

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Dlaczego dziecko rośnie? Napisał A. Goldenberg. (Dokończenie). — O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Opisał K. Sacewicz. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 76. Ichthalbina w pedyatrii. 77. O pozornym samoistnem powiększeniu się serca u dzieci. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie z dnia 13 września r. b. — Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. — ODCINEK. Działalność ruchomego oddziału ocznego w Ostrołęce. Podał Michał Januszkiewicz. (Dokończenie). — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Goldenberg — La cause de la croissance de l'enfant. 2) D-r K. Sacewicz — Sur de certains troubles des fonctions sexuelles.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Goldenberg — Ueber die Ursache des Wachstums des Kindes. 2) D-r K. Sacewicz — Ueber gewisse Störungen der sexuellen Thätigkeit.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Dlaczego dziecko rośnie?

(Z powodu szkicu klinicznego St. Kamińskiego p. t. „O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii“).

Napisał

ARKADYUSZ GOLDENBERG.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 40).

d) Choroby nerek. Gdyby nerki były znużone, jak to twierdzi autor w części fizyologicznej, to musiałyby częściej podlegać chorobom, mała byłaby nadzieja na ich *restitutio ad integrum*, i wogóle rokowanie u dzieci byłoby gorsze. Choroby nerek są rzeczywiście u dzieci częstszym objawem, wikłającym różne, prawie wszystkie choroby. Nie jest to jednak skutkiem ich znużenia, lecz większego narażania się na różne złe wpływy. Gdyby statystyka dowiodła, że z innych członków społeczeństwa lekarz najczęściej (lub jego dzieci) zapadają na choroby zaraźliwe, nikomu do głowy by nie przyszło przypisywać to mniejszej jego (lub ich) odporności, znużeniu i t. p. Czem kto wojuje, od tego ginie... Zresztą choroby nerek są różne.

Białkomocz nie jest jeszcze chorobą nerek. Przytem dzieci częściej od dorosłych zapadają na szkarlatynę (płonicę), najczęściej ze wszystkich innych chorób infekcyjnych jak dzieci, tak i dorosłych, wikłającą się zapaleniem nerek.

e) O chorobach skóry można *mutatis mutandis* powiedzieć to samo, co i o nerkach

f) Choroby nerwowe. W „spisie rzeczy“, poprzedzającym ten rozdział, czytamy: „Nerwy i mięśnie są u dziecka stale zmęczone. Próba zastosowania tego faktu do objaśnienia specjalnych cech zaburzeń nerwowych u dzieci“. Autor przytem robi zastrzeżenie, że „nie stawia tu żadnej teorii, nie chce objaśniać zjawienia się tych a nie innych chorób nerwowych u dzieci przy pomocy faktu istniejącego (?) zmęczenia nerwów i mięśni.... Chodzi mu o wynalezienie warunków, wskutek których choroby (nerwowe?) wieku dziecięcego przebiegają w nieco odmienny, niż u dorosłych, sposób“ (str. 116—117).

W rzeczywistości jednak w całym tym rozdziale znajdujemy tylko 2 miejsca, traktujące o odmiennem zachowaniu się narządów dziecka w chorobie, oparte na zmęczeniu układu nerwo-mięśniowego, reszta zaś—jakie $\frac{9}{10}$ rozdziału—poświęcona jest dowodzeniom 1) dlaczego po 6-ym miesiącu zjawia się u dzieci usposobienie do drgawek, 2) dlaczego u noworodka z drzewego nerwy czuciowe są mniej pobudliwe, 3) dlaczego dzieci podlegają t. zw. *poliomyelitis ac. ant.* i to tylko po 5-ym miesiącu życia, 4) dlaczego podlegają płasawicy, 5) dlaczego trzeba u noworodka z drzewego mniej przerw prądu do wywołania tężca 6) dlaczego choroby układu nerwo-mięśniowego są u dzieci i w wieku młodzieńczym „nadzwyczaj częste“, 7) dlaczego alkohol tak szkodliwie działa na zdrowe dzieci i 8) dlaczego, wreszcie, są tak częste objawy przeciążenia fizycznego i umysłowego u nich (choroby szkolne).

Widzimy, że kol. KAM. nie chciał objaśniać zjawienia się tych, a nie innych chorób, a prawie wyłącznie tem się zajął. Przypuśćmy, że autor uważa swoją pracę tylko za szkic. Ale czy godzi się być tak... roztar-nionym?

Ale i to, co mówi nawet „niechęący“, jest też wodą na nasze koło. Przecież, gdyby dowiódł, że niektóre choroby nerwowe są u dzieci częstsze, lub pewne objawy nerwowe są wyłącznie im właściwe, i że to wszystko pochodzi ze zmęczenia, to tem samem dowiódłby istnienia tego zmęczenia i zrobiłby ważne odkrycie dla naszej nauki.

Nerwy czuciowe u noworodka są mało wrażliwe. Jestto fakt zdobyty przez badanie. Autor przypisuje to zmęczeniu jego układu nerwo-mięśniowego. Przedewszystkiem, czem się mogła zmęczyć istota, która dopiero na świat przyszła? Po drugie, dlaczego tej zmniejszonej wrażliwości niema później, kiedy według kol. K. zmęczenie trwa przez cały okres dzieciństwa, dlaczego około 5—6 miesiąca, kiedy, według autora, zjawiają się „nowe przyczyny, powiększające zmęczenie“, wrażliwość nerwów czuciowych, według słów tegoż autora, „może przewyższa wrażliwość u dorosłego“ (str. 118)? Bo w tym czasie zjawia się usposobienie do drgawek i do *poliomyel. ant. ac.* Dlaczego usposobienia do drgawek i *poliom.* nie było wcześniej, i dlaczego niema go tak często u dzieci starszych, np. w 7-ym roku? Bo wcześniej zmęczenie już poszło na zmniejszenie wrażliwości, a później w 7-ym roku idzie na usposobienie do płasawicy i do chorób szkolnych. Takie rozumowanie nie wytrzy-

muje krytyki. Czy choroby nerwowe są tak częste w wieku młodzieńczym? Wcale nie! Można powiedzieć napewno, że choroby nerwowe są w tym wieku rzadsze. Na str. 129, czytamy „w drugim roku życia powstają lub rozwijają się choroby nerwowe: jestto okres najczęstszego zjawiania się bezwładu dziecięcego i zapalenia opon gruczołowego“ (nie tak dużo). Po 7-ym roku „do czasu dojrzewania płciowego dzieci chorują dosyć rzadko“.

Dlaczego teżec powstaje pod wpływem mniejszej ilości przerw prądu u noworodka tylko, a nie u dzieci starszych, chociaż i u nich układ nerwo-mięśniowy jest „zmęczony“ — tego autor nie wyjaśnia. Szkodliwego działania alkoholu na dzieci (drgawki, płasawica) niema powodu opierać na zmęczeniu mięśni i nerwów, bo nie ma związku żadnego między jednym a drugim.

Wreszcie owe objawy przeciążenia fizycznego i umysłowego i choroby szkolne (krótki wzrok i t. d.) nie wynikają ze zmęczenia ustroju jego czynnościami fizyologicznymi, lecz warunkami zewnętrznymi, z winy rodziców i pedagogów.

Pozostają nam jeszcze owe 2 miejsca, w których autor spełnia swoją obietnicę i rozpatruje wpływ zmęczenia układu mięśniowo-nerwowego na odmienny przebieg chorób u dzieci.

1) „Przyspieszenie nadmierne tętna i oddechania w chorobach gorączkowych, a tego ostatniego we wszystkich zaburzeniach narządu oddechania ma swe źródło w zmęczeniu mięśni dziecięcych“ czytamy na str. 119.

Przyspieszenie tętna i oddechania wydaje nam się tylko nadmiernem; bo, jeżeli tętno u dziecka rocznego przy gorączce dojdzie do 210, a u 5-letniego do 150, to się powiększa tylko o $\frac{1}{2}$, normalnej częstości, jak u dorosłego, gdy sięga 120. To samo z oddechem; obserwowałem przeszło 110 tyfusów brzusznych u dorosłych i prawie stale liczyłem 40 oddechów na minutę, to jest przeszło 2 razy więcej, aniżeli powinno być, coś dziwnego, że dziecko roczne ma 60 oddechów, częstość tylko $1\frac{1}{2}$ razy większą od normalnej. Po co tu uciekać się do problematycznego zmęczenia (a w drugim miejscu (str. 86) do nadmiernej pobudliwości ośrodków)?

2) Jeżeli *poliomyelitis ac. inf.* zaczyna się od bezwładu ogólnego z powodu zmęczenia układu nerwo-mięśniowego, to dlaczego taki sam początek widzimy często i u dorosłych, dlaczego ogólnym bezwładem nie zaczyna się *meningitis cerebro-spinalis epidemica* u tego samego zmęczonego dziecka, dlaczego wreszcie zostają trwałe bezwłady jednej kończyny, gdy są zmęczone wszystkie?

Nie widać więc i tutaj nietylko najmniejszego związku między „innym przebiegiem chorób nerwowych“ u dzieci a zmęceniem, ale nawet nie dowiedziona została częstość chorób lub istnienie pewnych dzieciom właściwych objawów nerwowych w zależności od zmęczenia, nie widać nawet i tutaj, jak i w części fizyologicznej, dowodów zmęczenia, o którym tutaj najstosowniej byłoby się dowiedzieć.

g) Zaburzenia w przemianie materii i gorączka. Ponieważ w tym rozdziale autor nie wspomina o zmęczeniu, niezastosowaniu, małej oszczędności ustroju, — pomijam, go milczeniem.

h) Wnioski ogólne co do patologii i terapii wieku dziecięcego.

Powinny być te wnioski takie: dziecko podlega niektórym chorobom w pewnych latach jemu tylko właściwym lub chorobom ogólnym, spotykającym i u dorosłych, lecz z odmiennym przebiegiem. Przyczyną tego jest nie

zła budowa narządów, nie praca ich nad siły, nie zmęczenie, lecz odmienna wielkość, budowa i czynności narządów. Dziecko nie jest człowiekiem dorosłym w miniaturze, lecz człowiekiem innym.

Tylko takie pojęcie młodego ustroju w jego zdrowiu i chorobie powinno być podstawą jego wychowania i leczenia. Nie dla tego dziecko zapada na pewne właściwe swemu wiekowi choroby, że narządy jego są mniej doskonałe, niż u dorosłego, lecz dla tego, że rodzice i pedagodzy traktują je, jako człowieka w miniaturze: jeść mu dają nie to, do czego ma przystosowane przez naturę narządy, lecz to, co i dorosłemu, tylko tyle a tyle razy mniej, zajmować mu się każą nie taką pracą lekką i urozmaiconą, do której ma upodobanie i odpowiednią czynność narządów, lecz tyle a tyle razy złejszą, niż dorosłemu (i to nie zawsze).

Dla tego też i leczenie chorób powinno być stosowane nie według tablicy HUFELAND'a, lecz według wskazówek fizjologicznych i klinicznych dziecka. Dla tego przebieg choroby tej samej nazwy, co u dorosłego, jest u dzieci inny i inne rokowanie.

Mówiąc o rokowaniu, nie można ominąć żywotności młodego ustroju. Co to jest żywotność ustroju wogóle? Przez żywotność ustroju rozumiemy odporność jego w chorobie. Czy dziecko ma więcej żywotności? I tak, i nie. Są choroby bardzo poważne, które dziecko lepiej znosi, niż dorosły, np. dur brzuszny, zapalenie płuca włóknikowe, zapalenie nerek, wady serca; są naodwrotń małoznaczące dla dorosłego, które kończą się u dzieci śmiercią np. niewinne zapalenie oskrzeli, szkarlatyna, biegunka i t. p.

Co to jest żywotność ustroju nie jako pojęcie, lecz jako następstwo pewnych warunków? Odporność w chorobie wskutek doskonałej czynności i budowy pewnego narządu lub pewnej ich sumy.

Ponieważ nie znamy jeszcze istoty wielu chorób, miejsca, jakie zajmuje w walce z chorobą ten lub ów narząd, nie możemy już teraz określić, na czym polega żywotność dziecka we wszystkich tych chorobach, w których ta żywotność młodego ustroju się objawia. Nie możemy z tego powodu rozumieć żywotności dzieci w epidemii tyfusu brzusznego, dopóki nie wiemy, jakie narządy lub ich części są najczęściej zagrożone w tej chorobie. Jeżeli więc widzimy większą odporność pewnego narządu lub tkanki w pewnej chorobie u dziecka, to nie trzeba mówić o żywotności, jako o czemś mistycznym, lecz jako o pewnej sumie doskonałości budowy i czynności samego narządu, podlegającego chorobie, i innych, dopomagających mu w skutecznej walce ze złymi wpływami tej choroby.

Wady serca dla dziecka nie są taką groźną chorobą nie dla jakiejś mistycznej siły, lecz dla tego, że dziecko ma naczynia, nie zepsute jeszcze ciężką pracą, wódką i innymi truciznami, dla tego, że brak pewnej części zastawki może zniknąć z czasem dzięki wzrostowi całego ustroju, a więc i tkanek serca, jeszcze i dla tego, że serce nie jest u dziecka zmęczone i ma obfite odżywianie, więc lepiej może przerosnąć.

Tak samo i w innych chorobach, w których widzimy większą żywotność, można znaleźć takie warunki ich ustroju, które ułatwiają walkę, a gdzie tego nie można zrobić teraz, można będzie zrobić później, kiedy będziemy lepiej znali ustrój dziecka i istotę różnych chorób.

Tak mniej więcej rozumie żywotność i kol. KAMIŃSKI. Cała różnica polega na tem, że nazywa żywotnością „coś, co niweczy złe następstwa wadliwej jego budowy“ (str. 134), ja zaś uważam żywotność za sumę przewag

do konołości w tej budowie, tam, naturalnie, gdzie ta żywotność się objawia.

Skorzystam ze sposobności, żeby pomówić i o innych kwestyach, poruszonych w pracy kol. KAMIEŃSKIEGO.

Co do terapii, to ponieważ wszędzie prawie opiera ją na doskonałości i żywotności ustroju dziecka, to niema jej co zarzucić.

Zresztą nic nowego autor nie powiedział. Każdy lekarz, nawet nie pediatra, wie, że kalomel działa u dzieci słabiej, opium gorzej; że tablica HUFELAND'a może być zastosowana do pewnej (w każdym razie większej) części leków; że lepiej dziecku dać spać, niż budzić do lekarstwa.

Primum non nocere jest obowiązkiem każdego lekarza, nawet... chirurga, nie tylko pediatry.

Powiem już po drodze i o innych wadach szkicu. We wstępie (str. 3 i 4) autor zarzuca współczesnej medycynie brak indywidualizowania w leczeniu, brak, mający swe źródło w „wadach naszego myślenia i badania klinicznego“, w tem mianowicie, że „pracujemy głównie nad udoskonaleniem sposobów rozpoznania i nad najbardziej łatwą i wpadającą w oczy etiologią chorób, jaką jest poznawanie specyficznych dla każdej choroby drobnoustrojów“. Już ci prawda, że epoka drugiej połowy XIX stulecia jest epoką bakterjologii, ale jaki to mały czas 30—40 lat w historii rozwoju medycyny, jak dużo zrobiono przez ten czas, jak wreszcie obiecująca jest ta nowa nauka.

Nie można się w żaden sposób zgodzić z autorem, że „znalezienie dla pewnej choroby odpowiadającego jej pasorzyta w bardzo niewielkim stopniu zbogaca nasze wiadomości kliniczne“. Przecież na tem „znalezieniu“ ugruntowana została aseptyka i antyseptyka, leczenie surowicą swoistą, higiena i profilaktyka. Są to zdobycze, tak rzucające się w oczy każdemu lekarzowi, że nie ma potrzeby długo nad tem się rozszerzać. Przy tem bakterjologia nie przeszkadza lekarzom zastanawiać się nad indywidualnością organizmu i, gdzie można, do niej się zwracać.

Dużo rzeczy, co prawda, jeszcze nie wiemy, ale nie wszyscy bynajmniej przypuszczają, że tylko „ograniczenie powierzchni oddechowej u suchotników jest przyczyną złośliwego przebiegu zapalenia włóknikowego płuc u nich (str. 3), że dla tego to samo zapalenie gorzej się kończy u dyabetyków, że „ustrój ich jest źle odżywiany“ (str. 4). Już na ławie studenckiej słyszałem od prof. PRZEWOSKIEGO 1), że „w suchotach *pn. crouposa* przyjmuje postać i przebieg *pneumoniae cachecticorum* (która sama zabija chorego) lub wywołuje gruźlicę prosówkową całego płuca“, 2) że *pn. crouposa* przechodzi w ropień, jeżeli w sąsiedztwie zrazu, uległego zapaleniu, znajduje się dużo drobnoustrojów ropotwórczych. Bardzo często to bywa, mówił profesor, wtedy, jeśli w tem płucu, które zapadło na zapalenie włóknikowe, przedtem była *bronchitis purulenta*, „co przeważnie ma miejsce u dyabetyków“ (słowa prof. PRZ.): zjawiają się w płucach ropnie wielkości orzecha, prowadzące najczęściej do śmierci. O tem wiedział NIEMEYER już w 1862 roku 8). Na str. 17 czytamy: „Tłuszcz wogóle trawi się mniej dobrze w kiszka ssawca. Jak to zobaczymy poniżej, (mówi KAMIEŃSKI) kał tego ostatniego zawiera dosyć dużo tłuszczu niezmienionego i kwasów tłuszczowych“. Szukamy „poniżej“, i okazuje się, że dziecko wchłania 97— tłuszczu, gdy dorosły 90—97 (jak

8) NIEMEYER. Lehrbuch d. spec. Path. u. Ther. 1862.

sam autor mówi na str. 18 „słabiej“), kał dziecka w swych częściach stałych zawiera 14% tłuszczu, u dorosłego tylko 11%, lecz kał dz. zawiera tylko 15% części stałych, a dorosłego 26,7%, czyli w każdym kilo kału dziecka tłuszczu znajduje się 21 grm., u dorosłego 28 grm.

Podawszy mylne twierdzenie o złem wchłanianiu się tłuszczu u dzieci, autor podaje mylne tłumaczenie tego faktu: „słabą działalność żółci dziecięcej“. Autor może nie wie, że dla trawienia tłuszczu mleka można się obejść i bez żółci, gdyż on jest w postaci zawiesiny (emulsja). SAHLI w swojej dyagnostyce powiada, że tłuszcze emulgowane, np. w mleku, dosyć dobrze są wchłaniane, jak w chorobach trzustki, tak i przy utrudnionym odpływie żółci do kiszek.

Jeżeli zaś autor miał na myśli inne tłuszcze, to powinien był o tem nadmienić i nie odsyłać czytelnika do dowodów, obalających właśnie jego twierdzenie. Na tejże str. 17 autor nie może pogodzić słabej muskulatury przewodu pokarmowego i niektórych faktów z patologii (dowodzących słabości ruchów robaczkowych u dzieci) z częstymi stolcami, które każą autorowi przypuszczać, że te „ruchy odbywają się z dosyć wielką energią“. Perystaltyka u dzieci może być słaba, a stolce przytem częstsze dla tej prostej przyczyny, że kiszki dzieci są krótsze, niż u dorosłych (bezwzględnie). Przytem kiszka gruba w stosunku do cienkich jest u dzieci (1 : 5) daleko krótsza, niż u dorosłych (1 : 4), a konsystencja jego wypróżnień kaszkowata znacznie ułatwia ich wydalanie.

Na str. 34 czytamy: „Wydzielanie wody przez skórę u noworodka jest bardzo nieznaczne.... W następnych latach również wydzielanie wody przez skórę jest stosunkowo wzmó ż one“. Gdzie tu *lapsus linguae*?

Na str. 35: „Nerki biorą na siebie część przypadających u dorosłego na skórę czynności“. Czy to możebne? Dziecko ma zawsze większą powierzchnię skóry, każdy ctm.² tej powierzchni wydziela (jak widać z zestawienia na str. 35) więcej wody, gdzież tu widać wyręczanie skóry przez nerki? Widać tylko, że skóra, jak i nerki, wydziela stosunkowo więcej wody, niż u dorosłego.

Na str. 50 autor tłumaczy większe zapotrzebowanie tlenu w końcu 1-go roku tem, że dziecko zaczyna wykonywać więcej ruchów, a zmniejszenie się nagle tego zapotrzebowania między 2 a 4 rokiem tem, że ruchy wtedy (2—4 r.) stają się mniej nużące.

Gdy zaś chce wytłumaczyć na str. 52 zwiększony rozpad ciał białkowych nadmierną pracą, powiada: „taką właśnie nadmierną pracę mamy u dz. między 1-y m a 5-y m rokiem“. W jednym więc miejscu okres 2—4 r. cechuje się pracą mniej nużącą, w drugim (o 2 strony dalej) miejscu pracą nadmierną, czyli nużącą. *Ubi veritas?*

Na str. 61 czytamy: „Dla uniknięcia oziębienia może być przez skórę wydalona tylko mniejsza w porównaniu z dorosłym ilość wody“. Kol. KAM. doskonale wie, że to nieprawda (p. choćby str. 35).

Na str. 85 czytamy: „Im większy brak powietrza w płucach, tem mniej tlenu mają tkanki. Lecz nie można powiedzieć, że im trudniejsze jest oddychanie, tem tkanki są w tlen uboższe. Owszem, powiada autor, rzecz ma się wprost przeciwnie. Im większe są objawy obiektywne duszności, tem więcej tlenu dostaje się do tkanek“. Gdyby tkanki były bogatsze w tlen, to co podtrzymywałoby duszność?

Charakterystyczne potwierdzenie tej teorii podaje kol. K. niżej. „Że tak jest rzeczywiście, powiada, mamy dowód w odmiennem zachowaniu się du-

szości podmiotowej u chorego na zapalenie płuc i opłucny i u emfyzematyka. Pierwszy dla wiadomych powodów oddecha na pozór spokojnie; drugi przedstawia wybitne objawy duszności, a jednak pierwszemu brak tlenu w wysokim stopniu, co nam przyświadczy z pewnością (??) wkrótce występujący stan śpiączki z pobudzeniem, liche tętno (*sic!*), a wreszcie stopniowy upadek oddechania wskutek bezwładu ośrodka oddechowego, przesyconego kwasem węglanym; drugi czuje się względnie dobrze (?!).

Widać autor mało obserwował pneumoników i emfyzematyków...

Porównanie duszności z pragnieniem jest bardzo nietrafne, bo duszność z powodu braku tlenu może być usunięta odpowiednim dostarczaniem tegoż, t. j. trwa dopóty, dopóki oddechanie zwyczajne nie jest w możności dostarczyć potrzebnej tkankom ilości tlenu, gdy pragnienie, np. po śledziu, wymaga dużych ilości wody do jego zaspokojenia, chociaż ta woda tkankom ustroju (nie ust i żołądka) nie jest potrzebna. Najlepszy dowód w tem, że piwem np. pragnienia tego nie uspokoiimy, chociaż wody wchłonimy (z piwa) stosunkowo dużo, a często pragnienie ustępuje właśnie przy wstrzymywaniu się od wody, jeżeli zaś zaraz będziemy śpieszyli pragnienie uspokoić, to czasem wypijamy litr wody bez skutku.

Dla czego kol. K. się zdaje (str. 86), że „brak tlenu nawet niewielki w ośrodkach oddechowych wywołuje nadmierne pobudzenie tych ośrodków“, do tego stopnia nadmierne, że dziecko może sobie pozwolić na odpoczynek t. j. na „zatrzymanie się oddechów na pewien czas“? Że dziecko silniej odczuje mały nawet brak tlenu, na to zgoda. Ale ośrodki będą chyba tylko dopóty podrażnione, dopóki ilość tlenu nie będzie dostateczna. Brak tlenu wyrówna się może prędzej, ale dlaczego ma być jego nadmiar? Tak autor tłumaczy peryodyczne zatrzymywanie się oddechu u dzieci, i tą samą wrażliwością ośrodków stara się wytłumaczyć również peryodyczne napady duszności u dzieci w chorobach dróg oddechowych. Lecz dla czego takie napady bywają i przy przeroście gruczołów oskrzelowych, gdzie niema głodu tlenowego i silnego podrażnienia wskutek tego ośrodków?

Podzielam zdanie autora, że zwykle objaśnienie tych napadów — mechaniczne zatkanie śluzem lub ciałem obcym — nie da się wszędzie zastosować. To też skłaniam się do zdania tych, którzy tłumaczą napady kurczem głośni na drodze odruchowej przy podrażnieniu śluzówki ciałem obcym wogóle⁹⁾.

Co do wpływu częstości oddechów na rokowanie, to zasada (str. 83), że „im oddech jest częstszy, tem rokowanie w chorobach płuc jest gorsze, choćbyśmy nawet nie mieli zmian (patologicznych) poważniejszych, dających się wykazać fizykalnie“, zasada ta może jest słuszna, lecz nie dla tego, że ten częsty oddech „z konieczności (?) staje się bardziej powierzchownym¹⁰⁾ i powoduje niedodmę“, lecz dla tego, że jest dla nas miarą zajęcia płuca, zmian, nie dających się wykryć badaniem. Nie wiem z drugiej strony, jak autor godzi złe rokowanie przy takich objawach duszności, jak częste oddechanie, z powyższem zapatrywaniem („im większa duszność, tem więcej tlenu mają tkanki“).

⁹⁾ F. SACHS. O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca. Medycyna 1899. Nr. 8.

¹⁰⁾ Wogóle częsty oddech jest zarazem powierzchowny tylko wtedy, gdy głęboki oddech jest bolesny (kłucie w boku, *peritonitis*), w innych przypadkach bywa zarazem i głębszy. Patrz Dyagnostykę SAHLI'ego.

Powiedziałem, że cyfry i tablice, znajdujące się w książce St. KAM., trzeba przyjmować *cum grano salis*. Przytoczyłem tablicę, w której musiałem z 52 liczb, otrzymanych przez zwyczajne dzielenie, poprawić 19 (błędy ważne i ilość dosyć pokaźna).

W tablicy na str. 47 szkicu ilości soli na kilo wagi podane są po mylnym rachunku: w 7 i 8-ym wierszu zamiast 0,3 powinno być 0,4, w 9-ym wierszu 0,3 zamiast 0,5, w 10 i 11-ym wierszu powinno być 1,1, a w ostatnim wierszu zamiast 0,0007 powinno być 0,34 (taką liczbę otrzymujemy, dzieląc 24 przez 69). Że to nie jest błąd drukarski widać z tego, że autor wierzy w prawdziwość cyfry, bo, porównywając ilości soli wchłanianej u dzieci i dorosłych na zasadzie tablicy, powiada (str. 49): „Pod żadnym jednak względem ilość pożywienia u dzieci i dorosłych nie różni się tak, jak pod względem soli. Ilość ta, powiada autor, w pierwszym roku życia jest 400 razy większa, niż u dorosłego. Pamiętać należy, że dziecko musi w tym pierwszym roku wybudować prawie cały swój szkielet, który jest przy urodzeniu prawie wyłącznie chrząstkowy“. Po ścisłym rachunku okazuje się, że ilości soli są w tych dwóch okresach... j e d n a k o w e.

Littera docet, littera nocet...

Na str. 50 zamiast 29,4 powinno być 26,6

„	„	32,7	„	„	32,5
„	„	18,5	„	„	22,1
„	„	16,2	„	„	16,6
„	„	13,5	„	„	14,7

*

*

*

Jak widzimy, kol. KAMIENSKI nie zdołał dowieść, że istnieje w ustroju dziecka wewnętrzna przyczyna, dająca impuls jego wzrostowi do pewnych lat.

Czy taka przyczyna istnieje wogóle i jakiego jest rodzaju, trudno teraz się nawet domyśleć.

O CZYNNOŚCI PŁCIOWEJ I ZABURZENIACH JEJ OKRESU WSTĘPNEGO.

Opisał

K. SACEWICZ

lekarz zakładu w Nałęczowie.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 40).

O przebiegu linii ograniczających stanowią przedewszystkiem ruchy oka. Jakkolwiek narząd ten z położenia pierwotnego przebiega bez trudu linie proste w swoim polu widzenia, to jednak, gdy chodzi o odległość między punktami, już z tego położenia, a tembardziej z innych, porusza się po łukach o lekkim skrzywieniu. Ztąd wypływa, że lekko skrzywione łuki są drogami jego swobodnego ruchu. W samej rzeczy, w większych utworach architektonicznych długie linie proste nie odznaczają się działaniem korzystnem i zwłaszcza przykre są nagłe przejścia od jednego do drugiego ich kierunku. Oddawna jest znana estetyczna własność łagodnych łuków w miejscach podobnych przejść, które dają chwilowy

odpoczynek oku. Stopień jednak i forma skrzywienia musi w każdym razie odpowiadać innym własnościom przedmiotu i wszelka krzywa, nadmiernie wygięta albo zbyt długo zachowująca tę samą formę krzywizny, działa niepomysłnie.

Z biegiem linii zarysu łączy się perspektywa: jesteśmy przyzwyczajeni pewnemu układowi konturów nadawać oznaczone stosunki głębokości, i napotykaną sprzeczność w tym względzie niemile nas dotyka. Ale znajomość stosunków przedmiotowych także swój wpływ wywiera. Naprzykład w liniach, o których wiemy, że są proste, jak poziomego zarysu belek lub pionowego kolumn, pomijamy ich skrzywienie, wynikające z ruchu oka, jeżeli dochodzą znacznej rozciągłości w przestrzeni.

W ten sposób już w perspektywie i połączonych z nią zjawiskach widzieć można wyraźny wpływ zewnętrznych naturalnych warunków. Występuje on jeszcze silniej na kształtach natury, gdzie uczucie estetyczne, nakreślone przez ogólne stosunki formy, potęguje się w wysokim stopniu przez stosunki głębsze, w jakich składowe części tych kształtów pozostają do siebie. Jestto najbardziej widoczne na kształtach ludzkich. Mamy tu obok prawidłowości symetrii dwustronnej rozczłonkowanie w kierunku pionowym, odpowiadające zasadniczemu prawidłu, że części ulegają wahaniom w granicach łatwo dających się objąć wymiarów, nie zbaczając daleko od wartości przeciętnej. Ale dużo większe znaczenie przypada powtarzaniu się części homologicznych, z którego powstaje więcej złożona symetria. Mamy tu piersi i brzuch, szyję i kibić, barki i biodra, ramiona i uda, przedramię i goleń, rękę i nogę, kiść i stopę i t. p. We wszystkich tych częściach powtarzają się kształty w kierunku pionowym, przyczem zawsze dolne są cięższe i prostsze, górne lżejsze i więcej wykończone. Wreszcie tułów uwieczony jest głową, częścią ciała pod względem formy najwięcej złożoną, która zamyka jedność całości kształtów. Piękno polega tu nietyle na zgodności z odzwierciedleniem prawami formy, ile na symetrii powtarzających się części homologicznych i na stopniu ich wydoskonalenia, zdradzającego się w zewnętrznym kształcie.

Jeżeli przejdziemy do piękna natury i utworów sztuki, to i tu łatwo dostrzedz, że stosunek wymiarów i ich części jednakowo jest odległy od monotoności zupełnej symetrii, jak od niewymierności proporcji, a jednocześnie nad nim przeważa t. zw. wyższa symetria: swobodne powtarzanie się form homologicznych. W arcydziełach sztuki plastycznej spotykamy podobnie wydoskonalenie się formy ku górze i dążność do zakończenia się częścią, zapanowującą nad resztą kształtów.

Czasowe i przestrzenne stosunki wyobrażeń stanowią tylko o stopniu podobania się, ale nie wyjaśniają nieskończonej różnorodności jakościowej uczuć. Wyobrażenia, które przez proste czasowe lub przestrzenne rozczłonkowanie łączą się w całość, łatwo nadającą się do objęcia, zadawalniają nas, inne, sprzeczne z tym układem, nie podobają się; ale swoiste zabarwienie uczucie estetyczne otrzymuje dopiero od właściwej wyobrażeniom treści. Nie ulega wątpliwości, że w pięknie ludzkiego kształtu bierze udział nie tylko symetria form, ale przede wszystkim to szczególne znaczenie, które im w myślach przypisujemy. Przy położeniu członków myślimy o czynności, która im przypada; niemożliwe pod względem mechanicznym nie może się podobać nawet przy najtroskliwszym zachowaniu prawidłowości proporcji. Brak odpowiedniego stosunku wymiarów razi, ponieważ zdaje się przeczyć przeznaczeniu narządów. Głowa powinna wyrażać pewną myśl i pewien nastrój, a odruch tej sprawy powinien się rozciągać na wszystkie pozo-

stałe części i uwydatniać się w ich położeniu. W ten sposób tylko treść naszych wyobrażeń ożywia formy i uzupełnia ich działanie estetyczne.

Różne formy podobania się, jak piękno, wzniosłość, brzydota, komizm i t. p., pozostają w ścisłym stosunku do uczuć zmysłowych, jak i uniesień. Pierwsze, jak wiemy, stanowią ich tło, występujące w słabszym lub silniejszym natężeniu, drugie, dołączając się do nich, uzupełniają całkowity udział umysłu. Ładny przedmiot zgodnością swoich form zadawalnia nasze oczekiwanie, niepodobanie się brzydoty łączy się z uniesieniem odrazy. Wzniosłość, która wywołuje w nas usiłowanie wzmocnienia napięcia mięśni w miarę siły wrażenia, ma za tło zmysłowe silne uczucia innerwacyjne. Jeżeli jej działanie rośnie w potęgę, powstaje odruchowy skurcz naczyń skóry, i przyłącza się wrażenie dreszczu, z którym łatwo się łączy pewne uniesienie przestrachu.

Wszystkie wyobrażenia, stanowiące treść estetycznych działań, są przede wszystkim pojedynczymi wyobrażeniami. Ale dopiero wtedy budzą podobanie się lub niepodobanie, kiedy zostają włączone w pewne wyobrażenia ogólne, pozostające w rozporządzeniu naszej świadomości. Tam, gdzie ich przedmiot staje się więcej złożonym, stanowią źródło szeregu powiązanych z sobą wyobrażeń, które się dają wyrazić w postaci związanej myśli. W potocznej mowie oddajemy to twierdzeniem, że przedmiot estetyczny powinien mieścić w sobie pewną ideę. Nawet z prostym taktem lub geometryczną prawidłowością łączymy myśl harmonijnej proporcji, która powraca w więcej rozwiniętej formie w wyższych utworach piękna.

Ponieważ jednak myśli, które wywołuje przedmiot, wywierając działanie estetyczne, zależą nie tylko od własności przedmiotu, ale także od trwałego i chwilowego usposobienia naszej świadomości, to oczywiście idee, przywiązane do przedmiotu, nie występują w zupełnem określeniu i w znacznym stopniu zależą od podmiotu. Ten sam przedmiot u różnych ludzi może budzić rozmaite myśli, a przy estetycznem wykształceniu u tego samego osobnika może utrzymywać to jedną, to drugą ideę. Uczucie estetyczne powstaje zatem wskutek bezpośredniego działania pojedynczego wrażenia na świadomość, która się wyraża włączeniem jego do zasobu naszych ogólnych wyobrażeń. Najbliższą przyczyną podobania się jest łatwość, z jaką dany przedmiot postrzeżenia wchodzi w wyrobione w nas formy czasowego i przestrzennego poglądu.

Ztąd pochodzi piękno rytmu, symetrii i wymiernego rozczłonkowania. Łatwo poznać uczucie estetyczne także w zadowoleniu, którego doświadczamy, rozwiązując zadanie lub dochodząc do zrozumienia jakiegoś twierdzenia. Wreszcie w najpierwotniejszej postaci występuje przy ponownem rozpoznawaniu raz już spostrzeganego przedmiotu, przy prostem przypomnieniu raz już słyszanego słowa i t. p. We wszystkich tych wypadkach zachodzi włączenie wyobrażenia do istniejącego zasobu naszej świadomości.

Przy estetycznem w ścisłym znaczeniu działaniu, spotykamy się z temi samymi sprawami tylko tu wartość obudzonych przez wrażenie myśli jest inna. Działanie odnośnych wyobrażeń polega tu przede wszystkim na budzeniu moralnych lub religijnych idei, uważanych za najlepszą własność podmiotową. Ztąd ma tu miejsce ocena wartości, której nie spotykaliśmy przy uczuciach zmysłowych, i przypisujemy przedmiotowi tem więcej wartości, im silniej przywiązane doń uczucia budzą powyższe idee i wywierają wpływ uszlachetniający.

Na mocy więc natury psychologicznej uczucie estetyczne należy uważać za odczyn, jakim nasza świadomość odpowiada na przedostające się do niej wyobrażenia. Odczyn ten jest tak samo nieodłącznym składnikiem wyobrażenia, jak

uczucie zmysłowe uczucia. To swoiste zabarwienie, w jakim się ukazuje podobanie się i niepodobanie, zależy całkowicie od treści obudzonych przez wyobrażenie myśli, a ponieważ w skład wyobrażenia wchodzi uczucia, jako jego pierwiastki, to uczucia estetyczne muszą występować zawsze w połączeniu z uczuciami zmysłowymi (WUNDT).

Rozpatrując powyżej wtórne cechy płciowe, widzieliśmy tam, że osobniki odmiennej płci różnią się ukształtowaniem ciała i jego fizycznymi cechami. Mieliśmy tam różnice wymiarów podścieliska i jego części, różnice zarysu kształtów, budowy skóry, jej odporności, barwy i uwłosienia, obok wyładowań ruchowych, związanych z różnicą przejawów psychicznych. Wynika ztąd bezpośrednio, że treść wyobrażeń, jakie wzbudza dany osobnik, określa się przedewszystkiem rodzajem jego płci: od niej zależy jakość i natężenie składowych pierwiastków tej treści, czuć i całokształt ich uporządkowania w przestrzeni i czasie. Zdobycze to zarówno bezpośrednich wyobrażeń wzrokowych, dotykowych i ruchowych, jak dalszych, powstających z nich, natury więcej złożonej. Rzecz prosta, że i uczucia, przywiązane do tych wyobrażeń, muszą okazywać charakter odmienny.

Fizyczne przymioty żeńskiego ciała nadają mu zdolność wywierania łagodnych wrażeń zmysłowych. Należą tu: większa wymierność ukształtowania, łagodność przejść i lekka łukowatość linii zarysu, właściwości skóry, charakter wyładowań ruchowych, nie imponujących siłą dowolnej innerwacji, i mniej wyrazisty stały wyraz twarzy. Ztąd w wyobrażeniach, wywoływanych przez osobniki żeńskie, w obec braku silniejszych wrażeń innerwacyjnych, występują przedewszystkiem żywe zmysłowe uczucia estetyczne. W fizycznych właściwościach męskiego ciała kryją się źródła o wiele słabszych zmysłowych uczuć estetycznych, które przytem odznaczają się innem zabarwieniem, zarysy tu bowiem są więcej śmiałe i ostre, szczegóły budowy członków wydatniejsze, potężniejsze dowolne wyładowania ruchowe i wyrazistszy wyraz twarzy. Obok słabszych i odmiennego charakteru zmysłowych uczuć estetycznych, występują tu żywiej wyobrażenia innerwacyjne i wyobrażenia o praktyczno-życiowym uzdolnieniu osobnika, pochodzące z wyraźniejszego odbicia w zarysach członków ich fizjologicznej sprawności. Z tą różnicą uczuć, towarzyszących wyobrażeniom płciowym, obejmującym w sobie przeciwstawienie słabości i siły, wiąże się różnica dalszego działania tych wyobrażeń na świadomość osobników jednoimiennej lub różnoimiennej płci. Mianowicie, w tym ostatnim wypadku, przy pewnych pomyślnych warunkach, o których mówiliśmy dawniej, nabierają one żywego swoistego zabarwienia uczuciowego, natury przyjemnej, które staje się punktem wyjścia popędu, występującego, jako dążenie do ich dalszego doznawania.

Zazwyczaj to swoiste zabarwienie i wynikający zeń popęd, oznaczają łącznie jako popęd płciowy (*libido sexualis*); właściwie jednak popęd jest tylko dalszem działaniem uczucia na przebieg wyobrażeń, zachodzący bezustannie w naszej świadomości i polegający na ich ciągłym pojawianiu się i znikaniu.

Wszelkie żywsze uczucie oddziaływa na ów przebieg wyobrażeń i sprowadza w nim zaburzenie, cechujące się działaniem zwrotnem, potęgującym natężenie uczucia, z którego pierwotnie powstało. Zjawisko to nazywamy wzruszeniem. Ponieważ zachodząca przytem zmiana w przebiegu wyobrażeń może pozostawać wewnętrzną albo stawać się nadto punktem wyjścia ruchów zewnętrznych, wynikających z obudzonych wyobrażeń i związanych z nimi uczuć, rozróżniamy dwie formy wzruszeń: uniesienia i popędy.

Uniesienia nie posiadają w ten sposób własnego jakościowego zabarwienia, ale otrzymują je całkowicie od uczucia, z którego powstają i z którym w jedną

zlewają się całość. Jeżeli znacznej dochodzą siły, to zabarwienie to z początku występuje słabo i dopiero później nabywa wydatności. Zaburzenie zaczyna się tu najczęściej nagle wstrzymaniem przebiegu wyobrażeń, jak np. przy bólu fizycznym lub doznaniu jakiegokolwiek niespodziewanego wrażenia. Przestrasch, zdumienie, radość, gniew cechują się tem samem charakterystycznym zjawiskiem, że przed wyobrażeniem, wnoszącem żywe uczucie, ustępują wszystkie inne, i wyobrażenie to owłada całkowicie świadomością. Dalszy przebieg zależy od natury uniesienia. Jeżeli jest ona dodatnia i sprowadza radosne podniecenie świadomości, pierwotne otamowanie ustępuje miejsca natłokowi wyobrażeń, pokrewnych wywołującemu uniesieniu, i te teraz opanowują uwagę. Spełnienie się nadziei lub nieoczekiwane szczęście obudzają rozmaite obrazy przyszłości. Ztąd wszelka silna radość polega najpierw na nagle wstrząśnieniu, przypominającym przestrasch, które potem przechodzi w szybki przyptyw wesołych obrazów wyobraźni. Jeżeli uniesieniu właściwy jest charakter cierpienia, to pierwotne wyobrażenie zachowuje dłużej władzę nad świadomością, i ta dopiero powoli zaczyna przychodzić do siebie. Nastaje chwila zupełnego opanowania apercepcji przez owo wyobrażenie i połączone z niem uczucia. Ból, wściekłość, gniew znajdują przeciwwagę nie w gwałtownem wzburzeniu wyobrażeń i uczuć, ale w energicznym ostantiu się świadomości przed potęgą wrażenia. W obu razach, w tym dalszym okresie, następuje spadek siły uniesienia, które ustępuje powoli nastrójowi, utrzymującemu się jeszcze czas jakiś, jako ich działanie następce.

Przy wszystkich uniesieniach spotykamy rozległe oddziaływanie na stan ciała w postaci ruchów wyrazowych i działania na ośrodki, zawiadujące odżywianiem ustroju.

Do ruchów wyrazowych zaliczamy wszelkie zewnętrzne ruchy, odruchowe czy dowolne, które ujawniają nasz stan wewnętrzny innym osobnikom. W pierwszych chwilach życia rolę tę pełnią wyłącznie odruchy, potem, w miarę rozwoju świadomości, część ich pod działaniem woli ulega otamowaniu, a pozostałe łączą się z nowemi, wyrabianemi dowolnie. Zaliczamy tu wyraz twarzy, miny, giesty, ruchy, oparte na kojarzeniu analogicznych czuć i powstające ze stosunku wyobrażeń zmysłowych, oraz zjawiska ze strony narządu mowy. Ten ostatni, jak wiadomo, wydaje stałe formy szmerów i dźwięków i pojedynczemi ich formami oddziałują na właściwe uczucia i wyobrażenia. Część z tych ruchów wyrazowych jest wynikiem bezpośredniego działania wzruszenia na stan innerwacji ośrodkowej.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

76. HOMBURGER Th. **Ichtalbina w pedyatryi.** Dzielný środek lekarski, ichtyol, z powodu nieprzyjemnego smaku i zapachu nie znalazł zbyt szerokiego zastosowania w leczeniu chorób wewnętrznych, chociaż, ze względu na swe działanie, a mianowicie: zwężanie drobnych naczyń krwionośnych i przepajanie całego ustroju siarką, w zupełności zasługiwał na nie. Z tych względów SACK i VIETH wprowadzili do leczenia nowy środek, pod nazwą ichtalbina, w podobny sposób utworzony, jak tannalbina. W berlińskiej poliklinice pediatrycznej docenta NEUMANN'a wypróbował działanie tego środka HOMBURGER na 60 dzieciach w wieku od $\frac{1}{4}$ do 14 lat, które przyjęły go około 1000 gramów. Przedewszystkiem stwierdzono bezwzględłą nieszkodliwość nowego przetworu. Używano go

najczęściej w różnych chorobach skóry, szczególnie pryszczycach, przyczem ciągłe ślimaczenie się znacznie i w krótkim czasie pod wpływem wewnętrznego stosowania ichtalbins ograniczało się, nieznośne zaś swędzenie nie ustępowało i wymagało innych kojących leków. Środki zewnętrzne, jednocześnie stosowane, przyspieszały wyleczenie. W suchych pryszczycach ichtalbina (wewnętrznie) również pomagała. Niemniej skutecznie działał ten środek w furunkulozie, zmniejszał bowiem ilość powstających ropni i podnosił ogólny stan zdrowia pacjentów, nadto usuwał nieżyty kiszek, sprzyjające furunkulozie. Ichtalbina zmieszana z czekoladą, jest względnie przyjemna w smaku, wobec czego można ją stosować w przewlekłych, wyniszczających chorobach dziecięcych, jako to: zapaleniach płuc, żołądka i nieżytach kiszek. We wszystkich tych cierpieniach środek ten zwiększał łaknienie pacjentów, a wskutek tego sprzyjał przemianie materii i poprawiał w widoczny sposób przemianę materii, co wyrażało się przybytkiem na wadze pacjentów. W ciągu dwóch tygodni przybytek ten wynosił u dwuletniej dziewczynki, cierpiącej na przewlekłe zapalenie płuc — 1000 grm., u 6-letniej dziewczynki, chorej na gruźlicę — wynosił 1600 grm., po 6-tygodniowym używaniu ichtalbins. Na samo cierpienie, jako też na inne objawy tegoż ichtalbina żadnego nie wywierała wpływu.

W ostrych cierpieniach przewodu pokarmowego ichtalbina wcale nie działa, w podostrych działa tylko na poprawę ogólnego stanu zdrowia, natomiast w przewlekłych reguluje wypróżnienia, a prócz tego wywołuje przybytek na wadze, co jest bardzo ważne wobec wyniszczającego wpływu tych chorób. Działanie to ichtalbins objawia się zarówno w zwyczajnych t. j. nieżytowych zapaleniach przewodu pokarmowego, jako też i w gruźliczych.

Środek ten nie rozpuszcza się w żołądku, lecz dopiero w kiszka pod wpływem alkalicznego ich soku, tutaj też przejawia się pełne jego działanie. Na nerki ichtalbina pomimo długiego stosowania nie okazywała nigdy szkodliwego wpływu.

Małym dzieciom (do pół roku) daje autor 0,05—0,1 ichtalbins trzy razy dziennie; w drugim półroczu 0,15—0,2; w drugim roku życia 0,2—0,3, też trzy razy dziennie. Dawka ta działa nawet u starszych dzieci, do 10 i 12 lat. Gdyby jednak zbyt małą się okazała, to możemy powiększyć ją nawet do 0,5 *pro dosi* u dzieci 3-letnich, a u starszych nawet do 1,0 — trzy razy dziennie. Najlepiej podawać środek ten przed jedzeniem dla wzbudzenia łaknienia. Zazwyczaj używał autor proszku ichtalbins, zmieszanej z czekoladą, roztwory bowiem odznaczają się przykrym smakiem, również można używać tabletek (pastylek), roztartych w palcach lub w moździerzyku.

(*Therap. Monatshefte*. 1899. Nr. 7. *Str.* 361—366). L. Wolberg.

77. HAUSER. **O pozornem samoistnem powiększeniu się serca u dzieci.** Wiadomo, że przepisy fizycznych metod badania serca tak samo obowiązują u małoletnich pacjentów, jak i u dorosłych, z tem jednak zastrzeżeniem, iż przy pewnych stanach, jak np. przy krzyku, przy zatrzymywaniu oddechu, przy nadymaniu się i ogólnym niepokoju dzieci, serce ich to więcej, to mniej pokryte bywa przez brzegi płuc, skutkiem czego przylega ono na mniejszej lub większej przestrzeni ku ścianie klatki piersiowej, a wypukiwana tępość bywa wskutek tego większa lub mniejsza.

Utrzymywano, że badanie serca u dzieci jest łatwiejsze, niż u dorosłych, i że nie daje sposobności do tak częstych błędów, a to wskutek braku pewnych chorób przewlekłych u dzieci (rozedmy płuc, marskości płuc, i t. p.), zmieniających wyniki opukiwania tępości serca. Jednakże w wieku dziecięcym zachodzą

pewne stany, również oddziaływające na wyniki opukiwania serca, których do niedawna nie rozumiano, a wobec braku ściśle określonych chorób uważano je za objawy samoistnego rozszerzenia serca. Błędne te mniemania rozproszone zostały w ostatnich dopiero czasach za pomocą prześwietlania promieniami X, metody, wprowadzonej przez autora po raz pierwszy do badania serca dziecięcego i stosowanej przezeń w każdym tego rodzaju niejasnym przypadku.

U pewnej 12-letniej dziewczynki zauważono powiększenie tępości serca, obok małopokrwistości, bladoci, bicia serca i osłabienia ogólnego. Rozpoznano idiopatyczne powiększenie serca z niewiadomej przyczyny; prześwietlenie zaś, dokonane przez d-ra GRUNMACH'a, wykazało, że przepona stoi bardzo wysoko, i że ruchy jej — ku górze i dołowi — są ograniczone. Skutkiem tego serce przylegało ku ścianie klatki piersiowej, a idiopatyczne powiększenie okazało się złudzeniem.

Podobnych przypadków podaje autor jeszcze kilka, najciekawszy zaś jest — spostrzegany u 11½-letniego chłopca, u którego powiększenie serca wraz z nieregularnem tętnem trwały już od 6 lat, pomimo braku wady serca. Chorobliwy stan również był spowodowany wysokiem położeniem przepony wskutek wzdęcia żołądka i kiszek, ciągle trwającego. Pod wpływem lekkiej diety i środków przeczyszczających nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Badane przez autora dzieci miały od 9 do 14 lat, należały do tej lub owej płci, bywały blade, słabe, cierpiały na bóle głowy, zawroty, bicie serca, duszność, omdlenia i przykre uczucia w okolicy serca.

We wszystkich przypadkach powiększenie serca, badane za pomocą röntgenografii, okazało się tylko pozornem, spowodowanem wysokiem położeniem przepony, jedno- lub obustronnem. Nie chodzi w tych przypadkach o chwilowe lub czasowe przemieszczenie serca, lecz o stałe, co naturalnie wywołuje cały szereg wyżej wspomnianych objawów chorobowych. Wiemy z doświadczenia, że nawet jednorazowe silne napelnienie żołądka lub rozdęcie kiszek gazami powoduje przykre objawy ze strony serca, nawet u dorosłych; wobec tego łatwo już zrozumieć obraz choroby, spowodowany u dzieci stałem podniesieniem się przepony z przyczyny wzmoczonego wewnątrz-brzusznego ciśnienia lub też ogólnego osłabienia układu mięśniowego, jakie widzimy w małopokrwistości.

W tego rodzaju przypadkach leczenie zupełnie inny, niż dawniej, wziąć powinno kierunek; zamiast okładów lodowych na okolicę serca i spoczynku w łóżku, należy dzieciom zalecić stosowną dietę, przyjmowanie pożywienia często, lecz w małych ilościach, unikanie rozdymających potraw, napojów nasyconych kwasem węglanym, następnie trzeba dbać o regularne i łatwe wypróżnienia.

W dotychczasowej literaturze nie było jeszcze wzmianki o podobnych stanach, a raczej nie wytłomaczono przyczyny tych objawów; nowa metoda badania za pomocą promieni ROENTGEN'a i do tej sprawy w istotnem znaczeniu tego wyrazu — nowe wniosła światło.

(*Berl. klin. Woch.* 1899. Nr. 27).

L. Wolberg.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z d. 13 września r. b.

1) Prezes przeczytał nekrologi zmarłych członków: honorowego MAJERA i rzeczywistego FINA. Uczczono ich pamięć przez powstanie.

2) Kol. DILLON z Wilejki przedstawił wrzekomego obojnaka męskiego, lat 42, który, jako kobieta, od wielu lat pozostawał w małżeństwie.

3) Kol. NEUGEBAUER z Warszawy, członek korespondent, wygłosił odczyt o obojnactwie, w którym treściwie i bardzo dokładnie przytoczył dotyczące tej sprawy wiadomości historyczne i embryologiczne i wymienił ciekawsze przypadki z literatury i własne. Wśród licznych oklasków prezes podziękował w imieniu Towarzystwa prelegentowi za zajmujący odczyt.

4) Kol. CZARKOWSKI pokazał chorego lat 22, przedstawiającego od lat 5 częściowe znieczulenie lewej ręki, a od 2 lat lewej połowy ciała. Obecnie może chodzić prawie zupełnie prawidłowo, kiedy tymczasem poprzednio przy próbach chodzenia padał na lewy bok. Język przy wysuwaniu zwraca się łukowato na lewo (brzeg lewy języka staje się wklęsłym, prawy wypukłym). Za przyczynę choroby prelegent uważa zator w mózgu pochodzenia nieokreślonego.

5) Kol. KOWARSKI mówił o kąpaniu noworodków. Dla sprawdzenia zarzutów, stawianych kąpaniu, przedsięwziął badania w oddziale położniczym szpitala św. Jakóba. Liczba ogólna dzieci 420, po odliczeniu niedonoszonych i niedokładnie badanych, ograniczyła się do 363. W pierwszym szeregu przypadków było nie kąpanych 91, kąpanych co drugi dzień 85, w drugim szeregu nie kąpanych 99, kąpanych codziennie 88. Zgodnie z zaleceniem przeciwników kąpania, każde dziecko po urodzeniu otrzymywało wannę. Pępowinę zasypywano gipsem, okładano watą i przymocowywano opaską, co wszystko zmieniał się u kąpanych codziennie, u innych stosownie do potrzeby. Wyniki: pępowina odpadała nieco prędzej u kąpanych, gorączkujących była liczba prawie jednakowa, w pierwszym szeregu 2 i 1, w drugim 1 i 1; jedno z dzieci nie kąpanych umarło wskutek sprawy septycznej, przy sekcji stwierdzono ropień w płucach, który otworzył się do opłucny. Jedynie co do żółtaczk dzieci nie kąpane przedstawiały nieco lepszą odsetkę.

Na mocy otrzymanych wyników prelegent odrzuca twierdzenie o szkodliwości kąpania noworodków; nie przypuszcza też, aby wanna miała wywoływać zakażenie oczu lub pochwy przez gonokoki. Pod względem zależności powiększania się wagi dzieci od kąpiei zdania autorów są różne, własnych zaś spostrzeżeń w tym względzie prelegent nie mógł uczynić. W końcu zwraca uwagę, że odrzucenie kąpiei, nie przynosząc wogóle dzieciom żadnego pożytku, pozbawiłoby je w niższej warstwie społecznej i tej odrobiny czystości, z jakiej obecnie korzystają.

J. S.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarzy dolnego Renu w dniu 29. XII. 98. D-r SCHULTZE mówił o ciekawym przypadku guza opony twardej rdzenia, usuniętego za pomocą operacji. Spostrzeżenie to dotyczy 49-letniej chorej, która od dziewięciu lat doznawała bólów w okolicy grzbietowej kręgosłupa na wysokości łopatek. Bóle promieniowały ku przodowi i przechodziły w rękę prawą. Natężenie bólów było zmienne: to nagle ustawały, to wznowiały się bez żadnej przyczyny istotnej. Od roku chora doznaje uczucia mrowienia w kończynach dolnych, a chód stał się spastyczno-paretycznym. Objawy te kładziono na karb histeryi, a chorą leczono w tym właśnie kierunku. Chorej zalecano dużo ruchu, aż wskutek zbytniego zmęczenia podczas chodzenia nastąpiło porażenie obudwu kończyn dolnych i zjawily się w nich bóle strzelające. Z czasem bóle w kręgosłupie i w nogach ustąpiły, pozostało jednak porażenie spastyczne. W klinice znalazio-

no lekkie wypuklenie kręgosłupa, jednakże bez objawów choroby POTT'a. Po zatem stwierdzono zupełne porażenie ruchowe nóg, które istniało już od 10-iu miesięcy. Czucie skórne było znacznie upośledzone na całej przestrzeni pasa, który przechodził przez siódmy i ósmy segment grzbietowy rdzenia. Rozpoznanie napotkało pewne trudności. O histeryi nie mogło być mowy; na istnienie sprawy zapalnej w rdzeniu trudno było się zgodzić wobec wyraźnych danych z wywiadów. Nie można było również podejrzewać zapalenia opon rdzeniowych przewlekłego; przeciw przymiotowi przemawiał brak wszelkich danych, a sama sprawa od początku do końca pozostała umiejscowioną ściśle. W kręgach nie znaleziono zmian żadnych, wobec więc takiego stanu rzeczy zatrzymano się na rozpoznaniu ucisku rdzenia. Bóle, które dawniej brano za kolkę wątrobową, stanowiły bezwątpienia nerwobóle; ustąpiły one następnie, natomiast rozwinęło się porażenie ruchowe i czuciowe. Rozpoznano więc ucisk rdzenia, spowodowany przez jakiś guz, który się bardzo wolno powiększał. Chodziło teraz o umiejscowienie guza. Jak się wyżej rzekło, granica znieczulenia przechodziła przez 8 wycinek grzbietowy rdzenia, co odpowiada siódmemu kręgowi grzbietowemu, musiano jednak przypuścić, że, jeżeli istnieje znieczulenie na pewnej przestrzeni skóry, to sprawie chorobowej uległy przynajmniej trzy korzenie nerwowe. Ponieważ zaś to znieczulenie było już wyraźne i w obrębie siódmego segmentu rdzenia, więc i korzenie nerwowe 6 wycinka rdzenia powinny były być dotknięte sprawą chorobową. Wycięto więc łuki kręgów 5, 6 i 7-ego i odrazu natrafiono na guz twardej, leżący nazewnątrz od opony twardej, w kierunku ku tyłowi, długości nieco więcej, niż dwa cale. Guz oddzielono łatwo i rana zagoiła się szybko i bez powikłań. Skutek był taki, że już po kilku dniach ustąpiło osłabienie pęcherza, czucie znacznie się polepszyło, i zjawily się ślady ruchów w nogach. Obecnie, po upływie prawie 3 miesięcy od czasu operacyi, chora wykonywa w łóżku wszystkie ruchy nogami. Niedawno BRUNS i SCHEDE przedstawili wyniki, zebrane na 20 przypadkach podobnego rodzaju. Wyniki nie są zupełnie dobre, w każdym bądź razie nie odstręczające. W sześciu przypadkach nastąpiło wyleczenie prawie zupełne, albo przynajmniej polepszenie znakomite; w dwunastu nastąpiła śmierć. Podobny przypadek był rozpoznany i operowany przez MIKULICZ'a i LICHTHEIM'a. Chodziło tam o zupełne porażenie nóg ruchowe i czuciowe, które trwało około dwóch lat; w 13 miesięcy po operacyi chora zaczęła chodzić.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego berlińskiego w dniu 28. VI. d-r ROSENHEIM mówił o przeroście odźwiernika, połączonym ze zwężeniem. Przypadek ten dotyczył sześciolatniego chłopca, który przebył przed dwoma laty odrę, a prócz tego odznaczał się stale skłonnością do nieżyków dróg oddechowych, połączonych z przerostem błony śluzowej. Choroba obecna rozpoczęła się przed półtora rokiem: chory w nocy obudził się, dostał wymiotów, poczem zasnął na nowo. Stan taki trwał już parę tygodni, kiedy ROSENHEIM, badając chorego, stwierdził znaczny upadek odżywiania i małokrwistość. Chory nie doznawał zresztą żadnych bólów lub dolegliwości. Badanie żołądka wykazało jego rozszerzenie, a w zawartości, prócz objawów fermentacyi, znaleziono dużo kwasu solnego, sarcyny i drożdże. Pod wpływem przemywań żołądka wymioty ustąpiły, lecz rozszerzenie jego i ogólne wychudnienie wciąż wzrastały. Wobec takiego stanu rzeczy, w październiku roku zeszłego SONNENBURG wykonał pyloroplastykę. Okazało się, że odźwiernik przepuszczał jeszcze zgłębnik 5 mm. grubości, lecz ściana żołądka była w tem miejscu niepomierne zgrubiała, zaś na błonie śluzowej znajdowały się liczne wybujałości, lecz nie było ani śladu blizny lub nowotworu złośliwego. Polepszenie po operacyi trwało zaledwie parę godzin, poczem wszystko

wróciło do dawnego stanu, wtedy wykonano gastroenterostomię, po której nastąpiło wyleczenie zupełne, aczkolwiek sprawność ruchowa żołądka pozostawia jeszcze nieco do życzenia. Na podstawie tego spostrzeżenia i kilku innych ROSENHEIM twierdzi, że pyloroplastyka nigdy nie daje wyników tak dobrych, jak gastroenterostomia. Co się zaś tyczy tego przypadku, to zasługuje na uwagę wysoki stopień rozszerzenia: dolna granica żołądka sięgała znacznie niżej pępka; widzi się to bardzo rzadko, zwłaszcza przy dosyć umiarkowanym zwężeniu. Ostatnie jest według wszelkiego prawdopodobieństwa wrodzone, a do wystąpienia zmian dalszych przyczyniło się zapewne wiele zapalenie mięszone ścian odźwiernika, które w końcu doprowadziło do ich przerostu i zwężenia światła odźwiernika.

Wśród innych tematów, poruszonych na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego hamburskiego w dniu 24. I. r. b., d-r FRAENKEL okazał szereg preparatów wtórnego raka kręgosłupa. Mówca zaznacza, że kręgosłup stanowi część układu kostnego, w której najczęściej spotykamy przerzuty raka. W celu przekonania się o tem, należy badać kręgosłup nie tylko w tych przypadkach raka, w których cierpienie kręgosłupa zostało stwierdzone klinicznie, lecz wogóle we wszystkich przypadkach raka jakiegokolwiek narządu. Co do przerzutów, to przedstawiają się one albo w postaci nacieczeń, zajmujących cały trzon kręgu, albo w postaci mniejszych lub większych ognisk. W większości przypadków, bez względu na siedlisko raka, nowotwór sadowi się wewnątrz trzonu kręgowego i niszczy tkankę kostną, wskutek czego trzony kręgów stają się miękkimi, nie są w stanie opierać się wywieranemu na nie ciśnieniu, ostatecznie ulegają spłaszczeniu, a następnie powstaje ztąd zwężenie światła kanału kręgowego i ucisk na rdzeń. Mówca nie wkracza bliżej w istotę sprawy, która prowadzi do zniszczenia tkanki gąbczastej kości, zwraca tylko uwagę, że nie chodzi tu o prosty zanik wskutek ucisku, zwłaszcza że rozmaite sprawy biologiczne prowadzą ostatecznie do tego samego wyniku, którego wyraz stanowi znikanie tkanki kostnej. Lecz oprócz przerzutów, które prowadzą do rozmiękczenia kości, istnieją inne, które wywołują zmiany wprost przeciwnie. Kręgi stają się niezmiernie twardymi, a tkanka ich zmienia się w tkankę sklerotyczną. Tą własnością są obdarzone główne raki gruczołu krokowego, na co już dawniej zwrócił uwagę v. RECKLINGHAUSEN. Do tego samego rzędu należą i preparaty, okazane przez FRAENKEL'a. Na czem polega to zjawisko, dotychczas niewiadomo. Zdaje się, że budowa histologiczna raka nie posiada w tym względzie żadnego znaczenia, przynajmniej tak sądzi mówca na podstawie materiału własnego: w jednym przypadku miał on do czynienia z rakiem o budowie gruczołu (*adenocarcinoma*), w drugim z rakiem galaretowatym gruczołu krokowego, przerzuty zaś i jednego i drugiego spowodowały w trzonach kręgów zmiany sklerotyczne. Za pomocą promieni ROENTGEN'a można się przekonać, że w obudwu przypadkach przestrzenie międzybełczkowe w istocie gąbczastej kości znacznie zwężyły się, a nawet zanikły (jeżeli tak można wyrazić się), wskutek tego trzon kręgu zamienił się w twardą i zbitą tkankę kostną. W końcu FRAENKEL wskazuje tę smutną okoliczność, że nowotwory złośliwe, a zwłaszcza raki, spotykają się co raz częściej, a ilość ich w porównaniu z rokiem 1890 prawie podwoiła się. Gdy w roku wspomnianym na 1400 przypadków śmierci raka stwierdzono 70 razy, to w roku 1898 z ogólnej liczby 1500 przypadków badania zwłok na raka przypadają 133 przypadki.

K. Z.

ODCINEK.

DZIAŁALNOŚĆ RUCHOMEGO ODDZIAŁU OCZNEGO W OSTROŁĘCE.

Podał

MICHAŁ JANUSZKIEWICZ.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 40).

Niedawno miałem sposobność badać oczy 134 chłopców w jednej z ochron dobroczynności i znalazłem 74 chorych na *conjunctivitis follicularis*, naturalnie, że musieli się pozarażać jedni od drugich, a muszę tu nadmienić, że każdy z nich ma oddzielny ręcznik i że się myją pod wodociągiem. Drugą chorobą, gdzie chwilowe leczenie nie wielką mogło przynieść korzyść, były cierpienia dróg łzowych; wprawdzie przy systematycznym leczeniu u wielu chorych mogłem zauważyć znaczną poprawę, ale o wyleczeniu nie mogło być mowy.

Tu przytaczam szczegółową statystykę chorób, spotykanych w Ostrołęce.

A. Choroby łącznicy.

1)	<i>Conjunctivitis simplex</i>		31
2)	"	<i>acuta et subacuta</i>	 21
3)	"	<i>chronica</i>	 150
4)	"	<i>lacrymalis</i>	 42
5)	"	<i>phlyctenulosa</i>	 51
6)	"	<i>follicularis</i>	 33
7)	"	<i>granulosa (trachoma)</i>	 210
8)	"	<i>membranacea</i>	 2
9)	<i>Symblepharon</i>		7
10)	<i>Pterygium</i>		1
11)	<i>Ecchimoses subconjunctivales</i>		2
			550

B. Choroby rogówki

1)	<i>Ulcers corneae</i>		10
2)	<i>Infiltratio corneae</i>		7
3)	<i>Hypopyon keratitis</i>		4
4)	<i>Herpes corneae</i>		1
5)	<i>Keratitis traumatica</i>		3
6)	"	<i>scrophulosa</i>	 50
7)	<i>Pannus scrophulosus</i>		15
8)	"	<i>trachomatosus</i>	 71
9)	<i>Keratitis sclerotisans</i>		1
10)	<i>Keratitis e lagophthalmo</i>		1
11)	<i>Staphyloma corneae</i>		19
12)	<i>Leucoma adhaerens</i>		21
13)	<i>Leucoma corneae</i>		34
14)	<i>Maculae corneae</i>		62
			299

C. Choroby tęczówki i naczyniówki (*tractus uvealis*).

1)	<i>Iritis et synechiae posterior.</i>	26
2)	<i>Iridocyclitis</i>	2
3)	<i>Iridocyclitis sympathica</i>	1
4)	<i>Chorioiditis metastat.</i>	4
5)	<i>Chorioiditis disseminata</i>	6
6)	<i>Sclerotico-chorioiditis myopica</i>	8
		47

D. Jaskra (*glaucoma*).

1)	<i>Glaucoma acutum</i>	1
2)	„ <i>chronicum</i>	7
3)	„ <i>simplex</i>	6
4)	„ <i>consecutivum.</i>	1
		15

E. Choroby siatkówki.

1)	<i>Amotio retinae</i>	2
2)	<i>Retinitis pigmentosa</i>	3
3)	<i>Retinitis e lue congenita</i>	2
4)	„ <i>albuminurica</i>	1
5)	„ <i>proliferans</i>	2
6)	<i>Embolia arter. central.</i>	1
7)	<i>Glyoma retinae</i>	1
		12

F. Choroby nerwu wzrokowego.

1)	<i>Neuritis optica (papillitis)</i>	5
2)	<i>Atrophia n. optico-rum</i>	5
3)	<i>Atrophia n. optic. post neuritid.</i>	11
4)	<i>Neuro-retinitis</i>	2
		19

G. Choroby soczewki.

1)	<i>Cataracta senilis</i>	34
2)	„ <i>complicata</i>	21
3)	„ <i>traumatica</i>	8
4)	„ <i>diabetica</i>	1
5)	„ <i>myopica</i>	2
6)	„ <i>congenita</i> (rozmaite rodzaje)	7
		73

H. Choroby ciała szklistego.

1)	<i>Opacitates corporis vitrei</i>	7
----	-----------------------------------	---

I. Choroby dróg łzowych.

1)	<i>Stricture canalis naso-lacrymalis</i>	46
2)	<i>Blennorrhoea sacci lacrymal.</i>	74
3)	<i>Dacryocystitis</i>	3
		123

K. Choroby powiek.

1)	<i>Blepharitis</i>		159
2)	<i>Meibomitis</i>		2
3)	<i>Hordeolum</i>		6
4)	<i>Chalazion</i>		6
5)	<i>Trichiasis</i>		30
6)	<i>Entropion</i>		15
7)	<i>Ectropion</i>		14
8)	<i>Tumores</i>		2
9)	<i>Pediculi ciliarum</i>		1
			235

L. Choroby mięśni i nerwów ocznych.

1)	<i>Strabismus convergens</i>		5
2)	" <i>divergens</i>		4
3)	<i>Paresis oculomotorii</i>		5
4)	<i>Ptoxis</i>		2
			16

M. Choroby oczodołu.

1)	<i>Periostitis tuberculosa</i>		1
2)	<i>Exophthalmus</i>		1
			2

N. Wady refrakcyi.

1)	<i>Myopia</i>		38
2)	<i>Hypermetropia</i>		49
3)	<i>Presbyopia</i>		44
4)	<i>Astigmatismus</i>		14
			145

O. *Bulbus oculi*.

1)	<i>Phthisis bulbi</i>		33
2)	<i>Trauma bulbi</i>		8
			41

P. Wady wrodzone (*anomaliae congenitae*).

1)	<i>Anophthalmus</i>		1
2)	<i>Microphthalmus</i>		2
3)	<i>Microcornea</i>		2
4)	<i>Coloboma iridis</i>		2
5)	" <i>nervi optici</i>		1
6)	<i>Amaurosis congenita</i>		1
7)	<i>Amblyopia congenita</i>		4
8)	<i>Nystagmus congenit.</i>		11
			24

I. Operacje wykonane w szpitalu.

1)	<i>Extractio cataractae senilis</i>		8
2)	<i>Iridectomy optica</i>		1
3)	<i>Operatio trichiasis</i>		11

II. Operacje wykonane ambulatoryjnie.

1)	<i>Incisio canalis lacrymal</i>		28
2)	<i>Extirpatio chalazionis</i>		4
3)	<i>Expressio folliculorum</i>		4
4)	<i>Incisio tarsi</i>		3
5)	<i>Incisio hordeoli</i>		4
6)	<i>Extractio corporis alieni</i>		2

Jak widać z powyżej przytoczonych cyfr, znaczna bardzo część chorych, bo 55%, była dotknięta cierpieniami łącznicy; pomiędzy niemi pierwsze miejsce zajmowała jaglica—21%. Ponieważ pojęcie kliniczne „jaglica“ nie jest dotąd ustalone, i niejednokrotnie jeden autor rozpozna dany przypadek, jako jaglicę, gdy inny będzie w nim widział tylko katar pęcherzykowy, chcąc być dobrze zrozumianym, zaznaczam, że te przypadki, w których przyszczyki, przeważnie zresztą drobne, zajmują tylko fałdę przejściową, chociażby nawet powieki górnej, a nie porażają łącznicy chrząstkowej, pomieściłem pod rubryką kataru pęcherzykowego. Gdy zaś chrząstka jest zajęta, jest to jaglica, chociażby nawet nie było jeszcze śladu blizn, łuszczyki, zawrotu rzęs i t. p., których w zupełnie świeżym przypadku może nie być.

Co się tyczy leczenia jaglicy, to muszę nadmienić, że najczęściej stosowałem wycieranie powiek sublimatem 1 : 1000 i pendzlowanie 1% lapisem. O ile zachodziła potrzeba wyciskałem granulacye, częściej jednak palcami, niż narzędziem KNAPP'a, gdyż uważam, że w ten sposób mniej szkody przynosi się łącznicy, chociaż nie w każdym przypadku można było zastosować tę metodę. W świeżych przypadkach przepisywałem 10% protargol do wpuszczania w domu. Co do chorób łącznicy, muszę jeszcze zaznaczyć, że nie spotkałem ani jednego przypadku ostrego zapalenia łącznicy u noworodków (*blennorrhoea neonatorum*). Choroby rogówki wynoszą prawie 30%. Znaczna ich część przypada na zapalenie skrofuliczne, do nich bowiem należy zaliczyć przeważną ilość zmętnień rogówki. Chorób tęczy i naczyńówki było 4,7%. Ostre przypadków zapalenia tęczy widziałem bardzo mało, najczęściej były tylko zrosty, jako następstwo dawnych zapaleń. Trudno powiedzieć z pewnością, ile z nich było pochodzenia przymiotowego, muszę jednak zaznaczyć, że przymiot w tych stronach często się spotyka. Znaczna ilość wojska, stojąca w Ostrołęce i jej okolicach, wpływa z pewnością na rozszerzenie się tej choroby. Z 6 przypadków *chorioiditis disseminata* 2 były bardzo podejrzanane, a reszta napewno pochodzenia przymiotowego. W dwóch przypadkach, które się zjawily na początku mojego pobytu, odpowiednie leczenie (frykcye) sprawiło znaczną poprawę. Chorób siatkówki 1,2%. Raz widziałem *glyoma retinae* u dwuletniego dziecka, nowotwór wypełniał cały oczodół i wysadził gałkę na kilka centymetrów. Oddzielenie siatkówki widziałem w jednym przypadku, pochodzenia urazowego, w drugim przy wysokiej krótkowzroczności. W jednym przypadku *retinitis albuminurica* po połogu z bardzo ostrym przebiegiem, chora była przyjęta do szpitala zupełnie ślepą; po kilku dniach mogła rozróżniać palce na 1 metr. Z 1,9%, które przypadają na choroby nerwu wzrokowego, mamy przeszło połowę zaniku po zapaleniu nerwów wzrokowych; przyczyny są rozmaite, głównie jednak zapalenie opon mózgowych. We wszystkich 5 przypadkach zaniku nerwów pierwotnego był w anamnezie przymiot. Chorób soczewki notowałem 7,3%. Pod nazwą *cataracta complicata* rozumiem te wszystkie przypadki

gdzie operacja była całkiem niemożliwa, brak prjekcji, zarośnięcie źrenicy, miękkość gałki ocznej i t. p. Niezmiernie wielka ilość chorób dróg łzowych 12,3% da się chyba tem wytłomaczyć, że pomiędzy chorymi było dużo żydów, u których choroba ta bardzo często się spotyka. Przy codziennem zakładaniu zgłębników i przemywaniu $\frac{1}{4}\%$ lapisem albo 5% protargolem ropienie prędko ustępowało; było to jednak tylko w większości przypadków chwilowe polepszenie, gdyż choroba ta bardzo łatwo powraca. Znaczna odsetka chorób powiek 23,5% pochodzi ztąd, że zaliczyłem do nich wszystkie następne sprawy jaglicy, jak *ectropion*, *entropion*, *trichiasis*. Wad refrakcyi znalazłem 14,5%, od tego jednak należy odjąć 4,4%, przypadające na presbiopię, będącą właściwie normalnym objawem starczym.

Przytaczam tutaj tablicę, w której dla porównania zestawilem cyfry, odnoszące się do rozmaitych statystyk. Pierwsza kolumna zawiera dane, dotyczące chorych, przyjętych w Ostrołęce. Druga jest zebrana przez KOHN'a z 67 rozmaitych klinik i dotyczy trzystu tysięcy chorych. Trzecia i czwarta zawierają dane z oddziałów ruchomych rosyjskich, pierwsza z 21 oddziałów, wysłanych w 1894 roku, ostatnia z 24 w roku 1895.

	I	II	III	IV
1) Choroby łącznicy	55%	30%	50,2%	46,7%
2) „ rogówki	29,9%	21%	26,8%	27%
3) „ tęczy i naczyńiówki . .	4,7%	6%	4,6%	5,6%
4) Jaskra	1,5%	1%	2,1%	
5) Choroby nerwu wzrokowego i siatkówki	3,1%	5%	1,1%	2,1%
6) Choroby soczewki	7,3%	6%	6,4%	6,7%
7) „ ciała szklстого . . .	0,7%	0,7%		
8) „ gałki ocznej	4,1%	2%		
9) Wady refrakcyi	10,1%	12,0%	3,4%	4,6%
10) Choroby mięśni ocznych . . .	1,6%	3%	0,9%	1,1%
11) „ dróg łzowych	12,3%	2%	1,9%	2,1%
12) „ powiek	23,5%	9%		
13) „ oczodołu	0,2%	0,2		
14) „ białkówki			0,08%	0,06%
15) Wady wrodzone	2,4%		4,2%	

Przechodząc do rozpatrzenia ślepych i przyczyn ślepoty, muszę na początku zaznaczyć, że do ślepych zaliczyłem tych wszystkich, którzy w odległości 1 metra nie byli w stanie rozróżnić ruchów ręki. Naturalnie, że jest tu mowa tylko o ślepych nieuleczalnych. Co do ilości ich w stosunku do ogólnej liczby ludności nie mamy nowszych obliczeń.

Według statystyki CORRAD'ego z roku 1886 w Królestwie Polskiem przypada mniej więcej 70 ślepych na sto tysięcy ludności, w Hollandyi 44, a w Ro-

syi 210. Co się tyczy ilości ślepych w stosunku do ilości chorych na oczy, to w Ostrołęce znalazłem 114 na 1015 chorych: 62 ślepych na jedno oko i 52 na obydwa. Cyfra ta jednak nie daje żadnego pojęcia o ilości ślepych w danej okolicy, gdyż nie wiadomo jest, czy wszyscy ślepi się zjawili.

I. Przyczyny ślepoty na jedno oko. II. Przyczyny ślepoty na obydwa oczy.

1) <i>Trachoma</i>	12	1) <i>Trachoma</i>	10
2) <i>Variola</i>	6	2) <i>Variola</i>	9
3) <i>Ulceræ carneæ</i>	11	3) <i>Morbilli</i>	1
4) <i>Trauma</i>	9	4) <i>Glaucoma</i>	4
5) <i>Glaucoma</i>	5	5) <i>Amotio retinae</i>	2
6) <i>Iridocyclitis</i>	3	6) <i>Atrophia nervorum opt. simplex</i> .	8
7) <i>Chorioiditis</i>	4	7) " " <i>post neuritidem</i> .	2
8) <i>Iritis</i>	2	8) <i>Trauma</i>	3
9) <i>Herpes zoster corneæ</i>	1	9) <i>Myopia excessiva</i>	2
10) <i>Anophthalmus congenitus</i>	1	10) <i>Chorioretinitis</i>	2
11) <i>Blennorrhoea neonatorum</i>	1	11) <i>Blennorrhoea neonatorum</i> . . .	3
12) <i>Atrophia nervi optici post neurit.</i> .	1	12) <i>Irido-Chorioiditis</i>	1
13) <i>Panophthalmitis</i>	1	13) <i>Ulceræ corneæ</i>	2
14) <i>Glyoma retinae</i>	1	14) <i>Amaurosis congenita</i>	2
15) <i>Cataracta complicata</i>	1	15) <i>Retinitis pigmentosa</i>	1
16) <i>Ambustura corneæ</i>	1		52
17) Przyczyna niewiadoma	2		
	62		

Tutaj podaję tablicę dla porównania przyczyn ślepoty, której kolumna pierwsza zawiera przyczyny ślepoty w Ostrołęce kolumna druga statystykę przyczyn ślepoty, obliczoną przez MAGNUS'a na 2528 ślepych, dwie zaś ostatnie dane, zebrane przez oddziały ruchome w Rosyi w latach 1894 i 1895. Mowa tu tylko o ślepych na obydwa oczy.

	I	II	III	IV
1) <i>Trachoma</i>	20%	9%	22,5%	22%
2) <i>Atrophia nerv. opt.</i>	20%	7,75%		1,4%
3) <i>Variola</i>	18%	2,2%	13,9%	14,4%
4) <i>Glaucoma</i>	8%	8,98%	16,3%	18%
5) <i>Blennorrhoea neonat.</i> . . .	6%	10%	0,5%	6,4%
6) <i>Trauma</i>	6%	8%	1,5%	3,9%
7) <i>Amotio retinae</i>	4%	4,8%		
8) <i>Iris et Chorioidea</i>	6%	8,9%		
9) <i>Cornea</i>	4%	8%	13,4%	12,7%
10) <i>Myopia</i>	4%	0,95%		
11) <i>Amaurosis congenita</i> . . .	4%		1,1%	2,5%

Nakoniec przytaczam niektóre dane, dotyczące wieku, płci i miejsca zamieszkania chorych.

do 10 lat	161
10 — 20	149
20 — 30	149
30 — 40	179
40 — 50	147
50 — 60	126
60 — 70	68
70 — 80	31
80 — 90	5
	1015
Mężczyzn	352
Kobiet	438
Dzieci (do lat 15)	225
	1015
Z powiatu Ostrołęckiego . . .	596 (z m. Ostrołęki 273)
„ Makowskiego . . .	159
„ Łomżyńskiego . . .	129
„ Kolnieńskiego . . .	87
„ Ostrowskiego . . .	19
„ Mazowieckiego . . .	1
Z innych gubernii	24
	1015
Chrześcian	538
Żydów	478
	1015

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt trzeci, ogólnego zbioru tom XCVIII „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ i zawiera: 1) L. BREGMANN. W kwestyi rozsianego zapalenia nerwow obwodowych. 2) W. MORACZEWSKI. Przyczynek do teoryi gorączki. 3) Fr. NEUGEBAUER. Pomyłki w określaniu płci, ujawnione drogą operacyjną. Operacje, dokonane u wrzekomych obojniaków oraz osobników płci wątpliwej. Rzut oka na rozwój organów moczopłciowych człowieka. 4) W. KOHLBERGER. O zasadniczych t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedyn-

czych, złożonych i powikłanych. (Ciąg dalszy). 5) Protokoły. 6) Ogłoszenia.

— Nr. 125, 126 i 127 „Odczytów klinicznych“ wyszły z druku i zawierają pracę F. A. HOFFMANN'a w tłumaczeniu p. t. Kuracje dyetetyczne.

— Towarzystwo Lekarskie Wileńskie odbędzie w końcu roku bieżącego tysiączne posiedzenie. Posiedzenie to ma mieć charakter uroczysty.

— Na zasadzie uchwały Zjazdu przeciwgruźliczego w Berlinie, zawiązał się komitet, mający na celu wystawienie pomnika BREMER'owi, jako twórcy metody klimatycznego leczenia gruźlicy.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 30 Сентября 1899 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8