne i czynnościowe, korowe i pozakorowe.

Do niemot organicznych zmysłowych zaliczamy: 1) niemotę ruchową izolowaną przy zmianach w trzecim zawoju czołowym (tak zwana uprzednio niemota ruchowa podkorowa), gdzie chorzy, pomimo braku mowy samodzielnej, mają zachowaną mowę wewnętrzną, to jest rozumieją pismo i mogą pisać; 2) niemotę słuchową (głuchotę wyrazową) przy zmianach w pierwszym zawoju skroniowym, charakteryzującą się tem, że chorzy nie rozumie mowy, a samodzielnie mówi parafatycznie (ponieważ ośrodek skojarzeniowy średni działa bez kontroli pamięci słuchowej zmysłowej) oraz nie może czytać (z powodu braku w umyśle prawidłowych obrazów słuchowych głosek), a więc i pisać (z wyjątkiem osób bardzo wprawnych w pisanu, ale i wówczas napisanego chory nie rozumie); 3) a l e k s y ę i z o l o w ą (percepcyjną ślepotę wyrazową), mającą najprawdopodobniej swe umiejscowienie w okolicy rozgałęzień nerwu wzrokowego (okolica brózdki szponowatej), a polegającą na tem, że chorzy tacy widzą litery, ale ich nie poznają i nazwać nie potrafią, a więc i rozumieć pisma nie mogą ²⁾.

¹⁾ Patrz pracę moją drukowaną w r. b. w „Medycynie“: O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych FLECHSIG'a dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy oraz nauki o niemocie.

²⁾ W przypadkach, gdzie obok utraty mowy samodzielnej chory nie tylko rozumie pismo, lecz może głośno czytać i powtarzać (działanie podnieć obwodowej), mamy czynnościowe osłabienie pamięci zmysłowej ruchowej (tak zwana uprzednio niemota ruchowa transkorowa). Co się tyczy tak zwanej uprzednio ale-

Do niemot organicznych ośrodka skojarzeniowego średniego należy niemota ruchowa, łącząca się zawsze z aleksyą, ewentualnie i agraphią, ponieważ w tym razie mamy utratę wspomnień wyrazowych, a chory nie może przedstawić sobie w umyśle wyrazów, niema więc mowy wewnętrznej pomimo rozumienia mowy.

Do niemot organicznych ośrodka skojarzeniowego tylnego zaliczamy: 1) skojarzeniową niemotę słuchową (tak zwana uprzednio transkorowa słuchowa) przy zmianach okolicy *gyri supramarginalis*, gdzie mimo możliwości bezmyślnego powtarzania, czytania i pisania (automatyczne działanie ośrodka skojarzeniowego średniego) wyrazy nie są rozumiane, a chory mówi parafatycznie; 2) aleksyę skojarzeniową lub skojarzeniową ślepotę wyrazową (tak zwana uprzednio transkorowa aleksya WERNICKE'go) przy zmianach okolicy *gyri angularis*, gdzie mimo możliwości czytania liter i wyrazów (automatyczne działanie ośrodka skojarzeniowego średniego) wyrazy nie zostają połączone z odpowiedniami wyobrażeniami; 3) niemotę optyczną, gdzie przypuszczamy częściowe zakłócenie skojarzeń między ośrodkiem skojarzeniowym średnim i wyobrażeniowym, a głównie jego składnikiem wzrokowym; 4) ślepotę duchową, charakteryzującą się zakłóceniem skojarzeń, idących do wszystkich zmysłów do ośrodka wyobrażeniowego.

Ten sam podział odnosimy do niemot czynnościowych (amnestycznych).

Wyróżniamy między innemi następujące zmysłowe niemoty czynnościowe: 1) ruchową, o której powyżej była mowa (tak zwana uprzednio transkorowa ruchowa); 2) słuchową, do której należą niemoty GRASHEY'a i bardzo wiele innych postaci, szczegółowo uwzględnionych w drugim przyczynku do nauki o zboczeniach mowy; 3) aleksyę, gdzie odnosimy przypadki niemożności czytania wyrazów obok zachowanego czytania liter, dyzleksye i t. d.

Do niemot czynnościowych ośrodka skojarzeniowego średniego należy niemota ruchowa bez aleksyi i agraphii (brak samodzielnego oddziaływania ośrodka, a łączne jego działanie ze wzrokowymi obrazami głosek lub pamięcią ruchów ręki do pisania³⁾).

Nakoniec do niemot czynnościowych ośrodka skojarzeniowego tylnego odnosimy przypadki, gdzie chory rzeczy przedstawionej sobie w umyśle nie może nadać odpowiedniej nazwy.

Oprócz uwzględnienia podanego wyżej podziału niemot winniśmy jeszcze w każdym konkretnym przypadku zwrócić uwagę na postacie mieszane, gdzie obok pewnej zmiany organicznej możemy mieć i objawy czynnościowe.

Najmniej wysświetlona co do swej patogenety, a najważniejsza dla logopatologa jest niemota u dzieci. O ile u dorosłych interesuje nas głównie postać niemoty, przedstawiająca, jak powyżej widzieliśmy, tak różnorodne odmiany, o tyle znów u dzieci, gdzie przeważnie mamy do czynienia

moty czuclowej podkorowej, to objawy jej należą do niemoty pozakorowej we właściwym znaczeniu i mają źródło w narządzie słuchowym. Również aleksyę podkorową różniącą się od zwykłej tem, że przy braku rozumienia pisma zachowana jest zdolność do pisania (przyczem chory napisanego nie rozumie) obok utraty zdolności do przepisywania (koplowania), objaśniamy sobie możliwością pisania bez obrazów wzrokowych, a jedynie przy pomocy chelrokinetycznego czucia ręki, co najczęściej ma miejsce u ludzi bardzo wprawnych w pisanu.

³⁾ Różnica ostatniego rodzaju niemoty od ruchowej zmysłowej pochodzenia organicznego polegała by na tem, że utrata mowy samodzielnej w pierwszym przypadku zależy od zakłócenia pamięci ruchowej zmysłowej, w drugim zaś od upośledzenia samodzielnej zdolności wspomnień wyrazowych.

z głuchotą psychiczną, ewentualnie wyrazową, lub niemotą ruchową przy niedorozwoju umysłowym oraz niemotą ruchową, lub pozakorową we właściwym znaczeniu, przy zachowanej inteligencji, najtrudniejsza co do oryentowania się, a najważniejsza przy rokowaniu, jest mało dotychczas uwzględniana etyologia. Opierając się na materyale z lat poprzednich, jako też i roku bieżącego, na pierwszym planie stawiamy tu niedorozwój psychiczny, poczynając od dziecka zacofanego, a kończąc na zupełnym idyocie, dalej zaburzenia ruchowe u dzieci pochodzenia mózgowego, łączące się bardzo często z mniejszym lub większym upośledzeniem ich sfery umysłowej, oraz przy zachowanej inteligencji, czynnościowe osłabienie pamięci słownych przy upośledzonym odżywianiu kory z jakiegobądź powodu, warunkujące niemotę ruchową pochodzenia czynnościowego, którą w przyczynku trzecim szczegółowo opisałem pod nazwą niemoty wrodzonej u dzieci, wreszcie niemoty pozakorowe we właściwym znaczeniu łącznie z głuchoniemotą.

Pomimo stosunkowo prostych postaci niemoty u dzieci dokładne zdanie sobie sprawy z ich patogenetyki przedstawia bardzo często poważne trudności. Tego rodzaju trudności napotykamy między innymi przy odróżnianiu niemot pozakorowych od niemot zależnych od niedorozwoju psychicznego, a to z powodu często zupełnie niemożliwego do rozpoznania zajęcia błędnika u małych dzieci. W tych przypadkach sądzę, że obok dokładnego zbadania wywiadów, sfery umysłowej, przedmiotowych oznak zwyrodnienia i t. d., ważną rolę może odegrać uskutecznienie pomiarów kraniometrycznych. W ciągu ostatniego roku robiłem je u wszystkich dzieci z niedorozwojem psychicznym, a lubo liczba dotychczasowa, nie przechodząca 24 przypadków, jest zbyt mała, aby z niej już obecnie można było wyprowadzić jakieś stanowcze wnioski, na zasadzie jednak zdobytego w tym względzie doświadczenia przekonałem się, że u tego rodzaju dzieci prawie zawsze można znaleźć zmianę czaszki tak co do jej objętości, jako też i formy, a dane te możemy właśnie spożytkować z wielką korzyścią w przypadkach, gdzie rozpoznanie waha się między niemotą zależną od niedorozwoju psychicznego, a niemotą uwarunkowaną zajęciem błędnika, ponieważ wyżej pomienione zniekształcenia czaszki przy ostatniego rodzaju niemotach prawie nigdy nie mają miejsca.

Najwdzięczniejsze pole do leczenia przedstawiają niemoty u dzieci zarówno korowe, jak i pozakorowe, gdyż prawie wszystkie one są uleczalne, z wyjątkiem chyba zupełnych idyotów, nie przedstawiających najmniejszych śladów inteligencji. Co się tyczy leczenia niemot u dorosłych, to w ciągu bieżącego roku miałem sposobność po raz pierwszy stwierdzić dodatnie wyniki u chorego opisanego w przyczynku zeszłorocznym, a dotkniętego niepełną niemotą zmysłową czuciową (głuchotą wyrazową). Niestety przerwane leczenie nie pozwoliło mi doprowadzić do końca tego ciekawego spostrzeżenia. Przy leczeniu omawianego przypadku przekonałem się, że tam, gdzie ćwiczenia bezpośrednio skierowane do przywrócenia pamięci słuchowej zmysłowej nie prowadzą do pożądanego celu, leczenie tego rodzaju chorych winno opierać się na wyrobieniu ośrodku dotykowo-wzrokowego, któryby mógł zastąpić brakujący ośrodek słuchowo-zmysłowy. W tym celu chorego należy dokładnie wyuczyć fizjologii wytwarzania głosek oraz odczytywania każdej głoski z ust.

Przechodzę obecnie do materyału, jakim rozporządzałem. Spostrzegalem 66 przypadków niemoty, z tych 58 u dzieci, a 8 u dorosłych. W etyo-

logii niemoty u dzieci odnotowałem: niedorozwój psychiczny w 13 przypadkach, zaburzenia odruchowe pochodzenia mózgowego, łączące się również z mniejszym lub większym upośledzeniem umysłu w 5 (w jednym z tych przypadków było prócz tego zajęcie błędnika), niemotę pozakorową w 16, głuchoniemotę w 12, czynnościowe upośledzenie odżywiania kory w 3, mowę opóźnioną w 7, uraz przy zachowanej inteligencji w 1, wreszcie przyczynę niewiadomą w 1.

Z całego szeregu spostrzeganych niemot zależnych od niedorozwoju psychicznego pozwolimy sobie przytoczyć następujące spostrzeżenie, gdzie systematycznie prowadzone leczenie zapowiada wynik dodatni, pomimo że przypadek ten jeden z kolegów neuropatologów zaliczył do ciężkiego idyotyzmu, nie przedstawiającego żadnej szansy leczenia.

Eugenia K., lat 14. W rodzinie złożonej z 6 dzieci pozostało dwie dziewczynki; ona jest młodsza. Babka ze strony matki cierpiała na zboczenie umysłowe, dziadek był bardzo nerwowy. W 2 roku życia przebywała płonącą z wyciekami z uszów, a przed 5 laty dur. Osłabienie inteligencji zdradzało się w bardzo wczesnym dzieciństwie. Do 7 roku życia zanieczyszczała się, śliniła, nie rozumiała mowy i nie wymawiała żadnych dźwięków. Obecny stan następujący. Wyraz twarzy głupekowaty, usta otwarte. Widocznej asymetrii głowy nie daje się zauważyć; słaba asymetria szczęki dolnej wyraża się większą łukowatością z lewej strony. Szczeka górna zachodzi na dolną; uzębienie prawidłowe, podniebienie dosyć wysokie. Brzuch duży. Chora trzyma się pochyło i chodzi bardzo niezgrabnie. Badanie kraniometryczne dało wynik następujący: największa długość czaszki 17,6, największa szerokość czaszki 15, wskaźnik 35,2, obwód głowy 54, największa szerokość czoła 10,4, najmniejsza szerokość czoła 10,2, długość twarzy całkowita 15,2, długość twarzy właściwa 13, szerokość twarzy 10. Badanie przy pomocy taśmy ołowianej wykazało skośność kości czołowej z lewej strony (*plagiocephalia*). Przy badaniu sfery umysłowej zauważyłem, co następuje: percepcye, zdaje się, prawidłowe (z wyjątkiem rozpoznawania barw), spostrzeganie zmysłowe oraz rozpoznawanie ogranicza się zaledwie do najbliższego otoczenia; wyróżnianie bardzo upośledzone, uwagi ani zainteresowania ani śladu. Rozumie się, że o wyższych czynnościach duchowych, jak uogólnianie, porównywanie oraz wnioskowanie nie mogło tu być mowy. Uczucia niższe prawidłowe, nastrój spokojny. Popędu do naśladownictwa prawie niema, ruchy zamiarowe bardzo niezgrabne; dziewczynka nie potrafi sama nic koło siebie zrobić. Rozumienie mowy ogranicza się do najprostszych poznań zmysłowych. Mowy samodzielnej nie ma, a z oddzielnych dźwięków posiada zaledwie kilka łatwiejszych wybuchowych jak *p*, *b*, *t* oraz *m*.

Na zasadzie zebranych wywiadów oraz badania przedmiotowego rozpoznano niemotę zależną od upośledzenia sfery umysłowej, a mianowicie idyotyzmu łagodniejszego stopnia. Leczenie rozpoczęto 25. XI. 96 r. od wyrobienia dźwięków, a następnie składania je w sylaby i wyrazy, które łączono natychmiast z odpowiednimi poznaniem, w następstwie zaś z niższymi pojęciami. Już po 8-miesięcznym leczeniu dziewczynka zrobiła znaczny postęp, gdyż nauczyła się wszystkich dźwięków, powtarzania sylab oraz łatwiejszych wyrazów, a od niedawna mowę swą samodzielną wygłasza prawidłowo wyrazami i krótkimi zdaniami. Chora nadal pozostaje w zakładzie, a na zasadzie dotychczas otrzymanego wyniku sędzę, że mamy wszelką szansę jeszcze większego podniesienia jej poziomu umysłowego oraz przywrócenia, rozumie

się w pewnych granicach, mowy zupełnie prawidłowej. Dziewczynkę tę od samego początku leczenia widział wspólnie ze mną kol. Roszkowski i postęp jego niejednokrotnie potwierdził.

Ponieważ przypadki zaburzeń ruchowych u dzieci pochodzenia mózgowego znane są już czytelnikom z przykładów podanych w przyczynku zeszłorocznym, ograniczam się przeto do zaznaczenia jedynie 2 spostrzeżeń w tym względzie.

Aleksander K., lat 8, skierowany do mnie przez kolegę JAKOWSKIEGO. Ojciec przebywał przymiot i umarł na bezwład postępujący. Rodzina matki bardzo nerwowa. Kilkoro dzieci umarło we wczesnem dzieciństwie. Chłopczyk urodził się we właściwym czasie; mając 9 miesięcy przebywał napad drgawek, po którym zauważono niedowład lewej kończyny górnej; niedowład ten w parę dni w zupełności ustąpił. Zaczął chodzić i mówić w 2 roku życia. Mając 3½ lat dostał ponownego napadu drgawek łącznie z porażeniem lewej połowy ciała bez utraty przytomności, przyczem zwolna zaczął zatracać nabytą już do pewnego stopnia mowę.

Wzmiankowane porażenie powoli ustępowało tak, że obecnie mamy jedynie niedowład lewej kończyny górnej ze skoślawieniem ręki. Podobno pod względem umysłowym rozwijał się dość prawidłowo. Obecny stan następujący. Błady, miernie odżywiony, lewe ucho mniejsze od prawego, język zbacza na prawo. Wymiar przednio-tylny 16,8, szerokość głowy 14, wskaźnik 83,3, obwód głowy 50, największa szerokość czoła 16,6, najmniejsza szerokość czoła 9,6, długość twarzy 13,6, właściwa długość twarzy 10, szerokość twarzy 11,2. Przy badaniu taśmą ołowianą okazało się silne spłaszczenie kości czołowej prawej (*plagiocephalia*). Mowę rozumie, samodzielnie jednak nic nie mówi, gdyż posiada tylko kilka głosek, jak *b*, *p*, *t*. Sfera umysłowa nieco upośledzona, wybitniejszych jednak zboczeń nie przedstawia.

Do tejże kategorii odnosi się przypadek opisany w przyczynku zeszłorocznym, a dotyczący głuptasa, J. B., 8 lat liczącego, z zupełną niemotą, którego mowa pod wpływem 9-miesięcznego leczenia została doprowadzona do tego stopnia, że malec oddzielnymi wyrazami mógł oznaczać wszystkie swe poznania i pojęcia. W roku bieżącym również w ciągu 9 miesięcy zarówno mowa jego, jako też i inteligencja, zrobiły tak znaczne postępy, że chłopczyk najzupełniej prawidłowo mógł wyrazić swoje myśli całemi zdaniami, a dalszy jego rozwój umysłowy powierzono nauczycielowi.

Co się tyczy niemoty pozakorowej, to zasługują na zaznaczenie stosunkowo rzadkie przypadki wyrównywania siłami przyrody obustronnego częściowego zajęcia błędnika, ponieważ stwierdzają słuszną zasadę jej leczenia omówionego w przyczynku zeszłorocznym. Tu odnosimy następujące spostrzeżenia.

Fajga R., 7 rok (Nr. 36). W rodzinie 4 dzieci, ona trzecia, tamte mówią dobrze. Mając rok, upadła na głowę. Zaczęła chodzić w 3 roku, a rozumieć mowę dopiero od roku. Samodzielna mowa ogranicza się zaledwie do kilku wyrazów. Badanie uszu nie wykrywa żadnych zmian. Inteligencja prawidłowa; żadnych oznak zwyrodnienia nie dało się wykryć.

Antoni D., lat 13 (Nr. 59). Rodzina złożona z 5 prawidłowych dzieci, on trzeci. Mając miesiąc, upadł z łóżka i od tego czasu matka zauważyła, że dziecko nie słyszy nawet dźwięków. Żadnych ważniejszych chorób nie przebywał. Mowy nie rozumiał do 5 roku, a zaczął mówić dopiero w 6 roku.

Obecnie rozumie prawie wszystko, mówi jednak niewyraźnie. Badanie nie wykrywa żadnych zmian. Inteligencya prawidłowa.

Następujący przypadek niemoty pozakorowej poucza nas, że częściowe zmiany błędnika nawet dosyć późno mogą się wyrównywać, że więc z rozpoznawaniem głuchoniemoty należy być ostrożnym.

Ch. lat 15 (Nr. 44). W rodzinie 5 dzieci ona druga, trzy siostry głuchonieme; od maleństwa słyszała tylko dźwięki, a mowę nieco w szerszym zakresie zaczęła dopiero rozumieć od 10 roku życia. Nie przebywała żadnych ważniejszych chorób. Obecny stan następujący. Chora prawie zupełnie rozumie mowę, mowa samodzielna niewyraźna. Inteligencya prawidłowa. Badanie uszu, uskutecznione przez kol. GURANOWSKIEGO, wykazało: zegarek słyszy obu uszami na 15 centymetrów, słuchomierz zaś POLITZER'a na przestrzeni 3 metrów, kamertony zarówno przy sposobie WEBER'a, jak i RINNE'go, słyszy jednakowo zarówno przez powietrze, jak i przewodnictwo kostne. Ucho średnie i wewnętrzne z obu stron nie przedstawia żadnych zmian.

Na 58 przypadków niemoty u dzieci tylko w 1 znalazłem wyrosła adenoidalne, które operowałem przy łaskawej pomocy kol. GURANOWSKIEGO.

(C. d. n.).

Notatki neurologiczne.

I. Przypadek płasawicy miękkiej czyli paralitycznej

(*Chorea mollis seu paralytica*)

oraz kilka uwag o istocie płasawicy wogóle.

Z. BYCHOWSKIEGO (Warszawa).

(Dokończenie—Zob. N. 46).

Mimowoli nasuwa się pytanie, jaki jest stosunek zajmującej nas postaci płasawicy do ogólnej płasawicy SYDENHAM'a, jaka jest jej przyczyna.

Co się tyczy pierwszego punktu, to nie ulega wątpliwości, że t. zw. miękka płasawica znajduje się w najściślejszym związku ze swoistą płasawicą SYDENHAM'a. Cały obraz kliniczny, początek, przebieg i zejście miękkiej płasawicy zupełnie obrazowi zwykłej płasawicy odpowiada tembardziej, że w każdym ze znanych przypadków istniały bądź to przed, bądź to po, bądź to jednocześnie z porażeniami i słabe ruchy typowo płasawicze. Zajmująca nas postać płasawicy jest tylko odmianą swoistą.

Wobec wprowadzonego w ostatnich czasach pojęcia o patologicznych równoważnikach — przy padaczce, migrenie — zdawałoby się na pierwszy rzut oka, że i na porażenia przy płasawicy można zapatrywać się jako na zastępcze równoważniki ruchów płasawicznych, tak samo jak przy padaczce JACKSON'a zamiast napadów drgawkowych zdarzają się zastępcze

równoważne napady porażen¹²⁾). Bliższe jednak zastanowienie się nie pozwala tego terminu tu zastosować. Pojęcie o równoważnikach wymaga oprócz istnienia napadów także wolnych zupełnie od nich przerw, napady zaś, którym rolę równoważników przypisujemy, nie mogą się jednocześnie odbywać z tymi napadami, które mają zastąpić. Tymczasem przy płasawicy miękkiej właśnie w kończynach porażeniem dotkniętych można jednocześnie spostrzegać i ruchy płasawicze. Rzecz oczywista, że zjawiska jednocześnie się odbywające nie można uważać za równoważniki wzajemnie się zastępujące.

Jeżeli więc płasawica miękka jest tylko odmianą zwykłej SYDENHAM'a, to rzecz naturalna, że ją taż sama przyczyna co zwykłą płasawicę powodować musi. Za dalekoby nas zaprowadziło, gdybyśmy tu wszystkie liczne poglądy na istotę płasawicy przytoczyć chcieli. Niestety żaden z nich nie jest zupełnie przekonujący i bez zarzutów. Najwięcej zwolenników znajduje w ostatnich czasach teoria o zakaźnem pochodzeniu płasawicy (GOWERS, MOEBIUS¹³⁾), MEYER¹⁴⁾), KASSOWITZ i in.).

Częste występowanie płasawicy po goścu stawowym i płonicy i jednocześnie z zapaleniem wsierdza wiele na korzyść tej teorii przemawia. Czy mamy jednakże prawo przypuszczać, że istnieje swoisty dla płasawicy drobnoustrój¹⁵⁾ (PIANESE¹⁶⁾)? Tymczasem prawie żadnych danych w tym kierunku nie posiadamy. Fakty prędeż przemawiałyby, że płasawica może być następstwem działania na ustrój różnych drobnoustrojów. *Polyneuritis* (pewne postaci) tak samo jest chorobą zakaźną, a wiemy, jaka rozmaitość tu pod względem pochodzenia bywa. Najprawdopodobniej płasawica jest wywoływana przez toksyny drobnoustrojów. Można też sobie wyobrazić, że w wytworach działalności różnych drobnoustrojów znajdują się pewne chemiczne ciała, które przy odpowiednich warunkach w toksynę dla płasawicy swoistą przejść mogą. Coś analogicznego widzimy przy tężyczce, która tak samo przy różnego rodzaju otruciach zjawiać się może (wskutek zaburzeń żółdkowych, braku gruczołu tarczowego, zakażenia i t. d.).

Wychodząc z takiego punktu widzenia na istotę płasawicy wogóle, możnaby i do zrozumienia patogenezy płasawicy miękkiej także się nieco przybliżyć. Możnaby sobie wyobrazić, że przy t. zw. płasawicy miękkiej oprócz toksyny działającej pobudzająco na komórki ruchowe drugiego neuronu [*n. cortico-spinalis*]¹⁷⁾ wytwarza się także toksyna porażająca pierwszy neuron ruchowy (*n. spino-muscularis*) zwłaszcza jego przyrząd końcowy występuje porażenie odpowiednich kończyn, a ruchy płasawicze stają się ledwie dostrzegalne. Aczkolwiek jednocześnie istnienie w jednym neuronie objawów porażenia wydaje się na pierwszy rzut oka dziwne, nie

¹²⁾ LOEWENFELD. Beiträge zur Lehre von der Jacksonschen Epilepsie. Archiv für Psychiatrie. T. XXI. Por. także HIGIERA. Porażenia napadowe natury padaczkowej, Kronika Lekarska, 1897 r. który właśnie na porażenia przy płasawicy zapatruje się jako na równoważniki drgawkowe, zdaje się, niesłusznie.

¹³⁾ Neurologische Beiträge. Zeszyt II.

¹⁴⁾ Beiträge zur Frage des rheum. infectiösen Ursprungs der Chorea. Jahrbuch für Kinderheilkunde. T. 40.

¹⁵⁾ KASSOWITZ. (Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 1892), przyjmuje istnienie swolstego jadu płasawicy.

¹⁶⁾ Riforma medica, 1891, według Blocq, Chorées w dużym Trakté CHARCOT'a, BOUCHARD'a i BRISAUD'a.

¹⁷⁾ Cały obraz kliniczny płasawicy świadczy o cierpieniu drugiego neuronu. Pierwszy, rdzeniomięśniowy nie bywa przy zwykłej płasawicy dotknięty. Nieliczne zresztą dodatnie wyniki anatomo-patologiczne, a także i stara BRIGHT'owska teoria o embolicznem pochodzeniu płasawicy wskazują półkule zwłaszcza ośrodki podkorowe, jako „siedlisko“ tego cierpienia.

należy ono jednakże do nieznaných w patologii nieprawdopodobieństw. Przy wieloogniskowem zapaleniu nerwów (*neuritis multiplex*), cierpieniu κατ'ἑξοχὴν toksycznym, jednocześnie z porażeniami zależnemi od zajęcia pierwszego ruchowego rdzenia - mięśniowego neuronu bywają czasami także w dotkniętych kończynach i ruchy mimowolne, jak atetozą (REMAK ¹⁸⁾, LÖWENFELD ¹⁹⁾ i inni), zależne najprawdopodobniej od podrażnienia w drugim t. zw. korodzeniowym neuronie ruchowym.

Wszystkie rozumowania powyższe są, ma się rozumieć, tylko luźnemi przypuszczeniami, które w przyszłości mylnemi okazać się mogą, ale gdyby nawet na prawdopodobieństwie zyskały, zostałyaby jednakże zupełnie ciemną pokazała ilość przypadków płasawicy, mianowicie te, w wywiadach których niema żadnego zakażenia, a jako moment przyczynowy bywa przytaczane wzruszenie psychiczne. Autorowie, piszący o zakaźnem pochodzeniu płasawicy, przypadki te zwykle ignorują, albo na karb histeryi je kładą. I zupełnie niesłusznie. Są bowiem niewątpliwe przypadki płasawicy, poprzedzane wyłącznie przez jakiś uraz psychiczny. W jaki sposób sprowadzić te przypadki do jednego mianownika z poprzedniemi o pochodzeniu zakaźno-toksycznym?

Następujące uwagi, może być, nieco światła na sprawę tę rzucić potrafią. Silne wzruszenie psychiczne wywołuje czasami przejściowy skurcz naczyń mózgu, wskutek czego następuje przejściowa niedokrwistość i złe odżywianie odpowiednich ośrodków, co zaburzenie w ich działalności (czynnościach) spowodować może. W taki sposób wpływ urazu psychicznego na powstawanie różnych cierpień nerwowych objaśnić sobie można. Opisane są nawet przez autorów zupełnie wiarogodnych zapalenia rdzenia pochodzenia psychicznego ²⁰⁾ (LEYDEN, BRIEGER). W każdym razie takie przejściowe nawet zaburzenia w krążeniu upośledzają na pewien czas odżywianie danych ośrodków i czynią je mniej odpornymi na różne wpływy szkodliwe, jakimi mogą być między innemi i toksyny. Te ostatnie, jak wiemy dzięki licznym badaniom BOUCHARD'a i jego szkoły, JAKSCH'a, BRIEGER'a, BAUMAN'a, ALBU i wielu innych, mogą się wytwarzać wewnątrz tkanek samego ustroju, stąd też bardzo ciekawa nauka o samootruciach, które właśnie w neuropatologii niepoślednie miejsce zajmuje. Otóż czy nie można przypuścić, że i przy płasawicy pochodzenia niezakaźnego ma miejsce pewne samootrucie, występujące zwłaszcza na jaw po urazie psychicznym i towarzyszących mu zaburzeniach w krążeniu. Że samootrucia wywoływać mogą ciężkie cierpienia nerwowe, nie ulega już teraz wątpliwości. T. zw. porażenia okresowe (WESTPHAL'a) są najprawdopodobniej skutkiem takich samootruc ²¹⁾ (BERNHARD, OPPENHEIM, GOLDFLAM), tak samo ciężczka jest tegoż pochodzenia. Padaczkę, przynajmniej niektóre jej postaci, tak samo do samootrucia chcą zredukować zwłaszcza francuscy i rosyjscy autorowie. Istnieje u dotkniętych płasawicą prawie zawsze niedokrwistość i, co za tem idzie, upośledzone „wewnętrzne utlenianie tkanek“ (*intraorgane Oxydation* POEL'a) ustrój dla samozatrucia ²²⁾ znacznie uspasabia, a może nawet istniejące już samootrucie wskazuje. W tym samym kierunku t. j. uspasabiająco dla samootrucia działa, jak

¹⁸⁾ Ein Fall von generalisirter Neuritis i t. d. Neurologisches Centralblatt, 1885.

¹⁹⁾ Ein Fall von multipler Neuritis mit Athetosis. Neurologisches Centralblatt, 1885. Por. także pracę BABIŃSKIEGO: Des Neurites w Traité de Médecine CHARCOT'a, BOUCHARD'a i BRISSAUD'a. T. VI, str. 728.

²⁰⁾ Por. Die Erkrankungen des Rückenmarkes LEYDEN'a i GOLDSCHNEIDER'a. Str. 191 i 395.

²¹⁾ Por. ALBU. Ueber die Autointoxicationen. Berlin, 1895, str. 71 i nast. BORGHIERINI. Digestionsstörungen als Ursache neuropathischer Erscheinungen. Wien. med. Wochenschrift, 1894.

²²⁾ Por. ALBU. Autointoxicationen, str. 112 i następne.

słusznie zauważyli BORGHERINI i ALBU (l. c.), i dziedziczne obarczenie układu nerwowego. A takie obarczenie właśnie bardzo często istnieje przy płasawicy (MOREY, GOWERS, FERÉ, SÉE, OPPENHEIM i inni).

Wszystkie te oddzielnie od siebie stojące punkty można w jednolitą całość połączyć, jeżeli nasze wyżej wypowiedziane przypuszczenie o istocie płasawicy przyjąć. Obejmuje ono różne postaci płasawicy swoistej, nadając im osobną patogenezę²³⁾. Według tego przypuszczenia płasawica powstaje dzięki działaniu jakichś toksyn na drugi ruchowy, t. zw. korordzeniowy neuron. Źródłem tych toksyn mogą być bądź to pochodzące z zewnątrz i rozmnażające się w ustroju pasorzyty, bądź to zaburzenia w przemianie materii (samootrucie). Upośledzone odżywianie neuronu (uraz psychiczny, niedokrwistość) i wrodzona jego zmniejszona odporność (dziedziczne obarczenie) czynią go dla dopływu toksyn bardziej dostępnym. Przy płasawicy miękkiej dotknięty zostaje także i pierwszy t. zw. rdzenio-mięśniowy neuron.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 26 października r. b.

IREŚĆ. 1) SOŁOWIEJCZYK — Przedstawienie: a) chorej po zeszytciu nerwów i ścięgien na przedramieniu, b) chorego po wyluszczeniu całej prawej kończyny górnej. 2) SAWICKI Br. — Przedstawienie chorej po przewiązaniu tętnicy oraz zeszytciu nerwu i ścięgna na przedramieniu. 3) Prof. BRODOWSKI — Uzupełnienie demonstracji mózgu, okazanego na posiedzeniu poprzednim przez K. ZIELIŃSKIEGO. 4) SOKOŁOWSKI — O stosunku cierpień górnego odcinka dróg oddechowych do niektórych ogólnych zaburzeń ustroju.

1) Chora kol. SOŁOWIEJCZYKA zraniła sobie lewą rękę szybą, poczem felczer nałożył jej opatrunek, gdy jednak zjawilo się osłabienie ogólne i gorączka, zgłosiła się do szpitala. Po zdjęciu opatrunku ujrano na powierzchni lewego przedramienia ranę zeszytą, długości 8 cm., od os *pisiforme* ku górze i nazewnątrż; ciekła z niej ropa gnijąca. Szwy zdjęto, poczem okazało się, że przecięte są: *mm. radialis int., ulnaris int., palmaris longus, flexor digitorum sublimis i profundus*, nerw łokciowy i pośrodkowy i tętnica łokciowa. Felczer z wyjątkiem tętnicy przewiązał ścięgna i nerwy. Kol S. ranę rozszerzył, przewiązał tętnicę i pozszywał nerwy i ścięgna. Czucie w palcach wróciło już po 10 dniach, rana zagoiła się po 6 tygodniach, a mięsienie usunęło sztywność w palcach. Drugi chory przedstawiony przez kol. S. jestto chłopiec 10-letni, który przed rokiem spadł z dachu, potłukł sobie rękę prawą i odtąd uskarżał się na ból i opuchnięcie ramienia. Badanie wykazało niedokrewność ogólną i zgrubienie i stwardnienie ramienia prawego; skóra napięta, żyły rozszerzone, mięśni wyczuć nie można, przedramię prawidłowe; ruchy w stawie łokciowym ograniczone, w barkowym swobodne; ciepłota prawidłowa; rozpoznano mięsak kostny ramienia prawego i dokonano wyluszczenia kończyny; przebieg prawidłowy. Nowotwór zajmował trzon i nasadę dolną ramienia.

2) Kol. Br. SAWICKI przedstawił kobietę 30-letnią, którą przed 6-ciu tygodniami przywieziono do szpitala z 22 ranami ciętymi i kłótemi w rozmaitych miej-

²³⁾ Ciężki, często śmiertelny przebieg płasawicy u ciężarnych (*chorea gravidarum*) znajduje według naszego przypuszczenia objaśnienie w znanej wrażliwości ciężarnych na samozatrucie (częste nieustające wymioty, eklampsja i t. d.). Według BOUCHARD'a w ustroju każdej ciężarnej krąży substancje toksyczne.

scach ciała. Kol. S. zwraca uwagę na dwie rany kończyny lewej górnej. Na lewym barku przecięty został poprzecznie mięsień naramienny w $\frac{2}{3}$ jego szerokości i odcięta długa główka m. dwugłowego niemal tuż pod przyczepem; w drugiej ranie na dolnej części przedramienia przecięty był nerw i tętnica promieniowa oraz ścięgno *m. supinatoris longi* w $\frac{2}{3}$ jego grubości. Ścięgno m. dwugłowego po odpowiednim cięciu odszukano w pobliżu środka ramienia i połączono je z górnym odcinkiem szwem GIUDICEANDRE'a, a mianowicie w odległości 3—4 mm. od powierzchni przecięcia przekłóto na linii środkowej górny odcinek igłą z nitką o równych końcach, przecięto nitkę tuż przy uszku igły i związano oba końce prawej nitki na prawej stronie ścięgna, a lewej nitki na lewej stronie. To samo wykonano na odcinku dolnym, poczem, przeciągnawszy odcinki, odpowiednie nitki związane, a resztki nitek nad węzłami odcięto. Tętnicę przewiązano, nerw zszyto dwoma ścięgami łączącymi sam nerw i trzecim—otoczkę, ścięgno *m. supinatoris longi* zeszyto jak wyżej. Pomimo że rękę wypadło ułożyć wyciągniętą (z powodu rany klatki piersiowej) ścięgna pozrastały się dokładnie, a chora odzyskała całkowicie sprawność kończyny.

3) Prof. BRODOWSKI do obrazu mózgu okazanego przez kol. K. ZIELIŃSKIEGO dodaje następujące uzupełnienie. *Fornix tricuspidalis* jest zupełnie zwyrodniały, rozszerzony, twardy i zbity; podobnie jest zmienione *septum pellucidum* z mocno rozszerzoną jamą. W komorze trzeciej znajdują się grube krokiewki, a między ścięzionem *corpus callosum* i *fornix tricuspidalis* delikatne twory krokiewkowate. Dowodzi to wszystko, że sprawa miała charakter zapalny. *Tela chorioidea* i *plexus chorioidei* zanikły zupełnie.

4) Kol. SOKOŁOWSKI omawia w swym odczycie zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych przy zaburzeniach przewlekłych w narządach wewnętrznych. Znajomość ich ułatwia wykrycie zaburzeń ogólnych przebiegających w sposób utajony (cukrzyca), a stosując leczenie ogólne można bez zabiegów szczególnych usunąć cierpienie miejscowe. Przy ocenie zależności omawianych spraw miejscowych od zaburzeń ogólnych spotykamy często trudności, gdyż różne czynniki mogą wywołać ten sam skutek (np. nieżyt przewlekły gardzieli u chorych na dnę może być wywołany przez nadmierne użycie alkoholu, lub przez częste zaziębienia). Gdy jednak przy cierpieniach ogólnych przewlekłych spotykamy w górnym odcinku dróg oddechowych pewne często powtarzające się zaburzenia, to musimy je uważać za cierpienia wtórne. Kol. S. rozpatruje zmiany przy blednicy, cukrzycy, żołądkach i dnach.

W słabych postaciach blednicy widzimy jedynie błądliwość błon śluzowych bez żadnych dolegliwości, gdy w cięższych chore skarżą się na suchość w gardle; błona śluzowa jest wtedy biała wskutek złego odżywiania, a nierzadko sucha wskutek niedostatecznej czynności wydzielniczej gruczołów. To samo bywa w nosie. Inne wreszcie chore skarżą się na uczucie dławienia, trudność w połykaniu i t. p. czucia rzekome, wreszcie na kaszel, budzący podejrzenie gruźlicy; u takich chorych bywają i inne objawy neurastenii; kaszel sam jest uporczywy, wywołuje niekiedy wymioty i inne objawy rzekomo żołądkowe. Leczenie miejscowe u pierwszej grupy chorych jest zbyteczne, bodaj szkodliwe, u drugiej—pożyteczne; co do grupy trzeciej — należy leczyć neurastenię. Zmiany w krtani należą do rzadszych. Przy stopniach wysokich blednicy bywa chrypka, zwłaszcza po mówieniu, niekiedy ból, suchość, wreszcie suchy, urywany kaszel. Przy badaniu widzimy błądliwość błony śluzowej, pewną suchość strun prawdziwych i lekkie porażenie zwieraczy głosni wskutek złego odżywiania mięśni. Pomaga tu tylko leczenie ogólne. Kaszel jest zazwyczaj pochodzenia odruchowego z gardzieli; niekiedy jedynie spotykamy nieżyt suchy; *ozaena* stanowi powikłanie.

W początkach cukrzycy chorzy nie doznają zaburzeń ze strony gardzieli; w okresach późniejszych skarżą się wszyscy na uczucie suchości w gardzieli; wykrywa się wtedy *pharyngitis sicca*. Należy wtedy zbadać moc. Często chorzy skarżą się na odchrząkiwania, występujące niekiedy pod postacią suchego dławiącego kaszlu w nocy. Tu należy się strzedz się mylnego rozpoznania gruźlicy. Leczenie miejscowe jest niezbędne, bo w przeciwnym razie powstaje bezsenność groźna dla chorych wyniszczonych. To samo występuje i w krtani, wzmagając jeszcze bardziej kaszel, którego napady dochodzą do zawrotów głowy krtaniowych, przypominających *vertigo laryngea*. W okresie upadku odżywiania występują na tle niedokrwistości owrzodzenia tylnej ściany krtani; to samo bywa przy rozwoju gruźlicy płuc. Zmiany w krtani są zresztą rzadkie. W nosie zmian nie bywa; zdarzające się nieżyty przerostowe nie zależą od cierpienia ogólnego.

Zoły, choć stanowią poddział gruźlicy, jednak ze stanowiska klinicznego nie są postacią chorobową, a raczej przedstawiają skłonność, zwłaszcza ustroju dziecięcego, do oddziaływania szczególnego na bodźce zewnętrzne. Wpływowi tym ulega szczególnie układ chłonny i błony śluzowe, które ulegają często przerostowi; wydzielina ich jest obfita. W gardzieli są zmiany charakterystyczne: przerost migdałów, łuków tylnych i gruczołów LUSCHKA'ego, zgrubienia tylnej ściany gardzieli, granulacje tamże; sprawy zanikowe są rzadkie. Chory ciągle chrząka, ma suchy, urywany kaszel, dochodzący u dzieci wrażliwych do rzeczywistej nerwicy. Mylnie bywa tu rozpoznawane zapalenie oskrzeli. Owrzodzenia powierzchowne ulegają szybko leczeniu miejscowemu. Rzadsze i uporczywsze są owrzodzenia głębokie, zwykle według kol S. gruźlicze lub przymiotowe. Zmiany w nich polegają na nieżytach przerostowych, powikłanych zwykle cierpieniem skóry, nosa i wargi górnej, często figówką (*sycosis*). Rzadziej występują nieżyty suchy. *Ozaena* jest powikłaniem przypadkowym. Leczenie prócz ogólnego winno być i miejscowe. Zmiany w krtani są rzadkie i zwykle przerostowe pod kliniczną postacią chrypki przemijającej; błona śluzowa tylnej ściany krtani i strun fałszywych jest wtedy zaczerwieniona. Powtarzając się często, wywołuje ona chrypkę stałą; widzimy wtedy jeszcze zgrubienie błony śluzowej, przyjmujące charakter rozlany; niekiedy zgrubienia takie mają postać białawych, nierównych, brodawkowatych wyniosłości, co przypomina sprawę gruźliczą lub nowotworową. Wszystkie te sprawy należy leczyć zarówno miejscowo, jak ogólnie. Opisywane przez ISAMBERT'a i innych owrzodzenia krtaniowe przy zołzach są według kol S. gruźlicze, przymiotowe lub wilkowate. To, co LOEBER opisuje jako zmiany przerostowe podgłośnia przy zołzach, jest tem samem, co kol. S. opisał pod nazwą *laryngitis chronica hypertrophica subglottica*.

Przechodząc do dny, ma kol. S. na względzie zbiór objawów polegających na nadmiernem wydzielaniu kwasu moczowego. Chorzy uskarżają się na uczucie zawady w gardzieli i na odchrząkiwanie; zmiany są charakterystyczne, a polegają na przekrwieniu i zastoju; widać zaczerwienienie, gruby i twardy języzek, granulacje dochodzące wielkości maliny. Stan chorych pogarsza się wskutek palenia, używania alkoholu i t. d. Pomaga tylko leczenie ogólne. Co do krtani, do zmian rzadkich należą spotykane przez VIROHOV'a i LITTEN'a złoże na chrząstkach krtaniowych. Chorzy natomiast często się na dolegliwości krtaniowe uskarżają; nie są one jednak charakterystyczne. Najczęściej bywają chrypki przemijające z powodu przekrwień wskutek przyczyn najrozmaitszych. Zaczerwieniona bywa ściana tylna i wyrostki głosowe. Przy chrypkach uporczywszych zaczerwienione są struny prawdziwe, nawet fałszywe. Spostrzegano również u osób dotkniętych typowymi napadami dny przemijające obrzęki stawów nalewkowo-obrączkowych z chrypką i bólem przy łykaniu. Pomaga tu również tylko leczenie ogólne,

Prof. **BARANOWSKI** zgadza się zupełnie na to, że gruźlicę i zolży należy pod względem klinicznym uważać za dwie sprawy rozmaite. Z zaburzeń towarzyszących dnie należy uważać za związane z chorobą podstawową tylko zmiany w chrząstkach nalewkowych i odpowiednich stawach; nieżyty gardzieli zgodnie z kol. **S.** uważa za zależne od podrażnienia alkoholem i tytoniem. Zaburzenia u osób dotkniętych blednicą winny być przestrożą dla wszystkich specjalistów, by nie stosować leczenia miejscowego, gdy się nie zbadało całego ustroju; zaburzenia te są wynikiem złego odżywiania i zwiększonej wrażliwości. To samo należy sądzić o zaburzeniach przy cukrzycy.

Kol. **REICHMAN** żałuje, że nie poruszono zaburzeń w przewodzie pokarmowym i że nie zostały uwzględnione zaburzenia górnego odcinka dróg oddechowych przy usposobieniu nerwowem t. j. histeryi i naurastenii.

Kol. **FREIDENSOHN** twierdzi, że tylko przy dnie bywają zmiany swoiste w omawianym odcinku dróg oddechowych; zmiany przy blednicy i cukrzycy są albo objawami konstytucjonalnymi i leczenia osobnego nie potrzebują, albo też są poprostu powikłaniami i jako takie traktować je należy.

Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 46).

Sekcja higieny i chorób dziecięcych.

Prof. **PAULI** (Lubeka). **O wpływie pracy szkolnej na zdrowie i rozwój cieleśny dzieci.**

Naprzód mówca robi przegląd krytyczny dotychczasowych zdobyczy na polu higieny szkolnej, a następnie zatrzymuje się na tych cierpieniach, w których powstawaniu szkoła gra ważną rolę. Już w wiekach średnich uskarżano się na przeciążanie dzieci w szkołach, sprawa ta zatem jest bardzo stara. W naszych czasach czynią się pewne starania w celu usunięcia nadmiaru pracy w szkołach, a co zatem idzie, zmiany sposobu nauczania. Jednakże dobre chęci jednostek nie podolają zadaniu, jeżeli cały ogół, a szczególnie rodzice, nie przyjdą im z pomocą. Wszak dzieci są przeciążane pracą nie tylko w szkole, lecz i w domu. Policzmy, ile godzin traci dziecko, oddając się w domu rozmaitym kunsztom i zajęciom, które śmiało możnaby było odłożyć na później. Gra na fortepianie, hafciarstwo, malarstwo, wypalanie na drzewie i t. d. częstokroć nie odpowiadają ani uzdolnieniu, ani chęciom dzieci, a jednocześnie wpływają w sposób szkodliwy na stronę duchową młodego osobnika, utrzymując władze umysłowe tegoż w ciągłym napięciu. Obwiniają szkołę, twierdząc, że przyczynia się ona do zwiększania liczby garbatych, krótkowidzów, że zbyt długie siedzenie źle wpływa na narządy krążenia i t. d. Zapewne, jest w tem dużo prawdy. Jest rzeczą dostatecznie stwierdzoną, że w wielu miejscowościach nieodpowiedni sposób nauczania przyczynia się wielce do powstawania krótkowzroczności i takich objawów ogólnego przeciążenia pracą umysłową, jak bledność cery, wychudzenie, zmęczenie, brak łaknienia, które najczęściej możemy spotkać wśród uczącej się młodzieży. W jakim stopniu wpływa na wzrok pismo ukośne przy pochylem ustawieniu pulpitów szkolnych, dotychczas powiedzieć nie można, prędzej jednak ujemnie, niż dodatnio. Wykazano dalej, że odsetki krótkowidzów wzrastają jednocześnie z latami nauki; tak naprzykład, w szko-

łach elementarnych w okolicach Lubeki znajduje się 1% krótkowidzów, za to w szkołach średnich liczba powyższa dochodzi do 10%, a w gimnazyach nawet do 28%.

Niektórzy higieniści, jak BUEGERSTEIN, powstają na zbyt długie trwanie nauczania w tem znaczeniu, że lekcya w klasach niższych nie powinna nigdy trwać godziny, ponieważ wtedy zbyt wyczerpuje się uwaga dziecka, a STRESBACH i FRIEDRICH dowodnie wykazali, że dwugodzinna przerwa południowa nie wystarcza do zupełnego odpoczynku po kilkogodzinnej pracy przedobiedniej. A zatem byłoby pożądanę przedłużenie odpoczynku (pauz) między lekcyami, skrócenie tychże i zupełne zniesienie lekcyi poobiednich. W Lubece lekcyę trwają zwykle po $\frac{3}{4}$ godziny; przerwa między lekcyami wynosi 15 minut, a popołudniowych zajęć szkolnych niema zupełnie. Należy rozwijać w młodzieży zamiłowanie do ćwiczeń nie tylko umysłowych, lecz i fizycznych, w tym celu popierać gorąco rozwój rozmaitych „sportów“, jak gimnastyka, pływanie, fechtunek, jazda na rowerze i łyżwach i t. d. Przeprowadzenie zadań higieny będzie o wiele łatwiejsze wtedy, 1) gdy lekarze szkolni nie będą mieli charakteru urzędników, lecz doradców z prawem głosu w radzie szkolnej i 2) gdy sami nauczyciele będą dokładnie znali zasady higieny szkolnej. PAULI kończy wyrazami KRAEPELIN'a: „Lekarz i pedagog powinni działać wspólnie. Jeden powinien odkrywać zło i jego przyczynę, a jednocześnie uczynić przystępnymi zasady higieny ciała i ducha, drugi zaś powinien urzeczywistniać wszelkie wymagania nauki w zakresie nauczania i zastosować je w dziale wychowania.

W tej samej sprawie zabrał jeszcze głos d-r SCHMID-MONNARD (Halle). Mówca prowadził swe spostrzeżenia przez szereg lat nad wielu tysiącami dzieci i twierdzi, że dzieci wstępują do szkoły w okresie niedostatecznego rozwoju fizycznego. Przyrost na wadze i we wzroście wynosi w ciągu pierwszych lat szkolnych około 1 kgm., względnie 4,5 cm.; gdy w późniejszych i wcześniejszych latach liczby te są znacznie większe.

W 7-ym roku życia dzieci szkolne przybierają na wadze i wzroście cztery razy mniej, niż dzieci tego samego wieku nie chodzące do szkoły. Dzieci słabsze, a zwłaszcza dziewczynki tracą w szkole przedewszystkiem na wadze. Jak i wpływ wywiera szkoła następnie na wzrost i wagę uczniów, trudno orzec. Wiadome jest tylko, że te dwa współczynniki ulegają stałym wahaniom, zależnym od feryi. Wiadomo również, że szkoła bierze wielki udział w rozwoju chorób zakaźnych i przewlekłych. Pierwsze spostrzegano w pierwszych latach szkolnych przecięciowo częściej, a przebieg ich był daleko cięższy, z większą ilością zejść śmiertelnych pośród dzieci klas niezamożnych, niż zamożnych. Ogólna ilość chorób ostrych jest największa w szkołach z wadliwem urządzeniem wentylacji, a pomiedzy chorymi spotyka się najczęściej rozmaite choroby krwi. Istnieją jeszcze takie szkoły, w których na jednostkę przypada 1,1 cm. sz. powietrza i przecięciowo 3,8‰ CO₂, a czasami liczba ta wzrasta nawet do 6 lub 7‰. W następnych latach szkolnych ilość chorób ostrych maleje, za to powiększa się liczba chorób przewlekłych (ból głowy, rozstrój nerwowy, bezsenność, krwawienie z nosa), ponieważ dzieci mają więcej pracy, nauka trwa dłużej nawet po południu, bez względu na to, że uczniom dokuczają brak ruchu i świeżego powietrza. Do szkół średnich mniej wstępuje dzieci chorych, niż je opuszcza. Dziewczeta i tu chorują częściej niż chłopcy, dopiero w okresie pokwitania ilość zachorowań z 50% opada do 30%. Tego zjawiska nie spostrzegamy w szkołach wyższych. Tam liczba zachorowań wśród dziewcząt dosięga 60%, czemu bardzo sprzyjają dodatkowe zajęcia domowe (np. 14 godzin muzyki na tydzień). W szkołach wyższych męskich znajduje się około 20—25% osobników chorowitych, a tam, gdzie nauka trwa i nonołodniu —

około 40—50%. Zdaje się, że nie tyle szkodliwa jest praca, ile sposób jej podziału w ciągu dnia z zupełnem pominięciem ruchu fizycznego. Nie należy jednak sądzić, że takie forsowne nauczanie przysparza nam ludzi dzielnych i prawdziwie wykształconych; przeciwnie ze szkół wychodzą tylko umięjące wiele osobniki. Należytego zrozumienia rzeczy możemy spodziewać się tylko od mózgu nie przeciążonego pracą. W Szwecyi dokładnie przekonano się o tem, że duża ilość godzin naukowych jest niewiele warta. Urządzenia szkolne wykazały tam, że przy 30 godzinach pracy tygodniowo dziecko znacznie mniej korzysta niż przy 20 godzinach. Tymczasem u nas przeciążanie dzieci pracą umysłową jest rzeczą stwierdzoną, a ręka w rękę z takim stanem rzeczy idzie wzrastanie liczby zachorowań wśród uczniów. Nie możemy pozostać przy obecnym sposobie nauczania; należy go zmienić, jeżeli chcemy utrzymać naszą siłę narodową. Lecz dopóki głos pedagoga będzie miał więcej znaczenia, niż głos lekarza, dopóty nie powinniśmy mieć nadziei polepszenia stosunków obecnych.

Po tem przemówieniu d-r WIRENIUS z Petersburga zauważył, że nadmierne zmęczenie dzieci zależy od czynników następujących: 1) od zewnętrznego urządzenia szkoły; 2) od lichego stanu zdrowia i rozwoju fizycznego dzieci; 3) od przynębiającego działania szkoły; 4) od stosunku, jaki zachodzi między pracą a zdolnościami i siłami dzieci. Pierwsze 3 czynniki posiadają wpływ uboczny, za to 4-ty wywołuje wprost przepracowanie. Za takimi wnioskami przemawia z jednej strony współczesna krytyka antropobiologiczna teraźniejszego systematu pedagogicznego, a z drugiej—typ objawów patologicznych wśród dzieci. Braki panującego obecnie systemu nauczania są następujące: 1) przewaga pracy umysłowej, zatem brak harmonii w wychowaniu; 2) zaniedbanie ćwiczenia narządów obwodowych układu nerwowego (oko, ucho, mięśnie); 3) zaniedbanie rozwoju woli, energii i wogóle strony psychicznej u dzieci; 4) brak ścisłego systemu w nauczaniu; 5) zły stosunek pomiędzy wymaganiami programu szkolnego i przecięciowymi zdolnościami dziecka; 6) godzin nauki jest zawiele, a podział ich jest wadliwy.

Ostatni przemawiał prof. BARANOWSKI (ze Lwowa). Mówca jest zdania, że w porze obecnej wychowanie fizyczne młodzieży wogóle, a w szczególności młodzieży szkolnej jest wielce zaniedbane. Słowa powyższe znajdują potwierdzenie w znacznej ilości przypadków bezkrwistości i nerwowości wśród tak zwanych inteligentnych warstw społeczeństwa. Trzeba zatem położyć silny nacisk na sprawę wychowania publicznego i starać się o zmianę systemu nauczania i wychowania, który powinien opierać się na podstawach higienicznych i fizyologicznych. Główna wada dzisiejszego wychowania młodzieży szkolnej polega na tem, że wychowawcy zwracają największą uwagę na możliwie szybki rozwój sił umysłowych, co samo przez się musi wywierać wpływ niekorzystny na rozwój cielesny uczniów. Tymczasem należałoby przykładając najwięcej wagi do równoległego rozwoju i jednych i drugich władz dziecka, a możemy to osiągnąć tylko przez unikanie przeciążania uczniów nadmierną pracą umysłową.

Przy wyborze i wprowadzeniu w życie nowego systemu wychowawczego powinniśmy mieć na względzie następujące punkty wytyczne. Przeciążenie nadmierne sił fizycznych młodzieży jest tak samo szkodliwe, jak nadmierna praca umysłowa; pewnej ilości pracy umysłowej należy przeciwstawić odpowiednią ilość pracy fizycznej; tak pracy umysłowej jak i fizycznej należy postawić pewne granice, po za które nie wolno wykraczać, lecz które powinny być ściśle zastosowane do wieku i sił młodocianego ustroju.

Teraźniejszy sposób wychowania jest we wszystkich państwach Europy jednostronny zarówno w szkołach elementarnych, jak w średnich i wyższych. Przy-

czyny wskazaliśmy wyżej. Zadaniem tedy higienistów, pedagogów i lekarzy jest zwalczanie tego systemu. Może udałoby się nam osiągnąć cel zamierzony, gdybyśmy postępowali wszyscy i zawsze w tym samym kierunku. Mianowicie należy: 1) zbadać dokładnie, a względnie zmienić lub zmniejszyć program szkolny pod względem jakościowym i ilościowym; 2) zaprowadzić i uczynić obowiązkowym nauczanie wszelkiego rodzaju ćwiczeń gimnastycznych; 3) zaprowadzić obowiązkowe gry wspólne dla uczniów podczas wakacji; 4) zaprowadzić obowiązkowe wycieczki młodzieży szkolnej; 5) urządzić kąpiele obowiązkowe dla wszystkich uczniów; 6) zaprowadzić sanatoria dla dzieci, które rozwijają się nieprawidłowo, a dla słabych i anemicznych — kolonie letnie.

Wskutek powyższych przemówień sekcja 14-ta XII zjazdu międzynarodowego powzięła niżej wyszczególnioną uchwałę: 1) Plan nauczania we wszelkich szkołach należy przejrzeć, ewentualnie wedle potrzeby zmienić, a to w ten sposób, żeby przeciążanie uczniów pracą umysłową nie mogło mieć miejsca. 2) Starać się o wprowadzenie do wszystkich szkół nauki gimnastyki trzy razy w tygodniu, o urządzenie odpowiednich sal i boisk gimnastycznych; w lecie nauka gimnastyki powinna być prowadzona na otwartym powietrzu. 3) We wszystkich szkołach powinny być urządzone wspólne gry dwa razy w tygodniu (w zimie ślizgawka). W tym celu każda szkoła powinna posiadać swoje boisko (plac do gry), których w miastach większych powinno być kilka niezbyt oddalonych od środka miasta. 4) Należy uczynić obowiązującymi wycieczki wspólne dla uczniów raz w tygodniu, zarówno w zimie, jak i w lecie. (Wszystkie powyższe ćwiczenia fizyczne powinny być równomiernie rozłożone na cały tydzień, a to w ten sposób, żeby obok pracy umysłowej umieścić i ruch fizyczny). 5) Obowiązkowe uczęszczanie do kąpeli (natryskowych, jeżeli można to i rzecznych) jest niezbędne dla młodzieży szkolnej. Gdzie okaże się możliwem, wprowadzić i naukę pływania. W tym celu w większych zakładach naukowych należy urządzić kąpiele natryskowe, a gdyby to było niemożliwe, trzeba postarać się o umożliwienie uczniom uczęszczania do kąpeli publicznych. 6) We wszystkich szkołach powinni być fachowo wykształceni nauczyciele gimnastyki, gier i zabaw gimnastycznych, ażeby pod ich kierunkiem i opieką uczniowie mogli oddawać się ćwiczeniom, grom i zabawom według upodobania. Prócz tego wszystkie szkoły i zakłady wychowawcze powinny znajdować się pod stałą i troskliwą opieką lekarską. 7) Dla uczniów szkół rzemieślniczych, przemysłowych i handlowych należy również wprowadzić ćwiczenia i gry gimnastyczne w odpowiednim zakresie. 8) Wychowanie fizyczne dzieci słabo lub wadliwie rozwiniętych powinno odbywać się pod kierunkiem lekarskim. 9) Dla dzieci osłabionych, chorowitych i niedokrwistych powinny powstać kolonie lecznicze przy stacyach klimatycznych, w górach lub nad morzem.

Prof. HEUBNER (Berlin). **O zapaleniu nerek przewlekłym i o białkomoczu u dzieci.**

Na przewlekłe zapalenie nerek u dzieci lekarze zapatrują się dotychczas jako na cierpienie bardzo rzadkie. W rzeczywistości można to powiedzieć tylko o takich typowych postaciach tej choroby, których opisy znajdują się w odpowiednich podręcznikach. Nawet marskość nerek musi być zaliczona do wielkich rzadkości, chociaż lekarze chorób dziecięcych względnie najczęściej ją opisują. A jednakże istnieje pewna postać przewlekłego zapalenia nerek, lecz dokładny jej obraz przechodzi ramy niniejszego odczytu. Pomimo to choroba ta często bywa przeoczana. U takich dzieci nie możemy często znaleźć żadnego objawu, który mógłby nas naprowadzić na ślad właściwy. Słyszymy jedynie skargi na ogólne osłabienie, niedokrwistość i zaburzenia w trawieniu. Jedynie długie trwanie cierpienia lub w końcu nagłe pogorszenie, połączone z krwawieniem pomaga nam

czasem do właściwego rozpoznania. Zewnętrzne własności moczu nie przedstawiają wybitnych cech; przy dokładnem badaniu znajdziemy jednak białko i wałeczki. Cierpienie to należy zawsze odnieść do przebytego niegdyś ostrego zapalenia nerek; choroba ciągnie się nieraz po 20 lat. Przy badaniu zwłok znajdujemy najczęściej marskość nerek, a tymczasem odpowiadające jej objawy mogliśmy stwierdzić dopiero w ostatnim roku życia. Czasami wyzdrowienie następuje w okresie pokwitania. Należy pamiętać, że w wieku dziecięcym zdarza się również t. zw. miejscowy, okresowy białkomocz; jest to rzeczą ważną przy rozpoznawaniu. Ten rodzaj białkomoczu kończy się zwykle pomyślnie, przynajmniej dotąd nie stwierdzono śmierci z tego powodu.

W dyskusyi zabiera głos **Jul. COMBY** (Paryż). Twierdzi on, że zapalenia nerek w wieku dziecięcym są częstsze, niżby to mogło się zdawać, ponieważ w tym wieku dzieci przechodzą wiele chorób zakaźnych (odra, ospa, płonica), do liczby których należałoby może zaliczyć i nieżyty kiszek, którym często towarzyszy omawiane cierpienie. Z drugiej strony istnieje ostre zapalenie nerek bez widocznej przyczyny; tu przebieg najczęściej bywa dosyć łagodny; zawsze trzeba jednak mieć na względzie możliwość następczego zejścia w postać przewlekłą.

Prof. COMBY (Paryż). **O tętnie niemiarowem u dzieci.**

Niemiarowość tętna zwykle trudno jest stwierdzić u dziecka, chyba że ten objaw jest bardzo wyraźny. Przyczyny tego rodzaju zaburzenia w czynności serca są rozmaite, a więc: 1) nerwice serca u dzieci pod innymi względami zupełnie zdrowych; 2) zatrucia środkami lekarskimi (opium, naporstnica, chloroform i t. d.); 3) samozatrucia przy cierpieniach przewodu pokarmowego (żołądka, kiszek, wątroby); 4) skażenie (*dyscrasia*) wrodzone lub nabyte (niedokrwistość, *rachitis*, otyłość); 5) nerwice, jak płasawica, histerya, padaczka; 6) okres zdrowienia. Patogeneza tego objawu polega na pewnych zaburzeniach czynnościowych w zakresie odruchów pochodzenia najczęściej toksycznego. W przypadkach łatwej pobudliwości nerwowej u dzieci objaw ten nie posiada żadnego znaczenia, wyjawszы cierpienia mózgu i serca. Ta niemiarowość nie wymaga żadnego leczenia, gdyż ustępuje sama, jak tylko znikną przyczyny, które ją powodują.

W dyskusyi **prof. ESCHERICH** przypomina, że u dzieci spotyka się niemiarowość tętna nawet i bez wyszczególnionych przez **COMBY**'ego przyczyn. Szczególniej zasługuje na uwagę niemiarowość tętna, spostrzegana przy zaburzeniach w trawieniu, gdzie objawy często przypominają nam zapalenie opon mózgowych, a jednocześnie w moczu można znaleźć aceton i kwas dwuacetoctowy.

Prof. ESCHERICH (Graz). **O tężycze u dzieci.**

Mówca nawiązuje swój wykład do doniesienia, które uczynił na zjeździe w Berlinie. Już wtedy zaznaczał, że u dzieci przy skurczu głośni często można zauważyć obecność objawów tężyczkowych, obecnie zaś jeszcze raz szkicuje cały zbiór objawów. Widzimy wtedy, mianowicie, prócz objawu **TROUSSEAU**'a i twarzonego, jeszcze zwiększenie pobudliwości nerwowej na działanie prądu galwanicznego. Jako nowy objaw opisują toniczne drgawki mięśni całego ciała i krótkotrwałe napady eklamptyczne. Ostatnie powtarzają się często i albo przyłączają się do skurczu głośni, albo występują z nim na zmianę. Jedne i drugie powinny być po-
czytywane za objawy tężyczki, właściwe temu wiekowi. Takie ciężkie postaci tężyczki kończą się w wielu razach śmiercią, a wtedy przy badaniu zwłok można spostrzedz mały stopień wodogłowia lub przerost grasicy [*status lymphaticus* (czy *thymicus* przyp. spraw.)]. Względnie często znajdowano zapalenie oskrzeli i płuc zrazikowe, a trzy razy obrzęk głośni, zawsze zaś zmiany krzywicze. Zdaje się, że wiek chorego jak również pora roku nie pozostają tu bez wpływu. Pomimo to je-

dnak mówca nie zgadza się na to, żeby tężyczka była objawem krzywicy. Przyczyla się raczej do zdania KASSOWITZ'a, który przyczynę obu cierpień upatruje w czynnikach natury zewnętrznej, mianowicie czyni je zależnymi od przebywania w zatechłej atmosferze mieszkaniowej (t. zw. respiratorische Noxen). Wskutek długiego działania tych czynników następuje powstawanie pewnego rodzaju skażenia (*dyscrasia*), a jednocześnie przez nieodpowiednie odżywianie narządu nerwowego występuje stan podrażnienia, który właśnie stanowi podłoże dla opisanego wyżej zbioru objawów.

Od tej samoistnej tężyczki u krzywicowych należy ściśle odróżniać inną jej postać, o wiele rzadszą, opisaną przez autorów pod nazwą tężyczki napadowej. Stosownie do zachowania się przykurczeń ESCHERICH wyróżnia postać przejściową i stałą. Najczęściej można je spostrzegać przy cierpieniach przewodu pokarmowego, rzadziej przyłącza się ona do chorób zakaźnych, a jest niezależna od pory roku i wieku chorego. Na szczególną uwagę zasługuje t. zw. tężec rzekomy. Ma on wiele podobieństwa do tężca prawdziwego, ponieważ i tu chorzy pozostają bez przerwy w ciągu 6—8 tygodni w stanie skurczu tonicznego, który obejmuje całe ciało prócz mięśni rąk, oczu i mięśni oddechowych. Choroba kończy się zwykle wyzdrowieniem. Można by jednak wyrazić pewne wątpliwości, czy podobne przypadki istotnych (*essentieller*) przykurczeń należą do tężyczki.

Po tym odczycie rozwinęła się bardzo żywa dyskusja. Przemawiali HOCHSINGER, BAGINSKY, BRUNS i FRANKL v. HOCHWART. Ostatni zauważył, że w powstawaniu tężyczki przyjmuje udział jeszcze jakiś czynnik zewnętrzny. Tak przynajmniej można by było utrzymywać na tej zasadzie, że tężyczka występuje w jednych miastach częściej, niż w drugich, a w niektórych wcale się nie zjawia. Ostatnia wielka epidemia w Wiedniu datuje się od lat 70-tych, podczas gdy w Paryżu od lat 30-tu wcale nie notowano tężyczki, chociaż dawniej spotykano ją tam dosyć często.

Prof. C. HAJECH (Medyolan). **O ropnem zapaleniu opłucny u dzieci.**

Rozpoznawanie zapalenia opłucny jest daleko trudniejsze u dzieci, niż u dorosłych. Przyczyną tego są pewne czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Pewna liczba ostatnich zależy od właściwości anatomicznych i fizjologicznych młodocianego ustroju, inne zaś zależą wprost od samej sprawy chorobowej. W dalszym ciągu prelegent przytacza objawy, towarzyszące otokowi ropnemu opłucny w rozmaitych okresach rozwoju tej sprawy chorobowej. Na podstawie tych objawów można się zwykle zorientować, z jakim cierpieniem mamy do czynienia, lecz najlepszym dowodem przekonywającym pozostanie zawsze przekłócie próbne. Ta metoda rozpoznawcza nie zawodzi nigdy, jeżeli tylko będzie zastosowana wtedy, kiedy mamy inne objawy kliniczne. Koniec swego przemówienia prelegent poświęcił sprawie leczenia chirurgicznego otoku ropnego opłucny z punktu widzenia internisty.

D-r WERMEL (Moskwa). **Żółtaczka noworodków.**

Żółtaczka noworodków znajduje się w ścisłym związku z temi sprawami, które towarzyszą pierwszym okresom życia zewnątrzmacicznego. Za takim pojmowaniem sprawy przemawiają badania kliniczne i anatomiczne. Ażeby zapobiedz wyługowywaniu żółci z badanych narządów, prelegent przygotował odpowiedni płyn utrwalający, który składa się ze 100 części 90% wysoku i 8 części chlorku cynku, ponieważ ostatni doskonale utrwała barwnik żółci i odbarwia czerwone krążki krwi. Trupy zmarłych przy objawach żółtaczki podzielono na trzy grupy: 1) z żółtaczką ogólną, 2) z żółtaczką tylko narządów wewnętrznych i 3) gdzie barwnik żółciowy był rozlany po całej wątrobie. Zmiany makroskopowe ograniczały się na wybitnych objawach zastoinowych w wątrobie i innych narządach jamy

brzuszej. Wyniki badania drobnowidzowego były następujące. Naczynia włosowate znajdowano rozszerzone, wypełnione odbarwionymi czerwonymi krążkami krwi. Komórki wątroby zawierały mniej lub więcej barwnika złotawego lub czerwonego. Powłoka GLISSON'a czasami bywała obrzękła, barwnik zaś dawał odczyn GMELIN'a, a zatem był pochodzenia żółciowego. WERMEL w ten sposób objaśnia powstawanie żółtaczki. Zastój żylny powoduje rozszerzenie naczyń włosowatych, które uciskają i komórki wątrobowe i przewody żółciowe; wszystko to razem wywołuje zastój żółci w wątrobie. Fakt powyższy łatwo było stwierdzić na trupach dzieci, zmarłych w czasie porodu, gdzie zastój krwi w wątrobie był bardzo wyraźny. Spostrzeżenia kliniczne w zupełności przemawiają za słuszością takiego poglądu. Mianowicie wypróżnienia nie były odbarwione, ponieważ nie wszystka żółć została w wątrobie; mocz zawierał mało barwnika, lecz nie dla tego, że nie było go we krwi, a raczej z tego powodu, że zatrzymały go nerki. Z drugiej strony pod względem klinicznym przekonano się, że żółć zjawiała się w moczu tylko u tych dzieci, u których można było spodziewać się rychłego ustąpienia zaburzeń w krążeniu. Wśród dzieci donoszonych u wieloródek żółtaczkę zanotowano w 22,80%, u pierwiastek w 58,09%, wśród dzieci niedonoszonych i słabych w 96,10%, a wśród przymiotowych w 91,42%. Wszystkie powikłania podczas porodu sprzyjają powstawaniu żółtaczki. Okazuje się zatem, że żółtaczką noworodków znajduje się w ścisłym związku ze sprawą krążenia krwi w wątrobie, krążenie zaś z czynnością narządu oddechowego i krwionośnego noworodka.

O wynikach przekłęcia przy wodogłowie.

Prof. RANKE. O nakłóciu łądźwiowem przy *meningitis tuberculosa* u dzieci.

Odczyt ten był już dawniej referowany w „Medycynie“.

Prof. MONTI (Wiedeń) przedstawił sprawozdanie o wartości nakłęcia łądźwiowego według metody QUINCKE'go. Dokonano go w 15 przypadkach zapalenia opon gruczliczego na podstawie mózgu, w 5 przypadkach zapalenia opon mózgodzeniowych nagminnego i w jednym przypadku ostrego wodogłowia po zapaleniu opon mózgodzeniowych. Sprawozdawca przychodzi do wniosków następujących: 1) Przy *meningitis basilaris tuberculosa* przekłucie łądźwiowe wyjątkowo dostarcza nam danych, na których moglibyśmy oprzeć rozpoznanie; dla tego też nie usunie ono dotychczasowych metod rozpoznawania klinicznego. 2) Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia można powiedzieć, że nakłucie łądźwiowe przy *mening. bas. tub.* niema żadnej wartości leczniczej. 3) W przypadkach ostrych zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego płyn wydobyty zapomocą przekłęcia może nam dopomódz do rozpoznania. 4) Jeżeli cierpienie to trwa już kilka tygodni, wtedy badanie płynu mózgodzeniowego daje wynik ujemny. 5) Pod względem leczniczym kilkakrotne przekłucie łądźwiowe wywiera, zdaje się, wpływ dodatni na przebieg choroby i na zmniejszenie śmiertelności. 6) Przekłucie ciemniaczka w przypadkach wodogłowia przewlekłego z następczem zastrzyknięciem lub bez tegoż preparatów jodu do dziś okazało się bezskuteczne.

Prof. FALKENHEIM (Królewiec) mówił o 12-tu przypadkach wodogłowia gruczliczego ostrego. Wszyscy chorzy zgłosili się bardzo późno. W kilku przypadkach po przekłuciu można było spostrzedz pewną poprawę krótkotrwałą, wszystkie jednak zakończyły się śmiercią. Chociaż więc FREYHAN utrzymuje, że zapomocą wczesnego przekłęcia udaje się wyleczyć *mening. tubercul.*, to, nie przywiązując zbytniej wagi do tego orzeczenia, warto stosować tę metodę choćby w celu przyniesienia choremu chwilowej ulgi. Należy również uciekać się do przekłęcia w tych przypadkach, gdzie zachodzą trudności w rozpoznaniu *mening. tubercul.* i *m. cerebrospin. acuta*. W końcu, co się tyczy wartości leczniczej przekłęcia w przypadkach *menin.*

serosa, trzebaby polegać na doświadczeniach QUINCKE'go i SCHWARTZ'a i prowadzić dalej rozpoczętą pracę z głębokiem przekonaniem, że jeżeli nawet nie uda się otrzymać pomyślnego wyniku leczniczego, to przynajmniej sprawimy choremu pewną ulgę. Za to w przypadkach wodogłowia przewlekłego z wadami rozwojowymi mózgu przekłócie łądźwiowe jest bezcelowe. W innych postaciach tego cierpienia, gdzie jest zachowana komunikacja pomiędzy przestrzenią podpajęczną mózgu i rdzenia a komorami bocznymi mózgu, bez względu na chwilową poprawę po przekłóciu, należałoby stosować je tylko wtedy, jeżeliby poważnie zagrożone zostały ośrodki wzrokowe, władze psychiczne lub wogóle życie chorego. To samo odnosi się do wodogłowia spowodowanego przez guzy mózgu. Wiadomo, że czasem po przekłóciu następowała śmierć wskutek przesunięcia mózgu, spowodowanego przez opróżnienie jednej komory tegoż, jeżeli komunikacja jej z sąsiednimi została przerwana. To też dla uniknięcia takich następstw wypada wykonać nakłócie komory w razie spostrzeżenia jakich zaburzeń w czynności mózgu. W końcu zaznacza mówca, że pod względem leczniczym nie spełniły się nadzieje pokładane w przekłóciu łądźwiowym. Ma ono tylko wartość środka paliatywnego, który umożliwia otrzymanie pewnej ulgi bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego, wartość zaś rozpoznawcza należy do przyszłości. FALKENHEIM zmieni swe zdanie wtedy, kiedy zostanie wynaleziony środek zdolny usunąć zasadnicze przyczyny wodogłowia; wtenczas i przekłócie łądźwiowe będzie dawało lepsze wyniki, niż obecnie.

D-r RACZYŃSKI (Kraków). W ciągu trzech lat ostatnich autor miał sposobność leczenia 28 przypadków wodogłowia zapomocą nakłócia łądźwiowego. Rozpadają się one na dwie gromady. W 21 przypadkach wodogłowia wrodzonego lub nabytego przyczyna choroby była nieznana. Ostatnie 5 rozwinęło się po przebyciu *mening. cerebro-spin.* 17 chorych z pierwszej grupy zgłosiło się do kliniki późno, kiedy głowa była duża. Tu bezpośrednio po przekłóciu obwód czaszki zmniejszył się, lecz stopniowo znów się powiększał i w końcu przechodził objętość pierwotną. W tych przypadkach przekłócie nie zaznaczyło się niczem w przebiegu choroby, chyba swoją nieszkodliwością. W 4-ch przypadkach teje gromady skostniała czaszka nie mogła się powiększać i tu nastąpiło wyzdrowienie, lecz dosyć inteligentne dzieci nie mogły chodzić, odruchy były wzmożone, a ruchy spastyczne. Ponieważ pochodzenie tych zaburzeń upatrywano w nagromadzeniu płynu, wykonano przekłócie lecz bez żadnego skutku. Na zasadzie swych spostrzeżeń mówca wnioskuje, że nie jesteśmy w stanie wyleczyć wodogłowia, usuwając jedynie płyn mózgordzeniowy, należy więc pozostawić przyszłości patogenezę i leczenie tej choroby.

Prof. CONCETTI (Rzym). **Badania chemiczne i bakteryologiczne nad płynem mózgo-rdzeniowym.**

Badanie chemiczne i bakteryologiczne płynu, otrzymanego zapomocą przekłócia dało wyniki następujące: płyn z odczynem alkalicznym posiadał ciężar gątkowy 1005—1010, był zupełnie jałowy, a na zwierzęta nie wywierał żadnego działania. Płyn otrzymany w rozmaitych okresach choroby zawierał około 0,25% białka. Nie można w nim było wykryć ani cukru (glukoza), ani peptonu, ani mocznika, rtęci lub jodku potasu. Soli nieorganicznych było również bardzo niewiele. Można zatem wnioskować, że płyn w przypadkach wodogłowia posiada taki sam skład chemiczny, co i zwykła fizyologiczna ciecz mózgo-rdzeniowa i dla tego uważać go należy nie za płyn wysiękowy lub przesiekowy, lecz za prawdziwy płyn wydzielniczy.

W przypadkach wodogłowia CONCETTI wykonywał przekłócie i badał, jakie działanie wywiera płyn otrzymany na te drobnoustroje, które często spotykano

przy cierpieniach zakaźnych u dzieci (*streptococci*, *staphylococcus pyogenes albus et aureus*, *pneumococcus* i *bact. coli*). W tym celu wykonano cały szereg badań i zwracano uwagę na szybkość, z jaką rozwijają się hodowle po dodaniu do nich wspomnianego płynu i jak działają wyhodowane w ten sposób drobnoustroje na zwierzęta. Okazało się, że po dodaniu tego płynu do hodowli gronkowców występowało zjawisko aglutynacji, a ruchy *bact. coli* stały się powolne. Co się tyczy doświadczeń na zwierzętach, to przekonano się, że zwierzęta, zakażone hodowlami zawierającymi płyn mózgo-rdzeniowy żyły dłużej, niż zwierzęta, służące do kontroli, zakażone hodowlami zwykłymi. Przy badaniu zwłok zwierząt znajdowano albo bardzo małe zmiany anatomo-patologiczne, albo też nie znajdowano żadnych zmian.

Prof. MONTI (Wiedeń). **O wartości leczniczej laparotomii, dokonywanej przy zapaleniu gruczliczem otrzewny.**

Pod nazwę „*peritonitis tuberculosa*“ podciągnięto najrozmaitsze sprawy patologiczne na otrzewnej, aczkolwiek tego samego pochodzenia. 1) Przypadki, w których znajdowano przy badaniu zwłok rozsianą grzlicę prosówkową z wysiękiem, bez żadnych zrostów kiszek, gdzie gruczoły pozaotrzewnowe były albo niezmienione, albo nieco powiększone. 2) Takie przypadki, w których gruczoły były zserowaciale, w jamie brzusznej znajdowała się pewna ilość płynu wysiękowego i istniały zrosty pomiędzy kiszками. 3) Szereg przypadków z objawami li tylko *periton. adhaesivae*, wyrażonej pod postacią mocnych, trwałych zrostów, bez wysięku i zmian w gruczołach. 4) Nakoniec spostrzegano tylko owrzodzenia grzlicze (kiszek), które były przyczyną zrostów między kiszками i oddzielne otorbione ropnie wewnątrzotrzewnowe, powstałe wskutek rozpadu nowotworzeń grzliczych, *tuberculoma*.

Spostrzeżenia prelegenta ograniczają się do 4½ lat ostatnich, w ciągu których miał sposobność spostrzegania 21 przypadków *peritonit. tuberculosae*. 10 przypadków przedstawiało obraz grzlicy prosówkowej otrzewny z obfitym wysiękiem surowiczym bez żadnych powikłań. Z tych 3 leczono zapomocą środków wewnętrznych i w dwóch przypadkach nastąpiło wyleczenie, a w jednym poprawa. Laparotomię stosowano w 7-iu przypadkach; wszyscy chorzy wyzdrowieli, pomimo to że u jednego było powikłanie w postaci powiększenia gruczołów pozaotrzewnowych. Nawrót choroby z wysiękiem spostrzegano tylko raz po laparotomii, lecz i tu leczenie wewnętrzne doprowadziło do wyzdrowienia. U tego samego chorego po trzech miesiącach wystąpiło zapalenie grzlicze stawu łokciowego i jednego jądra. Za to w tych przypadkach, gdzie gruczoły krezkowe uległy zserowaceniu i medycyna wewnętrzna i chirurgia okazały się bezsilne: i jedna i druga metoda dały zły wynik. To samo zupełnie można powiedzieć o 7-iu przypadkach ze zrostami i bardzo małą ilością wysięku. Laparotomię wykonano tylko raz jeden. Chory zmarł, a przy badaniu zwłok okazało się, że operacja przyspieszyła zejście śmiertelne.

Prelegent przychodzi do wniosków następujących: 1) Przy leczeniu wewnętrznym *peritonit. tuberculosae* z wysiękiem surowiczym można otrzymać zejście pomysłne, lecz leczenie trwa znacznie dłużej, niż po laparotomii. 2) Leczenie chirurgiczne daje bardzo dobre wyniki, lecz nie zapobiega nawrotom cierpienia lub występowaniu tegoż pod innemi postaciami. 3) W tych przypadkach, gdzie istnieją mocne zrosty między kiszками, a ilość płynu wysiękowego jest nadzwyczaj mała, gruczoły zaś krezkowe są powiększone, wyniki laparotomii są niepomysłne, a nawet mogą prowadzić do złych następstw. 4) Dotychczas posiadamy zbyt mało doświadczenia, ażeby stanowczo wyrokować o wartości leczenia chirurgicznego grzliczego zapalenia otrzewny. Możemy tylko napewno utrzymywać, że laparotomia

w przypadkach gruźlicy otrzewny daje bardzo pomyślne wyniki lecz tylko wtedy, kiedy w jamie otrzewny znajduje się wysięk surowiczy bez zrostów i bez powiększenia gruczołów krezkowych.

Prof. v. BOKAY (Budapeszt). **Intubacja w praktyce dziecięcej poza błonicą.**

Intubację stosujemy u dzieci nie tylko w przypadkach błonicy, lecz i przy innych cierpieniach tchawicy, które dadzą się zebrać w 4 grupy następujące. 1) Przy zwężeniach krtani pochodzenia przymiotowego, przy zwężeniach innego pochodzenia i przy *laryngitis subglottica chronica hypertrophica*. 2) Przy tak zw. „Dacanulement-Schwierigkeiten*). 3) Dla ułatwienia wydobywania ciał obcych, uwięzionych w górnym odcinku dróg oddechowych. 4) Jako zabieg pomocniczy przy tracheotomii.

W celu należytego oświeślenia powyższego orzeczenia BOKAY przytacza ośm przypadków z praktyki dziecięcej. W pierwszym przypadku chodziło o bliznowate zwężenie krtani pod postacią bliznowatej przegrody. Wykonano laryngofisurę, a następnie w ciągu półtora roku robiono intubację. Nastąpiło zupełne wyleczenie. W drugim przypadku było również bliznowate zwężenie krtani z całkowitem prawie zamknięciem światła. Zastosowano intubację w celu rozszerzenia zwężenia. Wynik pomyślny. Przypadek czwarty stanowiło bliznowate zwężenie tchawicy pochodzenia przymiotowego, które usunięto szybko zapomocą intubacji. W piątym przypadku stosowano intubację z powodu *chorditis vocalis inferior*, ponieważ rurki SCHROETTER'owskie nie przynosiły żadnej poprawy. Wynik dobry.

Ażeby dowieść, jaką korzyść przynosi stosowanie metody O'DWYER'a przy „Dacanulement-Schwierigkeiten“, prelegent przytacza dwa przypadki z własnej praktyki. W jednym zapomocą intubacji udało się usunąć kaniulę, którą chory. nosił 6 lat. U drugiego chorego nie można było usunąć kaniuli, którą mu założono z powodu zwężenia spowodowanego przez ziarninę bujającą. Po zastosowaniu intubacji osiągnięto cel zamierzony ze stosunkowo niewielkim wysiłkiem. Przypadek ten jest bardzo ciekawy, ponieważ dotyczył jednorocznego dziecka. Jako środka pomocniczego użył autor intubacji w jednym przypadku, gdzie chodziło o wydobywanie kawałka skorupki jaja u dziecka 7-miesięcznego. Założono rurkę i zgnieciono skorupkę, którą następnie dziecko wykrztusiło. O stosowaniu intubacji przy tracheotomii autor ogłosił osobną pracę, a na podstawie 70 spostrzeżanych przypadków gorąco poleca tę metodę. Poza tem BOKAY stosował intubację przy ostrem zapaleniu i obrzęku krtani, przy skurczu głośni, krztuscu, *papillomata laryngis multipl.* i przy zwężeniu górnej części tchawicy, spowodowanem wskutek ucisku tchawicy przez obrzmiałe gruczoły. W końcu prelegent poleca gorąco nowy przyrząd intubacyjny O'DWYER'a przy stosowaniu sztucznego oddychania.

(C. d. n.).

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. październik r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 88 (m. 47, k. 41), przybyło w październiku 127 (m. 53, k. 47), wypisało się 103 (m. 48, 60), zmarło 18 (m. 11, k. 7); pozostało na miesiąc następny chorych 89 (m. 41, k. 48).

Ogólna liczba chorych była mniejsza niż we wrześniu dzięki głównie wygaśnięciu biegunki krwawej i znacznemu zmniejszeniu się płonicy. Do pomyślnych

*) Niemożność usunięcia kaniuli.

jednak miesiąc ubiegły nie należał, gdyż widzimy stopniowe znowu zwiększenie ospy, bardzo często występującą odrę i względnie liczne przypadki tyfusu brzuszego.

Najlichnieszą rubrykę stanowiła o s p a, której mieliśmy przypadków 24 (m. 9, k. 15), przeważnie u dorosłych, nieszczepionych. Śmiercią zakończyły się 4 (m. 3 k. 1) przypadki u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Stare Miasto 10, Pokorna 6, Rybaki 6, Nowowielka 5, Wspólna 34, Młynarska 10, Krakowskie Przedmieście 12 i 61, Piwna 2, Franciszkańska 18 i 2, Nowolipki 31, Nowomiejska 3, Książęca 1, Podwale 15, Szpitalna 4, Jerozolimka 58, Nowolipie 17, Dziekania 1, Niecała 4, oraz wsie: Budy, Wola, Wilki i Czyste.

Drugą rubrykę, 3 razy większą, niż w ubiegłym miesiącu stanowiła o d r a, której mieliśmy przypadków 20 (m. 10, k. 10), przeważnie u dzieci, z których połowa prawie pochodzi ze szpitala Dz. Jezus. Przebieg choroby nie jest zbyt ciężki. Przypadków śmierci nie było. Chorzy pochodzili z ulic: Nowolipki 75, Wspólna 7, Szpitalna 4, Ptasia 4, Daniłowiczowska 16, Bednarska 22, Miodowa 6, Królewska 43, Sienna 15, Prosta 48 i szpital Dz. Jezus (przypadków 9).

W jednej mierze trzymała się r ó ż a, której mieliśmy przypadków 23, (m. 7, k. 16), z których jeden z powodu powikłań zakończył się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic: Św. Jerska 16, Chłodna 5, Brzozowa 35, Solna 16, Krochmalna 34, Senatorska 10, Złota 44, Orla 6, Jerozolimka 84, Brzeska 2, Nowomiejska 9, Wołyńska 41, Dobra 41, Kapucyńska 5, Długa 30, Królewska 2, Bielańska 2 i wsie: Ochota, Babolin, Kamieniec, Michałki, Piastowo i Strykomice.

Na szczególne zaznaczenie zasługują liczne wciąż przypadki tyfusu brzuszego, którego mieliśmy aż 16 przypadków (m. 10, k. 6) i to z różnych punktów w śródmieścia. Przebieg choroby jak dotychczas jest przeważnie bardzo ciężki.

Śmiercią zakończyły się 2 przypadki. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Stare Miasto 2, Pańska 43, Hrubieszowska 10, Wolska 47 i 28, Leszno 25, 35 i 45, Grzybowska 39, Waliców 15, Podwale 19, Dzielna 24, Św. Jerska 10, Towarowa 54, Nalewki 15 i wieś Moczydłów.

Tyfusu wysypkowego mieliśmy dwa przypadki (Oboźna 7, Pańska 103) zawleczone do nas przez chorych z Lublina.

Na zaznaczenie również zasługuje znaczne zmniejszenie płonicy, której mieliśmy tylko przypadków 5 (m. 3, k. 2) z ulic: Aleksandrya 10 (2 przypadki), Bednarska 10, Dobra 63 i Chmielna 10. U 2 chorych z zeszłego miesiąca przebieg z powodu powikłań był niepomyślny.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 5 przypadków biegunki krwawej, po 4 — zapalenia płuc włóknikowego i zapalenia gardła, po dwa przypadki błonicy gardła i gruźlicy płuc oraz po 1 przypadku gorączki p o ł o g o w e j i z i m n i c y.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy 8 przypadków niezżytu żołądka i kiszek, 3—gościca, 2—pokrzywki, oraz po jednym przypadku rozedmy płuc, zatoru mózgowego i uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 9 (m. 7, k. 2).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 51 (m. 30, k. 21).

J. Szwańcer.

Wiadomości bieżące.

— Z nadesłanego nam sprawozdania z działalności Towarzystwa Dorażnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie dowiadujemy się, że za czas od 21 lipca r. b. do 1-go października, czyli w ciągu około półtrzecia miesiąca wzywano pomocy Towarzystwa 569 razy, w tem: osoby prywatne 304 razy, policja 198, fabryki 51, instytucje 16 razy. Pomocy tej udzielono w 488 przypadkach. Najwięcej z pomocy korzystało mężczyzn, bo 323, kobiet 137, dzieci (do lat 10) 28. Robotnicy oraz rzemieślnicy i wyrobnicy potrzebowali jej najczęściej, bo przeszło w 300-stu przypadkach głównie w wieku lat od 20 do 40, choć i na osobach od 70 do 90 lat liczących nie zbywało. Pomocy chirurgicznej udzielono w 265 przypadkach, w chorobach wewnętrznych 172. Samobójstw i zabójstw w ciągu tego czasu zaznaczono 18. Przeciętna liczba wezwań dziennie wynosiła 8. Od chwili alarmu do wyjazdu powozu ratunkowego z początku upływało około 6-ciu minut, dziś przy prawie 3 minuty na to wystarcza. Obecnie Towarzystwo posiada 8-iu lekarzy prócz zarządzającego i 4-ch sanitariuszów. Korespondencja jest dość liczna, za czasów bowiem wysłano 515 numerów. Całkowity wpływ wynosił 8421 rs., obecny zaś rezydent 3,540 rs. Liczba wszystkich członków wynosi 486. Dodać należy, iż sprawozdanie jest bardzo szczegółowo opracowane według wyczerpującego schematu dającego odpowiedź na wszelkie pytania, jakie z punktu widzenia statystycznego mają rację bytu. Do Towarzystwa zapisać się powinni wszyscy lekarze, przez co instytucja zyskałaby nie tylko moralne lecz i materialne poparcie, a skromna składka rs. 5 chybaby nikogo nie zrujnowała.

— Osada Puńsk w gub. Suwalskiej potrzebuje lekarza. Okolica zamożna, ludność w połowie polska w połowie litewska. Parafia liczy 16,000 osób, przy kościele 5 księży. Lekarz ma zapewnione mieszkanie, a utrzymanie daje proboszcz. W promieniu przeszło 3-milowym niema lekarza i apteki. W bliskości stacya kolei Grodno-Olita. Wiadomości bliższe u miejscowego aptekarza. Adres: Saski st. poczt. Szypliszki Suwalska Gub.

— Koledzy Arkadyusz PUŁAWSKI oraz Kazimierz ZIELIŃSKI mianowani zostali ordynatorami oddziałów chorób wewnętrznych, pierwszy z nich w szpitalu D-ka Jezus, drugi zaś w szpitalu na Pradze.

— 18 października r. b. wyszedł pierwszy zeszyt 150 tomu wydawanego przez VIRCHOW'a „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“. Godne jest zaznaczenia, że przez całe 50 lat redaktorem tych 150-iu tomów był jeden i ten sam człowiek, t. j. VIRCHOW.

— Miasto Chicago posiada 3,239 zarejestrowanych lekarzy, 24 towarzystw lekarskich i 23 własnych lekarskich wydawnictw (czasopism).

— Szwajcarska fabryka luster St.-Gobain wyrabia nowy rodzaj szkła, opalin. Jest to rodzaj szkła opalowego nie zawierającego żadnych domieszek metali i nie ulegającego wpływowi kwasów. Szkło to może mieć bardzo obszerne zastosowanie w salach operacyjnych.

— D-r HUFSCMIDT bardzo zachwala oczyszczone owsiane otręby do napychania niemi sienników i poduszek. Otręby oczyszczają się zapomocą przepłukiwania ich kilkakrotnego w zimnej wodzie, poczem suszą się w cienkich warstwach. Pościel z otrębów jest bardzo miękka, sprężysta. Koszt otrębów bardzo mały, około 9 kop. w złocie na jedno łóżko.

— Zmarli. Dr. Andrzej WALENTOWICZ, profesor weterynaryi na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego, zmarł w Krakowie w dniu 8 b. m. po długiej i ciężkiej chorobie licząc lat 47.

-- W Warszawie w dniu 10 listopada d-r Marek Maksymilian CHŁASIEWICZ, lekarz powiatu Olkuskiego, w 82 roku życia.

— Tegoż dnia i miesiąca d-r Bolesław MAKOWIECKI w 27 roku życia.

— W dniu 30 z. m. d-r Grzegorz TIGER w 50 roku życia.

-- D-r MIKULSKI w Szepetówce