

# GAZETA LEKARSKA

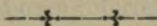
I Z PRACOWNI FIZJOLOGICZNEJ PROF. HERMANA MUNK'A W BERLINIE.

## O OŚRODKACH KOROWYCH MIĘŚNI OCZNYCH.

Podał

**Władysław Sterling.**

[Odczyt, wygłoszony w Tow. Lek. Warsz. dnia 26-go maja r. b.]



Istnieją, jak wiadomo, w korze mózgowej cztery miejsca, z których otrzymać można przy drażnieniu prądem elektrycznym ruchy gałek ocznych, a mianowicie: miejsce w terytoryum korowem nerwu twarzowego, drugie w sferze wzrokowej, trzecie w terytoryum mięśni karku, t. zw. „*Nackenregion*“ oraz czwarte w zrazie skroniowym. Stosunek miejsc tych do otrzymywanych w nich przy drażnieniu prądem ruchów gałek ocznych jest niejednakowy, bo gdy w terytoryum nerwu twarzowego otrzymujemy zawsze jednostronne ruchy gałki ocznej, to drażnienie prądem wszystkich innych wyżej wymienionych punktów wywołuje obustronne skojarzone ruchy oczu.

Już sam fakt ten przemawia za tem, że istotnym bezpośrednim ośrodkiem dla ruchów gałek ocznych jest miejsce w terytoryum nerwu twarzowego, wszystkie zaś inne punkty są tylko ośrodkami wyższego porządku. Lecz przez długi czas nie udawało się badaczom stwierdzić faktu tego doświadczalnie. Dopiero FRITSCHE i HIRTZIG wpadli na myśl, że ośrodek właściwy dla mięśni ocznych zlewa się w korze z częścią ośrodka nerwu twarzowego, wskutek czego spostrzeganiu ruchów ocznych, których natężenie nieraz bywa bardzo nieznaczne, przeszkadzało badaczom zamknięcie powiek, a przy mechanicznem przewyciężaniu tego zamknięcia—skurcz mięśnia okrężnego powiek. Dla usunięcia tych przeszkód dokonywał HIRTZIG zwierzętom uprzednio przecięcie nerwu twarzowego oraz przez środek rogówki do soczewki wkłuwał igłę karlsbadzką, do której główki przymocowana była prostopadła chorągiewka. Drażnienie kory mózgowej, w tych warunkach dokonane, doprowadziło HIRTZIG'a do wniosku, że terytoryum korowe nerwu twarzowego jest istotnie bezpośrednim ośrodkiem dla mięśni ocznych i że jest on ograniczony do małego stosunkowo ogniska.

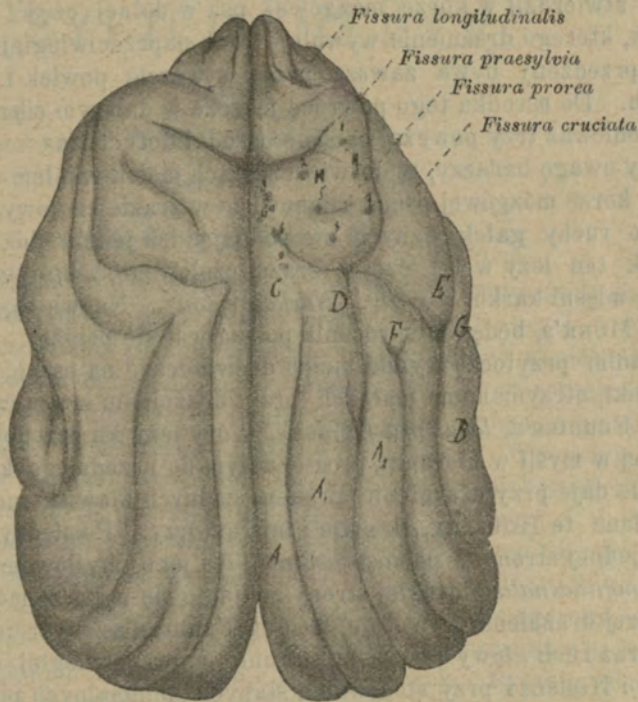


Jak wiadomo, istnienie podobnego ośrodka w korze mózgowej może być dowiedzione w sposób dwojaki: po pierwsze—zapomocą drażnienia kory prądem elektrycznym, po drugie—drogą wycinania odpowiednich części kory. Co do pierwszego sposobu, badania HIRTZIG'a były następnie w całości potwierdzone przez doświadczenia R. DU BOIS-REYMOND'a i SILEX'a. Natomiast doświadczenia z wycinaniem zawiodły badaczy w zupełności. ECKARD stwierdził, że po wycięciu odpowiednich części mózgu nie podobna spostrzedz żadnych zmian w samoistnych ruchach powiek i gałek ocznych. DU BOIS-REYMOND i SILEX nawet po obustronnem wycięciu nie spostrzegali żadnych objawów upośledzenia czynności, prócz nieznacznego osłabienia czynności odruchowej; wszystkie inne ruchy oczu, jak skojarzone z ruchami głowy, skierowane ku poruszającemu się przedmiotowi, były zupełnie normalne. Pomimo jednak tych zupełnie ujemnych wyników, nie można odrzucić, by terytoryum nerwu twarzowego nie było i ośrodkiem ruchów ocznych dowolnych, gdyż i w tych terytoryach kory mózgowej, których drażnienie prądem elektrycznym wywołuje ruchy kończyn, nawet rozległe wycinania dają uderzająco małe zaburzenia ruchowe, nie podobna więc wykluczyć, że przy tak skomplikowanym mechanizmie, jaki jest właściwy ruchom mięśni ocznych, które mogą być wywołane z rozmaitych części mózgu w sposób odruchowy, pewne nieznaczne zaburzenie w ich czynności mogło ująć uwagi badaczy. Tak więc z pewnemi zastrzeżeniami przyjmujemy dzisiaj terytoryum nerwu twarzowego za bezpośredni ośrodek dla dowolnych ruchów ocznych. Będziemy miejsce to dalej nazywali o s r o d k i e m HIRTZIG'a.

Co się tyczy drugiego punktu w korze, czyli „sfery wzrokowej“ (*Sehsphäre*), to SCHAEFER stwierdził na małpach, a MUNK na psach, że drażnienie prądem przerywanym całej kory zrazu potylicowego wywołuje skojarzone ruchy gałek ocznych ku stronie półkuli naprzeciwległej: ruchy te otrzymujemy przy prądach tej siły, które potrzebne są dla wywołania z innych terytoryów kory ruchów kończyn. Ruchy te, które są według MUNK'a niewątpliwie skutkiem ograniczonych podrażnień sfery wzrokowej, są dość rozległe. Po całkowitem wyłuszczeniu obu sfer wzrokowych zwierzę jest wprawdzie zupełnie ślepe, lecz z wyjątkiem ruchów ocznych, zależnych bezpośrednio od widzenia, wszystkie inne ruchy dowolne i mimowolne są zupełnie zachowane. Stąd wniosek, że „sfera wzrokowa“ nie ma nic wspólnego z ruchami oczu, niezależnymi od widzenia. Ani pobudzenie tych ruchów nie wychodzi ze sfery wzrokowej, ani droga, prowadząca od miejsca ich pobudzenia do obwodu nie przechodzi przez sferę wzrokową. Jak należy objaśnić sobie powstawanie tych ruchów? Przypuszczenie, że podrażnienie, doprowadzone do kory przez włókna nerwów wzrokowych przenosi się następnie na włókna asocjacyjne, a stamtąd do t. zw. „sfery czuciowej“ (*Fühlsphäre* MUNK'a), do ośrodków, które przyjęto oznaczać przez litery *F* lub *H*, nie wytrzymuje krytyki, gdyż przy drażnieniu prądem sfery wzrokowej, otrzymujemy zawsze tylko ruchy gałek ocznych, nigdy zaś nie otrzymujemy ruchów kończyn, a przecież tego należałoby się spodziewać, gdyż prąd powinien przechodzić równomiernie na wszystkie włókna asocjacyjne. Gdyby przyjąć nawet fakt, że ze wszystkich dróg asocjacyjnych pomiędzy „sferą wzrokową“ a „sferą czuciową“ droga dla ruchów ocznych przedstawia najmniejszy opór dla



prądu, czyli że jest najbardziej „utorowana“ wskutek tego, że ruchy gałek ocznych daleko częściej w życiu zwierzęcia skojarzone są z czynnością wzroku, aniżeli wszelkie inne ruchy, to i wtedy należałoby się spodziewać, że prąd elektryczny większej siły przejdzie także i na drogi, posiadające większy opór. Doświadczenie nie potwierdza jednak tego przypuszczenia: można, wychodząc z jednego punktu, zwiększać siłę prądu nawet do znacznego stopnia—a do ruchów ocznych nie dołączają się żadne inne.



Górna powierzchnia mózgu psa.

- A — Sfera wzrokowa.
- B — Ośrodek słuchu.
- C — t. zw. sfera czuciowa (MUNK'a).
- F — Ośrodek dla mięśni ocznych i nerwa twarzowego (HIRZIG'a).
- G — t. zw. sfera słuchowa.
- H — „Nackenregion“.

Jeżeli przeprowadzić u przedniej granicy sfery wzrokowej cięcie frontalne przez półkulę mózgową aż do otwarcia komory w taki sposób, ażeby dosięgło ono włókien asocjacyjnych, łączących „sferę wzrokową“ ze „sferą czuciową“ (terytorya F i H) a nadto drugie cięcie podłużne *corporis callosi*, czyli zniszczyć w ten sposób także włókna łączące (komisuralne), to i wtedy ruchy oczu przy drażnieniu „sfery wzrokowej“ pozostaną nieuszkodzone. Powstają więc ruchy



te w ten sposób, że doprowadzone przez prąd pobudzenie przenosi się przez włókna *coronae radiatae*, do części niżej leżących [podkorowych].

Co się tyczy samej natury tych ruchów, to MUNK, który odróżnia trzy kategorie odruchów ocznych: 1) odruchy siatkówkowe (*Retinareflexe*): zwężenie źrenicy pod wpływem światła, 2) odruchy wzrokowe wyższego porządku, np. mruganie powiek przy zbliżeniu pięści do oka, oraz 3) odruchy wzrokowe niższego porządku—zalicza je właśnie do tej ostatniej kategorii odruchów. Od pierwszych dwu kategorii różnią się one tem, że są w r o d z o n e.

Co się tyczy trzeciego punktu w korze, o którym wspominaliśmy, to BAGINSKY stwierdził w korze mózgowej psa w dolnej części zrazu skroniowego ośrodek, którego drażnienie wywołuje ruch naprzeciwległej muszli usznej; ruch ten poprzedzony bywa zawsze przez otwarcie powiek i boczne ruchy gałek ocznych. Do ośrodka tego powrócę jeszcze w dalszym ciągu.

Ponieważ trzy powyżej opisane ośrodki dotychczas niemal wyłącznie zaprzętały uwagę badaczy, w doświadczeniach moich zająłem się czwartym ośrodkiem w korze mózgowej psa, a mianowicie w zrazie czołowym, z którego otrzymywano ruchy gałek ocznych, nie poddając ich jednak dokładniejszej analizie. Ośrodek ten leży w tej części zrazu czołowego, z którego udaje się wywołać skurcze mięśni karku: w t. zw. „*Nackenregion*“. Nazwą tą, ogólnie przyjętą od czasów MUNK'a, będę dla skrócenia posługiwał się poniżej.

Zanim przytoczę wyniki moich doświadczeń na psach, podam w streszczeniu wyniki, otrzymane na małpach przy drażnieniu zrazu czołowego. Według danych FERRIER'a, *lobus praefrontalis*, który leży ku przodowi od linii, przeprowadzonej w myśli w kierunku prostopadłym do przedniego końca *sulci praecentralis*, nie daje przy drażnieniu prądem żadnych zjawisk ruchowych. Potwierdzają dane te HORSLEY, BEEVOR i inni autorzy. Pomiędzy jednak tem terytoryum z jednej strony a *sulcus praecentralis* i jego myśłowem przedłużeniem do *sulcus longitudinalis* z drugiej strony znajduje się w korze mózgowej małpy okolica, której drażnienie wywołuje, według FERRIER'a, otwarcie oczu, rozszerzenie źrenic oraz ruch głowy i oczu ku stronie naprzeciwległej drażnionej półkuli. BEEVOR i HORSLEY przy stosowaniu słabych, minimalnych podrażnień rozdzielili to terytoryum na trzy oddzielne ośrodki. Najbardziej grzbietowo położony z nich i najbardziej zbliżony do szpary podłużnej mózgu, wywołuje ruchy głowy ku stronie naprzeciwległej, środkowy porusza głowę i oczy ku stronie naprzeciwległej, najbardziej zaś wentralnie położony wywołuje kontralateralne odchylenie się gałki ocznej.

MOTT bardziej jeszcze różniczkuje ośrodek w zrazie czołowym dla ruchów głowy i gałki ocznej. Według badań autora tego drażnienie ośrodka tego wywołuje u małp ruchy następujące: a) zwracanie się gałki ocznej w kierunku poziomym, b) ruch oka w kierunku strony naprzeciwległej i ku górze i c) ruch oka w kierunku strony naprzeciwległej i ku dołowi. Ośrodki te leżą jeden za drugim w kierunku od góry ku dołowi [z wewnątrz na zewnątrz], tak że ośrodek dla ruchów oka ku stronie naprzeciwległej i ku dołowi położony jest najbardziej na wewnątrz, bezpośrednio po nim następuje ośrodek dla ruchów oka w płaszczyźnie poziomej, a najbardziej ku dołowi, *resp.* na zewnątrz położony jest ośro-



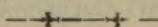
dek dla ruchów oka ku stonie naprzeciwległej i ku górze. Według Morr'a, podobne różniczkowanie da się przeprowadzić i dla ośrodka ruchów głowy.

[C. d. n.].

## II. SYFILIS NEREK.

Opracował

**Wacław Sterling.**



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 27].

SENATOR (9) w pracy swej o cierpieniach nerek utrzymuje, że trudno jest orzec, czy i o ile syfilis może warunkować ostre zapalenie nerek w okresie wczesnym, gdyż w przeważnej liczbie ogłoszonych przypadków nie można z zupełną pewnością wykluczyć cierpienia nerek, istniejącego przed zarażeniem syfilitycznym, lub wpływu szkodliwości, działających obok syfilisu, jak: alkohol, przeziębienie, lub też wreszcie wpływu leczenia rtęciowego. W każdym bądź razie ostre zapalenia nerek, powstające wskutek syfilisu, są bardzo rzadkie, a leczenie swoiste, zdaniem S., nie wpływa na sprawę tę dodatnio.

Pokrewne zapatrywanie się wygłasza TOMMASOLI. Zdaniem jego prócz syfilisu muszą istnieć inne jeszcze czynniki dla wywołania zapalenia nerek, jako to: wady konstytucjonalne, przeziębienia, alkoholizm i niektóre choroby, jak np. *furunculosis*, która może wytworzyć pewne usposobienie. Przyznaje on jednak, że ciężki syfilis może powodować poważne cierpienia nerek. Pytanie, dlaczego syfilis w ogólności nerki oszczędza, a w wyjątkowych jedynie przypadkach je dotyka, jest nierozwiązane do dziś.

NEISSER widział przypadki, w których przebiegu w okresie wczesnym syfilisu występowały ostre zapalenia nerek bez wszelkiej wiadomej przyczyny i całkowicie ustępowały podczas leczenia rtęciowego. „Sądzę—powiada N.— że zbyt daleko posunięto sceptycyzm, gdyby licznych odnośnych spostrzeżeń, dotyczących się leczniczego działania rtęci przy świeżych zapaleniach nerek syfilityków nie chciano zużytkować dla nauki, że istnieją zapalenia nerek, występujące we wczesnym okresie syfilisu.”

W ostatnich latach liczba odnośnych spostrzeżeń tak wzrosła, że ramy tej pracy nie pozwoliłyby na ich przytoczenie. Wskazują jednak one dowodnie, że jak wszystkie narządy, tak i nerki mogą podlegać zapalnym zmianom syfilitycznym i że w nauce o syfilisie i nefrologii należy się pewne miejsce.

Na zakończenie tego rozdziału poświęćmy nieco miejsca danym statystycznym. Jak już niejednokrotnie zaznaczonem było, syfilityczne cierpienia nerek są nader rzadkie, zwłaszcza szczupłą jest liczba przypadków, w których rozpoznanie postawione było za życia. O wiele pokaźniejszą jest liczba przypadków, w których cierpienie to stwierdzone zostało na zasadzie autopsyi.



Jak wiemy, w statystyce BAMBERGER'a liczba przypadków *nephritidis syph.* wynosi 2% wszystkich przypadków *nephritidis*. Postać była 4 razy ostro, 29 razy przewlekła, 16 razy zanikowa. Dość często jednocześnie istniało zwyrodnienie skrobiowate. Jeżeli w statystyce FUCHS'a uwzględnimy wszystkie przypadki, odnośna cyfra wyrazi się przez 7,5%, jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę tylko przypadki pewne, cyfra ta zredukuje się do 2,7%. Autor z równą częstością miał przypadki zapalenia nerek przewlekłego miąższowego, jak i przewlekłego śródmiaższowego. Wyżej podane cyfry wskazują nam częstość syfilitycznego zapalenia nerek w stosunku do ogólnej liczby przypadków zapalenia nerek.

Jeżelibyśmy ciekawi byli cyfry tej bezwzględnie, t. j. jak często przy autopsyi możemy spotkać się z *neph. syphil.*, to odnośne dane znowu u BAMBERGER'a znajdziemy. Na 19000 autopsyi cierpienia nerek występują 12,8%, cierpienia zaś syfilityczne nerek, po wykluczeniu zwyrodnienia skrobiowatego, w 0,26%. Według WAGNER'a cierpienia syfilityczne nerek stanowią 0,7% ogólnej liczby autopsyi, po wyłączeniu zaś zwyrodnienia skrobiowatego odnośna cyfra = 0,31%.

Aczkolwiek z powyższego widzimy, że syfilityczne zajęcie nerek rzadko względnie występuje na ogół, stosunek ten znacznej ulegnie zmianie, jeżeli zwrócimy uwagę na częstość zajęcia nerek u syfilityków. We wzmiankowanej już statystyce LANCEREAUX na 24 autopsyi syfilityków znalazł 8 razy zmiany w nerkach, co stanowi 33½%! JUSTUS na 1500 autopsyi miał 21 razy trupów z rozpoznaniem syfilisu. W liczbie tej było 10 przypadków syfilitycznego zapalenia nerek, z których trzy przypadły na nerkę zmarszczoną, trzy na postać mieszaną i wreszcie 4 na zwyrodnienie skrobiowate.

Jeżeli z materiału sekcyjnego SPIESS'a, obejmującego 220 syfilityków, usuniemy przypadki niezupełnie naszym wymaganiom odpowiadające, pozostanie nam 125 przypadków [= 67,2%], w których zmiany w nerkach jedynie syfilityczne mogą być przypisane. Jakościowo materiał ten przedstawia się w sposób następujący:

- 21 przyp. zapalenia nerek miąższowego,
- 3   "       "       "       "       "       i śródmiaższowego,
- 13   "       "       "       "       "       śródmiaższowego częściowego,
- 18   "       nerki bliźnowatej,
- 11   "       zaniku nerek,
- 7    "       zap. nerek śródmiaższowego gumatycznego,
- 36   "       zwyrodnienia skrobiowatego,
- 16 przypadków rozmaitych cierpień, co najmniej wtórnie przez syfilis wywołanych.

WELANDER na mocy dość długich poszukiwań podaje cyfry następujące: dwa przypadki ostrego syfilitycznego zapalenia nerek miąższowego, 18 przypadków zapalenia śródmiaższowego i dwa przypadki gumatów nerek. Natomiast zapalenia miąższowego przewlekłego nie spotkał W. ani razu.



Na zasadzie danych powyższych możemy wraz z KARVONEN'em wyciągnąć następujące wnioski ogólne, dotyczące się spraw nerkowych, występujących wskutek syfilisu nabytego:

Syfilis nerek za życia rzadko bywa rozpoznawany; częste badanie moczu każdego syfilityka może wykryć to cierpienie; w każdym razie klinicznie jest to cierpienie rzadkie.

Na ogólną liczbę chorych zaledwie w  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ % autopsya wykazuje zmiany, które mogą być przypisane syfilisowi [o ile pominiemy zwyrodnienie skrobiowate], podczas gdy inne cierpienia nerek spotykamy w 12,5%. Natomiast przy autopsyi syfilityków znajdujemy zmiany nerek w 25—50% przypadków. Ze względu na postać cierpienia  $\frac{2}{3}$  ogólnej liczby stanowią przypadki zapalenia mięszsowego i śródmięszsowego,  $\frac{1}{3}$ —zmiany bliznowate,  $\frac{1}{3}$ —zmiany zanikowe jednostronne lub częściowe i wreszcie  $\frac{1}{15}$ —gumaty nerek.

## II. Działanie rtęci na nerki.

W ciągu tej pracy kilkakrotnie spotykaliśmy się z czynnikiem, który wyświechtlenie zajmującej nas pracy znacznie utrudnia. Myślę tu o stosunku rtęci, przyjmowanej w celach leczniczych, do występowania białkomoczu; temu też pytaniu należy teraz słów parę poświęcić,

Gorliwym rzecznikiem niezależności objawów nerkowych od przyjmowanej rtęci był, jak wspominaliśmy wyżej, RAYER. Przeciwnie, WELLS i BLACKALL przypisywali przetworom merkuryalnym poważny wpływ na powstawanie obrzęków i białkomoczu i na dowód swych twierdzeń przytaczali odpowiednie spostrzeżenia. W. pomiędzy 4-ma chorymi z objawami ślinotoku rtęciowego u 3-ch znalazł białkomocz, z pomiędzy 6-u chorych, z których jeden tylko miał ślady białka w moczu, po 14-dniowej saliacyi 4-ch miało obfity białkomocz. Podobne spostrzeżenia przytacza i B. Jednakowoż późniejsze badania zmieniły poglądy tych lekarzy. DESIR bezowocnie szukał białka w moczu 41 syfilityków, leczonych rtęcią; udało mu się stwierdzić białkomocz u jednego chorego, bardzo wyniszczonego i wskutek tego właśnie leczonego małemi dawkami rtęci. FRIEDRICHS ani razu nie znalazł białka w moczu chorych, cierpiących na ślinotok lub przyjmujących rtęć w dawkach umiarkowanych.

Przetwory rtęciowe jedynie przez nadmiar swój, zdaniem jego, mogą wpływać ujemnie na nerki, co za czasów WELLS'a częściej się przytrafiało, niż za czasów FR. Również i ROSENSTEIN gorąco ujmuje się za dobrą sławą rtęci, zaprzeczając jej szkodliwości dla nerek. LECORCHÉ wzmiankuje o działaniu trujących dawek rtęci na mięszs nerek, nie wypowiada jednak swego zdania o wpływie leczenia rtęciowego na ten narząd. MAURIAC (*syphilis tertiaire*) powiada: od 18 lat leczę rtęcią od chwili pojawienia się szankra obrzymią ilość syfilityków, których znaczną liczbę mam pod obserwacją przez cały okres objawów wtórnych. Otóż oświadczam formalnie, że nerki ich były dotknięte w sposób widoczny w stosunku niezmiernie małym i prawie nieznacznym, i to do tego stopnia, że możliwość ta nie wchodzi u mnie w grę przy stawianiu rokowania.



Występując przeciw GUENTZ'owi, który na karb rtęci kładzie bardzo wiele, a bodaj zbyt wiele cierpień nerkowych, M. zaznacza, że znikanie białkomoczu u syfilityków pod wpływem leczenia swoistego jest faktem stwierdzonym, dalej, w innym miejscu czyni on słuszną uwagę, że wszak białkomocz często występuje u syfilityków, którzy przez czas dłuższy nie stosowali u siebie żadnego leczenia, tak że o wpływie ujemnym rtęci mowy być nie może. Cierpieniom nerek, występującym pod wpływem rtęci, z łatwością możemy zapobiedz, stosując środek ten umiarkowanie i ostrożnie. Autor kończy swą polemikę mówiąc, że we Francji syfilityczne cierpienia nerek w okresie wtórnym są bardzo rzadkie, i jeżeli one występują, niema żadnej racji do przypisywania ich powstania używaniu rtęci. Zwraca on uwagę, że właśnie dlatego, że cierpienia te występują wcześniej, ustrój nie miał jeszcze czasu uleść zatruciu merkuriuszem, w niektórych przypadkach nawet chory jeszcze nie zaczął leczenia swoistego, a mimo to występowały objawy ze strony nerek — podobnie jak w okresach późnych objawy te występują u chorych, którzy przez szeregi lat rtęci nie używali.

Bardzo poważny przyczynek do rozjaśnienia omawianej tu sprawy znajdujemy w pracy ELSENBERGA „Zmiany nerek przy otruciu rtęcią”. Autor dokonał sekcji mężczyzny, zmarłego wskutek ostrego otrucia sublimatem. „Nerki w tym przypadku były powiększone prawie o  $\frac{1}{3}$ , torebka ich oddziela się bardzo łatwo, powierzchnia gładka, blado-żółtawa, z nastrożniętymi gdzieniegdzie gwiazdami VERHEYNA. Na przekroju istota korowa jest dosyć znacznie zgrubiała, blado-żółtawej barwy, piramidy mocno przekrwione. Wogóle nerka robi wrażenie jakby ugotowanej i jest podobna do białej nerki, tylko z powodu rozmiarów nie można jej nazwać „dużą białą nerką”. Miedniczki, kielichy i moczowody prawidłowe... Sądząc z makroskopijnego wyglądu nerki, spodziewałem się i zmian drobnowidzowych, białej nerce właściwych. Okazało się jednak prawie zupełnie co innego. Siedliskiem zmian była co prawda istota korowa, ale w niej przeważnie kanaliki proste były sprawą patologiczną dotknięte. Większość ich robiła wrażenie rurek, napęcznionych masą ziarnistą, tak, że zarysy komórek ledwie dojrzeć można było. W innych zaś kanalikach prostych światło tylko było wypełnione podobną masą ziarnistą, jak gdyby wałeczkami ziarnistymi, komórki zaś były dobrze zachowane, kontury ich wyraźne, jądra dobrze zabarwione, tylko ciało ich było najczęściej mocno ziarniste i nie barwiło się. Ziarenka tak w komórkach, jak i w samych kanalikach są dosyć duże, kątowate, ciemne, zprzezroczyszczają się pod działaniem kwasów, za dodaniem zaś kwasu siarczanego zamieniają się na kryształki siarczanu wapnia... Nacieczenie to w mniej znacznym stopniu bywa i w kanalikach prostych istoty rdzennej, a nieraz spotyka się je i w kanalikach skręconych”. W tych ostatnich jednak znalazł autor i inne zmiany. Nabłonek ich był znacznie obrzmiały, ziarnisty, ale ziarnistość ta nie zależała bynajmniej od obecności soli wapiennych, lecz od ziarenek protoplazmatycznych i drobnych kropelek tłuszczu, co odpowiednimi odczynnikami można było wykazać. Miejscami na błonek w kanalikach się odłuszcza; inne znów kanaliki są wypełnione drobnymi komórkami kątowatymi, o wątlej ziarnistej treści i błyszczącym jądrem, bynaj-



mniej nie przypominającemi komórek limfoidalnych. Obrzmienie i odłuszczenie komórek nabłonkowych widać także i w torebkach BOWMAN'a. Dla dokładności tego obrazu dodać należy, iż na preparatach penzelkowanych beleczki tkanki śródmiąższowej są widocznie zgrubiałe, ale zgrubienie ich nie zależy od wzrostu tkanki ich nacieczna komórkowego, lecz od nacieczna surowiczego".

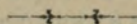
[C. d. n.].

### III. DRGAWKI OGÓLNE U DZIECI.

(*Eclampsia Infantum. Convulsiones*).

Napisał

**F. Arnstein** [Kutno-Ciechocinek].



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 27].

Rozpoznanie drgawek ogólnych u dzieci nie przedstawia prawie żadnych trudności, szczególnie, gdy lekarz je sam spostrzega. Towarzyszące im objawy są tak charakterystyczne, że pozwalają na rozpoznanie już z pierwszego wejrzenia. Nierzadko jednak lekarz przybywa już po przejściu napadu, a wtedy rozpoznanie opierać musi przeważnie na opowiadaniu otaczających, które niezawsze jest dokładne; z tego powodu nie należy się zadowalać wiadomością, że dziecko miało drgawki, lecz należy szczegółowo wypytać się o towarzyszące objawy, a szczególnie, jak długo trwał napad, czy dziecko było przy niem przytomne, czy pokazywała się piana z ust i t. p. Nie należy bowiem zapominać, że mniej inteligentna klasa ludności [mamki, niańki] mówi o drgawkach, gdy dziecko się z płaczu zaniósło, gdy skutkiem wzdęcia brzucha i kolki kiszkowej było niespokojne, rzucało nóżkami; zapewniają nas, że miało drgawki wewnętrzne i t. p.

Na stwierdzeniu i rozpoznaniu drgawek nie kończy się zadanie lekarza pod względem dyagnostycznym; o wiele ważniejszym jest rozpoznanie ich przyczyny, gdyż od niej zależy rokowanie, a w części i leczenie.

Rozpoznanie przyczyny drgawek należy do najtrudniejszych zadań dyagnostycznych lekarza. Lekarz widząc pierwszy raz dziecko zapadłe na drgawki, często nie jest w możności nie tylko na razie, ale i po przejściu napadu, pomimo najszczegółowszego badania, zdać sobie należytej sprawy z ich przyczyny i rodzaju. A jednak w żadnej może przypadłości chorobowej u małego dziecka tak nie żądają przestraszone matki od lekarza orzeczenia co do niebezpieczeństwa, grożącego życiu dziecka, jak w drgawkach. Z tego powodu rozpoznanie przyczyny drgawek nabiera pierwszorzędnego znaczenia, a każdy



lekarz, mający częściej do czynienia z chorobami dzieci, powinien w najdrobniejszych szczegółach znać semiotykę drgawek.

Trudność w rozpoznaniu przyczyny drgawek u dziecka może powstać, gdy się objawiły nagle w początku choroby lub w dalszym jej przebiegu, gdy od czasu do czasu wracają, a w przerwach dziecko pozornie jest zdrowe, gdy im nie towarzyszą żadne inne przypadłości chorobowe lub też, gdy im towarzyszą inne objawy chorobowe, np. gorączka, również jak i drgawki wspólne dla różnych chorób.

Drgawki u dzieci dzielą się pod względem przyczynowym, jakieśmy to wyżej zazaczyli, na dwie główne grupy: drgawki mózgow e, zależne od chorób mózgowia, t. j. głębokich anatomicznych zmian w ośrodkach nerwowych i niemózgow e, zależne od cierpień, nieumiejscowionych w ośrodkach nerwowych. Odróżnienie pierwszych od drugich stanowi pierwsze i najważniejsze zadanie lekarza.

Drgawki mózgow e u dzieci posiadają pewne odrębne cechy, odróżniające je od drgawek, zależnych od innych cierpień. Najważniejszą z nich tak w chorobach ostrych, jak i przewlekłych jest, że prawie nigdy nie objawiają się nagle w samym początku choroby, nie otwierają, jeśli się tak wyrazić można, obrazu choroby, lecz występują dopiero w dalszym przebiegu po wystąpieniu innych objawów chorobowych. Przy sprawach zapalnych opon mózgowych wszelkiego pochodzenia, przy sprawach ogniskowych samego mózgu ostrych lub przewlekłych, drgawki prawie nigdy nie objawiają się na początku choroby. Zjawisko to jest tak stałe, że nagle pojawienie się drgawek wśród najlepszego zdrowia prawie zawsze pozwala na wyłączenie cierpienia ośrodkowego narządu nerwowego. Niejednokrotnie się przekonałem, że drgawki, występujące na pozór jako pierwszy objaw chorobowy, a które w dalszym przebiegu okazały się mózgowymi nie były wcale pierwszym objawem choroby. Często bowiem w tego rodzaju przypadkach same matki na razie wprowadzają nas w błąd już to skutkiem roztargnienia, spowodowanego grozą położenia, już skutkiem nieumiejętnego śledzenia za dzieckiem; dopiero przy szczegółowym zbieraniu wywiadów dowiadujemy się nieraz, że dziecko od pewnego czasu straciło humor, sposepniało, niespokojnie sypia lub jest sennie, niekiedy wymiotuje, skarży się na ból głowy i t. p., niekiedy usłyszymy, że dziecko od pewnego czasu cierpi na zaparcie stolca, że już miewało drgawki.

Z powyższego wynika, jak ważnem jest dla możności wczesnego rozpoznania przyczyny, zebranie jak można najszczegółowszych wywiadów, co jednak ze względu na grozę położenia niezawsze jest łatwem. A jednak dane, osiągnięte z wywiadów, nieraz od razu objaśniają nas o przyczynie drgawek. Niedawno wezwany byłem do rocznego dziecka, które wśród najlepszego zdrowia zapadło na drgawki i gorączkę znacznego natężenia, przyczem matka dziecka od razu sama objaśniła, że mamka dnia poprzedniego dała mu kapustę i kartofle. Pomimo silnego natężenia drgawek, które się co chwila powtarzały, zrobiłem rokowanie względnie dobre, co też się sprawdziło. Po podaniu bowiem leku



czyszczącego w kilka godzin drgawki ustaly; dziecko na drugi dzień było zdrowe.

Drugą cechą drgawek pochodzenia mózgowego jest, że są po większej części jednostronne. Jednostronność drgawek nie jest jednak objawem stałym. HENOCB podaje, że widywał przypadki, w których pierwsze napady drgawek były jednostronne lub nawet częściowe i dopiero w dalszym przebiegu stawały się ogólne; w ostrych zaś cierpieniach opon mózgu, połączonych z gorączką znacznego natężenia, drgawki zwykle bywają obustronne. Bardzo rzadko zato zdarza się, by drgawki jednostronne zależały od cierpień nieumiejscowionych w ośrodku nerwowym tak, że jednostronność drgawek prawie zawsze przemawia za mózgowem ich pochodzeniem; obustronność zaś nie zawsze przemawia przeciw drgawkom pochodzenia mózgowego; drgawki, zależne od prawdziwej padaczki, są też obustronne.

Dalszą cechą drgawek mózgowych jest, że od czasu do czasu w krótszych lub dłuższych odstępach czasu powracają. Lecz u dzieci do 2-letnich drgawki przy krzywicy też często wracają, tak, że słusznie twierdzi FILATOW<sup>1)</sup>, że tylko u dzieci starszych powracające od czasu do czasu drgawki, są zawsze pochodzenia mózgowego.

U niemowląt zwracać należy uwagę na wypuklenie ciemiączka: w drgawkach niemózgowego pochodzenia jest ono wypukłone tylko podczas napadu, w drgawkach mózgowego pochodzenia wypuklenie utrzymuje się stale.

Czas trwania napadów drgawek ma też niejakie znaczenie dla odróżnienia drgawek mózgowych od niemózgowych. Napady drgawek mózgowych trwają zwykle dłużej, kilka godzin lub nawet kilka dni; szczególniejszy okres śpiączki, następujący po drgawkach, jest długi; w chorobach ostrych mózgowych dziecko znajduje się w śpiączce aż do śmierci.

Podane dotąd cechy drgawek pochodzenia mózgowego odnoszą się przeważnie do przewlekłych chorób mózgu. Pewne odrębne cechy posiadają drgawki w ostrych sprawach zapalnych opon i mózgu. Towarzyszy im zwykle gorączka, a że choroby ostre niemózgowe, jak ostre choroby zakaźne, ostre zaburzenia żołądkowo-kiszczowe u małych dzieci objawiają się drgawkami i gorączką, przeto przy wystąpieniu drgawek u dzieci gorączkujących powstaje kwestya, czy zależą one od cierpienia w ośrodkach nerwowych, czy też od gorączki, ewentualnie choroby zakaźnej.

Lecz gorączka w ostrych chorobach mózgowych nigdy prawie od samego początku nie jest wysokiego natężenia; ciepłota ciała rzadko przechodzi 39°, najczęściej nie dochodzi do tej wysokości; podwyższenie ciepłoty ciała stopniowo dopiero się rozwija i dosięga dopiero w końcowym okresie wyższych stopni; zdarza się to prawie zawsze przy gruźliczem zapaleniu opon, często przy surowiczem, a nawet i ropnem zapaleniu.

---

1) Semiotyka dziecięcych boleznij.



Pojawiające się przeto w początku choroby ostrej drgawki przy ciepłocie ciała 39,5 — 40° lub wyżej, nie są pochodzenia mózgowego. Musimy tu jednak zrobić pewne zastrzeżenie. Zdarzyć się może, że drgawki pochodzenia mózgowego pojawiają się w początku choroby, jak to niekiedy, acz bardzo rzadko ma miejsce przy gruźliczym zapaleniu opon, lecz znowu nigdy w początkowym okresie tej choroby ciepłota ciała nie dosięga wyższych stopni, nie przechodzi 38—38,5° tak, że mając to na względzie, łatwo unikniemy pomyłki. W ropnem znowu zapaleniu opon ciepłota ciała nieraz już od początku jest znacznego natężenia, a gdy współcześnie pojawiają się drgawki, wówczas rozpoznanie właściwej ich przyczyny będzie niełatwe tak, że nawet lekarz najbardziej doświadczony niełatwo uniknie z początku pomyłki. Dopiero zejście śmiertelne, jakie w tych razach szybko następuje, objaśni nas, z czem mieliśmy do czynienia. Nie należy zresztą zapominać, że ropne zapalenie opon rzadko jest pierwotne i że powstaje najczęściej pod wpływem jasno określonych przyczyn, których nie należy przeoczyć: jak urazu, zapalenia ucha środkowego i t. p. I w tym względzie szczegółowe wywiady mogą pomódz do uniknięcia pomyłki.

Musimy tu jeszcze wspomnieć o niektórych rzadszych przypadłościach chorobowych, występujących podczas lub po przejściu drgawek ogólnych u dzieci, a posiadających pewne znaczenie rozpoznawcze. Do takich należą: bezwładny mięśniowy i bezgłos. Bezwładny w następstwie drgawek mogą dotyczyć pewnych tylko części ciała, jako to twarzy, mogą być połowiczne (*hemiplegia*) lub obustronne (*paraplegia*). Objawiają się zawsze w drgawkach pochodzenia mózgowego i z tego powodu posiadają niemal patognomiczne znaczenie.

Do nieczęstych objawów, występujących w następstwie drgawek mózgowych, należy bezgłos. Znaczenie jego rozpoznawcze jest tylko względne, gdyż spostrzegano bezgłos i po drgawkach najniewinniejszych a zatem pochodzenia niemózgowego. HENOCZ podaje kilka tego rodzaju przypadków; w dwóch nawet przypadkach bezgłos pojawił się przy bardzo nieznaczących drgawkach i w krótkim czasie ustąpił, tylko więc w połączeniu z bezwładem bezgłos posiada znaczenie rozpoznawcze.

Wyłączwszy na mocy powyższych danych a szczególnie na zasadzie objawienia się drgawek nagle wśród najlepszego zdrowia i zachowania się ciepłoty ciała, pochodzenie mózgowie drgawek, wypada nam w dalszym ciągu rozstrzygnąć, od czego zależą drgawki, jeśli je uznamy za niemózgowe.

Przyczyny drgawek pochodzenia niemózgowego u dzieci, jakieśmy widzieli, są bardzo liczne. Do najczęstszych należą ostre choroby zakaźne: płońca, odra, ospa, zapalenie płuc i t. p., jako też ostre gorączkowe zaburzenia żołądkowo-kiszkowe. Tak w jednych, jak i w drugich drgawki rozpoczynają się nagle wśród najlepszego zdrowia i współcześnie z gorączką znacznego natężenia. Tu lekarz często w rzeczy samej ma z początku do zwalczania niełatwą trudność; musi być przeto ostrożnym z rozpoznaniem przyczyny drgawek. Trwa to zwykle jednak niedługo, gdyż pojawiająca się wysypka płońcowa [najczęściej na



drugi dzień] ospowa, odrowa, lub panująca w danej miejscowości epidemia jednej z powyższych chorób lub zachorowanie drugiego dziecka w domu wkrótce usunie chwilową wątpliwość. Również w zapaleniu płuc u małych dzieci, tak często rozpoczynającym się drgawkami, będziemy przez krótszy lub dłuższy czas w niepewności co do przyczyny drgawek w przypadkach ośrodkowego zapalenia (*pneumonia centralis*), w którym objawy wypukowe i wysłuchowe tak późno nieraz występują.

Częstą bardzo przyczyną drgawek u młodszych dzieci są ostre zaburzenia żołądkowo-kiszkowe. Odznaczają się one temi samemi właściwościami, co i drgawki w początku chorób ostrych zakaźnych, powstają nagle wśród najlepszego zdrowia i towarzyszy im gorączka znacznego natężenia. Odróżnić od drgawek w początkowym okresie chorób zakaźnych w większości przypadków nie podobna, takie nawet bowiem objawy, jak wzdęcie brzucha, wymioty, zaparcie stolca lub rozwolnienie nie mogą mieć znaczenia rozpoznawczego, gdyż towarzyszą nieraz i początkowi chorób zakaźnych. Tylko dane osiągnięte z wywiadów, jak: przekarmienie, grube błędy w dyecie mogą nieraz naprowadzić na właściwą drogę.

Z powyższego widzimy, że o ile łatwym jest nawet dosyć wczesne odróżnienie drgawek pochodzenia mózgowego od drgawek niemózgowych, co niemałe ma znaczenie dla rokowania, o tyle przy drgawkach niemózgowych trudno nieraz określić, jaka jest najbliższa ich przyczyna; z czego wynika, że lekarz wezwany do dziecka, u którego nagle pojawiły się drgawki, wyłączywszy pochodzenie ich mózgowie, nie powinien zbyt się spieszyć z określeniem właściwej ich przyczyny. [D. n.]

---

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 19. V. r b.

1. J. BRUDZIŃSKI przedstawił 3 letniego chłopca z rozległym angioma-tem, zajmującym całą kieliszek i przedramię lewe. Kieliszek zupełnie zniekształcony, kształtu żółwia; barwa skóry zmieniona, brunatno sina. Kończyna staje się coraz mniej użyteczną, gdyż angiomat wciąż się powiększa. W kwestyi leczenia może być mowa o amputacji, przedtem jednak spróbować trzeba nowej metody NICOLADONI'ego.

2. A. FRYSZMAN. przedstawia preparat nerki prawej z przypadku wodonercza otwartego. Była to rzadka forma wodonercza krwawiącego. Przed operacją przypuszczano gruźlicę nerki. Dokonano *nephrectomiam per viam lumbalem*. Przy operacji przekonano się, iż miano do czynienia z otwartą puchliną nerkową, spowodowaną wadliwym przyczepem moczowodu, Stan chorego dobry.

3. J. GAWROŃSKI demonstrował przyrząd w kształcie szpadelka do oglądania gardła i jednocześnie do oświetlania zapomocą urządzonej wewnątrz



lampki elektrycznej. Mała bateria kieszonkowa daje światła na 3 godziny. Przyrząd jest wyrobu krajowego (fabryka Ochorowicza, Chłodna 36).

4. J. JAWORSKI przedstawił przypadek *enterocoele et epiplocoele vaginalis posterior*, któremu towarzyszy wypadnięcie obytnicy. Chora lat 36; po częstych porodach.

St. KLEIN wygłosił część drugą swego odczytu p. t. „O rozpoznawaniu białaczki”.

Na zasadzie spostrzeżeń własnych i z literatury K. dochodzi do wniosku, że w przebiegu leukemii limfatycznej bywają okresy, gdy niema prawie żadnych zmian hematologicznych.

Następnie K. omawia pseudoleukemię; t. zw. pseudoleukemię limfocytową PINKUS'a uważa K. za leukemię, podnosi fakt, iż niekiedy limfosarkomatoza niczem się nie różni od leukemii limfatycznej.

Leukemię limfocytową, limfosarkomatozę i pseudoleukemię PINKUS'a proponuje K. nazywać wspólnem mianem limfomatozy.

W dyskusyi DUNIN podnosi ważność tematu, poruszonego przez mówcę głównie z powodu zawikłań, jakie w tym zakresie istnieją, które prelegent starał się właśnie rozstrzygnąć i ujednostajnić; zwraca uwagę prelegenta, iż w obliczeniach limfocytów lepiej byłoby podawać cyfry absolutne, nie odsetki, wreszcie sądzi, iż nazwę leukocytów należałoby zatrzymać dla wszystkich leukocytów z ziarnistą protoplazmą oprócz limfocytów, nie nazywać zaś wogóle białych ciałek krwi leukocytami. Ze zdaniem tem nie zgadza się WINIARSKI: nazwa ta określa białe ciała w przeciwieństwie do czerwonych (leuko- i erytrocyty). Prelegenta zapytuje WINIARSKI o dane co do eozynofiliów, które, zdaniem W., mają ważne znaczenie dla rozpoznania leukemii. PIOTROWSKI zwraca uwagę prelegenta, iż przy opisie objawów pseudoleukemii pominął zmiany w czerwonych krążkach krwi i nie wspominał o *anaemia infantum pseudoleukaemica*. JAWORSKI wspomina ze względu na rozpoznanie różniczkowe o występującej niekiedy silnej niedokrwistości u ciężarnych (sposzczenia GUSSEROW'a i własne). Odpowiada KLEIN na uwagi poprzednich mówców (o eozynofiliach nie wspominał, gdyż nie spotykał ich wcale).  
J. Brudziński.

Posiedzenie dnia 25. V. r. b.

1. J. BRUDZIŃSKI przedstawił preparat gruczołów krezkowych, zlepionych, ze wspólną otoczką, naśladujących do złudzenia kształty nerki; za życia rozpoznano w tym przypadku u chłopca 1-letniego nerkę wędrującą i gruźlicę płuc. W ostatnich czasach rozwinęła się *meningitis tuberc.*

2. A. KARCEWSKI przedstawił preparat anatomiczny guza, wyciętego z żołądka podczas operacji gastroenterostomii, dokonanej w sierpniu 1902 r. u kobiety lat 55. Guz ten okazał się rakiem. Chora do kwietnia 1903 r. czuła się dobrze. Śmierć nastąpiła wskutek przerzutów w wątrobie i nawrotów w żołądku. Otwór zespolenia żołądka z kiszka cienką znaleziono na sekcji zupełnie ogojony; przepuszczał wielki palec.

3. KRAUZE przedstawił nerkę wyluszczoną 63-letniemu mężczyźnie z powodu nowotworu (*angiosarcoma*).

4. WŁAD. STERLING wygłosił rzecz pod tytułem „O ośrodkach korowych mięśni ocznych”. (Rzecz drukuje się w całości w b. n. Gazety.

W dyskusyi PILTZ wspominał o badaniach własnych, ogłoszonych już w „Gazecie Lek.” w r. z. i zwrócił STERLINGOWI uwagę, iż dla przekonania się o niezależności ruchów gałek ocznych należało robić przecięcie mózgu nie z tyłu *Nackenregion* MUNK'a (H), a pomiędzy *Nackenregion* a tą częścią zrazu



czołowego, z której przy bardzo słabych prądach PILTZ w swoich badaniach otrzymywał izolowane ruchy gałek ocznych.

5. B. KORYBUT-DASZKIEWICZ wygłosił rzecz p. t. „Kilka słów w sprawie wyboru mamek“.

Z przemówienia swego prelegent wysnuwa wnioski następujące: 1) każda matka powinna karmić sama swe dziecko; jedynie istotne przeciwwskazania stwierdzone przez lekarza, mogą ją od tego naturalnego obowiązku uwolnić; 2) pokarm matki może być zastąpiony jedynie choć nie zupełnie pokarmem mamki; sztuczne karmienie winno być dopuszczane tylko jako *malum necessarium*; 3) mamkę może wybierać tylko lekarz, po zbadaniu dokładnem samej mamki (prelegent omawia szczegółowo to badanie i badanie mleka mamki) i jej dziecka, przyczem prelegent ze względu na możliwość przymiotu dziedzicznego u dziecka mamki nie radzi wybierać mamek z pokarmem młodszym, niż 2 miesiące.

W dyskusji KAMIENSKI w dłuższem przemówieniu szczególny nacisk kładzie na doniosłość karmienia dzieci przez matki własne, omawiając szczegółowo wszelkie urojone przeciwwskazania. K. zatrzymuje się dłużej nad właściwościami mleka kobiecego, zmiennością składu chemicznego i dochodzi do wniosku, iż nawet najdokładniejsze analizy chemiczne mleka mamek nie gwarantują, iż będzie dobrze znoszone przez niemowlęta; najlepiej zastosowała pokarm dla danego niemowlęcia natura, dając mu pokarm matki.

K. podnosi następuje zle strony systemu wyręczania się mamekami, wielką śmiertelność dzieci mamek; powstaje ze względów moralnych przeciw kantorom stręczącym mamek i szerzonej przez nie korupcyi na prowincyi.

Jeżeli już zgadzamy się na mamki, winniśmy zdaniem K. dążyć do tego, by mamka karmiła swoje dziecko do 7-u miesięcy, jednocześnie z „pańskiem” i potem dopiero oddawała je na wychowanie; doświadczenie wskazuje, że ilość pokarmu podaża za zapotrzebowaniem, a ze względów moralnych i społecznych ten system „braterstwa mlecznego” miałby doniosłe znaczenie.

J. BRUDZIŃSKI wspomina o badaniach EHRlich'a KLEMPERER'a, WIDAL'a i inn., świadczących, iż pokarm matki nie da się zastąpić w zupełności przez pokarm mamki [przechodzenie antytoksyn, aglutynin do mleka]. W kwestyi badania mikroskopowego mleka B. nie zgadza się z prelegentem: może ono być wykonywane ściśle (metoda BOUCHUT). Rzecz inna, że mleko dobre na zasadzie badania mikroskopowego może nie służyć niemowlęciu — tu roztrzyga reakcyę fizyologiczną, oparta nieraz na nieuchwytnych czynnikach. B. wspomina o ciekawych badaniach prof. KACZYŃSKIEGO w pracy: „O niestrawności jelitowej kwaśnej”. Wbrew twierdzenia KAMIENSKIEGO B. sądzi, iż nawet najslabsze stopnie gruźlicy winne być bezwzględnem przeciwwskazaniem do karmienia i to zarówno ze względu na matkę, jak i na dziecko, co szczegółowiej przykładami i odnośnemi badaniami uzasadnia, [hipoteza przechodzenia toksyn].

DUNIN podnosi z naciskiem, iż internista nieraz zmuszony jest przy obecnym stanie zdrowia naszych kobiet uważać karmienie za przeciwwskazane, zwłaszcza dotyczy to choćby najslabszych stopni gruźlicy, która, jak wiadomo, w okresie laktacyi nieraz z ukrycia wybucha. Kwestyą dostarczania mamek powinni się zająć, zdaniem DUNINA, lekarze i zorganizować odpowiednie biura wywiadowcze na prowincyi, jak to np. ma miejsce na Morawach.

Odpowiada prelegent na niektóre punkta z przemówień KAMIENSKIEGO, DUNINA i BRUDZIŃSKIEGO, szczególnie zatrzymuje się na sprawie przeciwwskazań do karmienia; proponowaną przez DUNINA organizacyę stręczenia mamek przez lekarzy uważa za rzecz trudną do przeprowadzenia. J. Brudziński.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— + — + —

### 36. Quincke. Białaczka i gruźlica prosówkowata.

Autor przytacza dwa przypadki białaczki, w których zmiany białaczkowe we krwi i śledzionie zupełnie ustąpiły pod wpływem rozwijającej się gruźlicy prosówkowatej. W pierwszym przypadku istniała daleko posunięta białaczka szpikowa z ogromną śledzioną i stosunkiem białych ciałek krwi do czerwonych = 1 : 3. W przebiegu choroby rozwinęło się wysiękowe zapalenie płucnej, niezbyt oskrzeli, które, jak to się później okazało, wywołane zostały przez gruźlicę prosówkowatą obu płucnych i płuc. Na 3 tygodnie przed śmiercią zauważono zmniejszenie liczby bezbarwnych ciałek krwi, a w 9 dni później — zmniejszenie śledziony, oraz całkowitą przemianę obrazu hematologicznego, polegającą na bardzo umiarkowanym zwiększeniu liczby białych ciałek krwi i zastąpieniu komórek jednojądrowych przez komórki o jądrze wielokształtnem. Jednocześnie z temi zmianami pogarszał się ogólny stan chorego aż do zejścia śmiertelnego. Śledziona przez ten czas straciła około  $\frac{3}{4}$  pierwotnej swej objętości, co, obliczywszy na uwagę, wynosi około 2 — 3 kilo. Również znacznie zmniejszyła się w objętości leukemicznie nacieczona wątroba.

W 2-m przypadku miało się do czynienia z osobnikiem wyniszczonym wskutek nadużyć wysokowych i dotkniętym białaczką szpikową. Chory przybył na oddział z powodu wysiękowego zapalenia płucnej z przebiegiem gorączkowym. Po upływie 5-u tygodni zauważono zmniejszenie się śledziony oraz zmianę we krwi. Po dalszych 5-u tygodniach, przy postępującem wciąż osłabieniu chorego, zmiany leukemiczne krwi zupełnie znikły, ustępując miejsca zwykłej wodnistości krwi. Jednocześnie śledziona zmniejszyła się do połowy poprzedniej swej objętości. Już na kilka tygodni przed śmiercią zaczęto podejrzewać, że przyczynę owych zmian we krwi i śledzionie stanowi prawdopodobnie rozwijająca się ostra gruźlica prosówkowata. Badanie pośmiertne najzupełniej potwierdziło to przypuszczenie.

W obu przypadkach gruźlica była świeża, prosówkowata, bez zmian ropowych. Gruźelki znaleziono na obu płucnych, w obu płucach, jak również w wątrobie i nerkach. W śledzionie tylko w pierwszym przypadku znaleziono nieco starsze gruźelki. Zniknięcie bezbarwnych pierwiastków krwi leukemicznej nastąpiło prawdopodobnie przez rozpad i wessanie, nie zaś przez nagromadzenie w jakimkolwiek narządzie, np. w śledzionie, gdyż ta uległa znacznemu zmniejszeniu. Wraz ze zniknięciem białych ciałek przy jednoczesnem zubożeniu w krążki czerwone, krew białaczkowa przeistoczyła się w hydremiczną. Ze zniszczenie bezbarwnych komórek nastąpiło przez rozpad drobinowy, za tem zdaje się przemawiać obraz drobnowidzowy krwi, w której stwierdzono bardzo dużo mas drobnociarnistych.

Do opisanych dwu przypadków białaczki prawdziwej autor dodaje jeszcze jeden przypadek białaczki wrzekomej, na której przebieg ostra gruźlica prosówkowata miała wpływ analogiczny. W tym przypadku istniała od dłuższego czasu białaczka wrzekoma o typie przeważnie śledzionowym. Za życia nie znaleziono powiększenia gruczołów chłonnych, jedynie tylko stłumienie w górnej części mostka kazało domyślać się powiększenia gruczołów pozamostkowych. Śledziona była znacznie powiększona, a we krwi stwierdzono wybitne



zmniejszenie ilości bezbarwnych ciałek, szczególnie zaś komórek o jądrze wielokształtnem. W przebiegu choroby rozwinęła się rozległa gruźlica prosówkowata, przebiegająca klinicznie pod postacią zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, przyczem w wypuszczonym płynie mózgo-rdzeniowym stwierdzono obecność laseczników gruźliczych. Na 10 dni przed śmiercią śledziona zmniejszyła się co najmniej do  $\frac{1}{2}$  swej pierwotnej objętości, utraciwszy na wadze około 1 kilo. Badanie drobnowidzowe śledziona okazało, że to zmniejszenie się zależało głównie od zniknięcia pierwiastków *pulpae*.

Przytoczone przez autora 3 przypadki jasno dowodzą związku między ostrą gruźlicą prosówkowatą a przeobrażeniami wstecznymi we krwi i śledzionie. Ponieważ i inne choroby zakaźne w podobny sposób wpływają na przebieg białaczki, należy przeto przyjąć, że albo same drobnoustroje chorobotwórcze [las. gruźlicy, grypy, streptokoki, pneumokoki], albo pod ich wpływem komórki ustroju wytwarzają substancje, które działają niszcząco na bezbarwne pierwiastki krwi i śledziona. Szybko rozpadające się komórki w przypadkach białaczki są prawdopodobnie i w warunkach prawidłowych mało odporne. Należą tu komórki szpikowe, limfocyty i zapewne leukocyty wielojądrowe. Szybkie zmiany w stosunkach ilościowych oddzielnych gatunków komórkowych, widoczne także z tablic LASARUS'a, czynią prawdopodobnem, że i w zwykłym przebiegu białaczki odbywają się szybkie sprawy destrukcyjne w komórkach krwi, które jednak przez ciągle trwające nowotworzenie natychmiast zostają wyrównane. Pod wpływem gruźlicy prosówkowatej nowotworzenie owo zostaje prawdopodobnie zahamowane.

Z powyższych spostrzeżeń możnaby spróbować wyprowadzić wnioski lecznicze, zwłaszcza gdy się posiada w tuberkulinie pewną część odnośnych toksyn w dającej się łatwo dawkować postaci. W kilku przypadkach białaczki autor rzeczywiście zastosował tuberkulinę w dawkach zwolna zwiększanych [od 1 do 60 mg] i kilka razy widział zmniejszenie się liczby bezbarwnych ciałek krwi do  $\frac{1}{2}$  -  $\frac{1}{4}$ ; u dwu chorych śledziona zmniejszyła się, a ogólny stan polepszył się. Pomyślnie skutki możnaby osiągnąć w tych przypadkach, w których stan ogólny jeszcze jest znośny, a zmiany w narządach niezbyt daleko się posunęły. W takich przypadkach białaczki wartoby przeprowadzić próby z leczeniem za pomocą tuberkuliny, a to tembardziej, że, jak dotąd, jesteśmy w walce z białaczką zupełnie bezsilni.

(*Deutsche Arch. f. klin. Med.* T. 74. Zesz. 5 i 6.)

S. Pechlanc.

### 37. Carin i Gros. Leukocytoza w zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Zdania chirurgów w kwestyi interwencji czynnej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego są jeszcze do obecnej chwili podzielone; jedni operują jak najwcześniej, z chwilą rozpoznania zapalenia wyrostka, inni zaś czekają z zabiegiem na odpowiedni moment. Jedyny punkt, na który zgadzają się wszyscy bez wyjątku, to wskazanie do operacji z chwilą stwierdzenia ogniska ropnego. Atoli w wielu przypadkach rozpoznanie zbiorowiska ropy na mocy zmian miejscowych i ogólnych nie udaje się. Dane ze strony ciepłoty i tętna są częstokroć bardzo zwodnicze, a niekiedy dobry stan ogólny przez czas dłuższy nie budzi wcale podejrzenia obecności ropnia. W tych warunkach każdy nowy objaw, ułatwiający nam rozpoznanie ropnia, zasługuje na wielką uwagę. HAYEM pierwszy wykazał pożyteczność badania krwi do rozpoznania obecności ropnia w jamie brzusznej wogóle, a w zapaleniu wyrostka w szczególności. Po nim zajmowało się tą kwestyą bardzo wielu autorów, i wszyscy doszli do wniosku, że w zapaleniu ropnem wyrostka liczba leukocytów we krwi jest zwiększona. Nikt jednak tej kwestyi nie opracował tak gruntownie i szczegółowo, jak CURSCHMANN [1901 r.], skutkiem czego Niemcy nazywają leukocytozę przy



ropniu okołokątniczym: „objawem CURSCHMANN'a [podczas gdy francuzi mówią o „objawie HAYEM'a]. Po CURSCHMANN'ie zajmował się omawianą kwestyą cały szereg autorów [DA COST'a BAEUMLER, KUETTNER, SCHNITZLER, WASSERMANN i in.], a wynikiem tych prac było jednozgodne przyznanie temu objawowi wysokiej wartości rozpoznawczej.

U człowieka dorosłego liczba ciałek bezbarwnych krwi w stanie normalnym wynosi przeciętnie 7500 w milimetrze sześciennym. Wogóle można przyjąć, że liczby, przynoszące 10000 na  $\text{mm}^3$ , wskazują na zwiększenie liczby leukocytów we krwi.

CURSCHMANN udowodnił, że w przeważnej większości wszystkich postaci zapalenia okołokątniczego znajdujemy leukocytozę już w samym początku zapalenia, choć niema jeszcze wcale ropienia: liczba leukocytów może tu dojść do 15000, a nawet do 20000, lecz leukocytoza ta jest przejściowa, i już po upływie doby liczba leukocytów spada do 12000 — 10000 i niżej. Fakt ten znalazł potwierdzenie z rozmaitych stron. Doświadczenia SCHULZ'a na psach, które wykazały, że po bezgnilnem nacięciu otrzewnej i natychmiastowem jej zeszcyciu występuje dość znaczna leukocytoza, oraz spostrzeżenia WASSERMAN'a, w których u ludzi po laparotomii, podjętej celem usunięcia wyrostka na zimno, występowała leukocytoza [do 14000 — 20000] krótkotrwała pomimo braku choćby najmniejszych śladów zakażenia, pozostają w zupełnej zgodzie z faktem, stwierdzonym przez CURSCHMANN'a. Tę więc początkową leukocytozę winniśmy uważać za odczyn ustroju na podrażnienie otrzewnej w początkowym okresie zapalenia wyrostka. Nie występuje ona tylko w postaciach hipertoksycznych, w których urządzenia obronne ustroju nie mogą zdążyć wejść w czyn.

Określenie liczby leukocytów w początku zapalenia nie dostarcza nam żadnych danych, na mocy których moglibyśmy przewidzieć dalszy przebieg choroby, t. j. czy nastąpi rozejście się wysięku, czy przejście w ropienie. Jedynie tylko systematyczne liczenie leukocytów przez parę dni z rządu, a najlepiej 2 razy dziennie—rano i wieczorem, daje nam możność rozpoznania ropnia. Pamiętać należy, że jednokrotne znalezienie leukocytozy, nawet do 25000, nie przemawia jeszcze za obecnością ropnia; dopiero parokrotne stwierdzenie tejsze, a tembardziej znalezienie przy powtórnem badaniu, tego samego dnia wieczorem lub nazajutrz, jeszcze większej liczby [30000 i wyżej], dowodzi istnienia ogniska ropnego. Ze spostrzeżeń, przytoczonych przez autorów, tak własnych, jako też należących do innych badaczy, przekonywamy się, że jeden ten objaw, sam przez się, rozstrzyga często kwestyę ropienia i wskazania do natychmiastowego zabiegu operacyjnego. We wszystkich tych przypadkach, w których parokrotne badanie krwi wykazywało leukocytozę [do 25000 i wyżej], znaleziono w dole biodrowym zbiorowisko ropne. Szczególnie uderzającą była wartość rozpoznawcza objawu HAYEM-CURSCHMANN'a w tych przypadkach, w których stan ogólny chorego [tętno, ciepłota, stan sił] zdawał się wprost przeczyć obecności ropienia w jamie brzusznej, podczas gdy leukocytoza sama jedna nakazywała operacyę: ani razu przytem nie doznano rozczarowania. Liczne ogłoszone dotychczas spostrzeżenia dowodzą, że między ciepłotą a leukocytozą niema wcale równoległości: leukocytoza może być bardzo znaczna, podczas gdy ciepłota pozostaje normalną lub jest mało podniesiona. Nadto dowiedzionem zostało, że zwiększenie liczby leukocytów często o wiele wcześniej wskazuje na tworzenie się ropnia, niż podniesienie ciepłoty, a zatem uważane być może za sygnał alarmowy.

Na mocy spostrzeżeń własnych i innych badaczy autorowie dochodzą do wniosku, że w każdym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym na mocy danych klinicznych nie można rozstrzygnąć kwestyi obecności lub bra-



ku ropienia, należy systematycznie wykonywać badanie krwi w celu jak najwcześniejszego uchwycenia momentu do zabiegu chirurgicznego.

GRAWITZ najzupełniej się zgadza z tem, że dodatni wynik badania krwi dowodzi obecności ropnia, dodaje jednak, że brak leukocytozy nie wyłącza zbiornika ropnego. Dział się to może przy następujących dwu warunkach: 1) w razie obecności nieograniczonego zapalenia ropnego, w niektórych przypadkach złośliwego rozlanego zapalenia otrzewnej, w których brak obronnego odczynu ze strony ustroju; 2) przy obecności starych otorbionych ropni, których grube włókniste ściany nie dopuszczają wessania się toksyn, wytwarzanych w ognisku ropnem. Brak leukocytozy pomimo obecności ciężkich objawów klinicznych winien być uważany za objaw prognostycznie niepomyślny, gdyż wskazuje na znaczne osłabienie odporności ustroju. Przeciwnie zaś, obecność leukocytozy w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej jest dowodem odczynu obronnego ustroju i czyni rokowanie po operacyi względnie pomyślnem. Przytoczone przez autorów przypadki dowodzą słuszności dopiero co wypowiedzianych zdań.

Określenie liczby leukocytów we krwi ma znaczenie nie tylko dla postawienia wskazania do zabiegu operacyjnego, lecz i po operacyi ma niepoślednią wartość prognostyczną. Po opróżnieniu ropnia leukocytoza zawsze szybko zmniejsza się i znika, jeśli zaś został opróżniony jeden z dwu lub kilku ropni, to leukocytoza nie znika. A zatem dalsze trwanie leukocytozy po operacyi dowodzi istnienia w ustroju jeszcze jednego zbiornika ropy. Wskazówka ta tembardziej jest cenną, że ciepłota przytem bywa niekiedy bardzo mało podniesiona. Przytoczone dwa przypadki ilustrują słuszność tego poglądu.

(*Semaine médicale* 1903. Nr. 18).

*Pechkranc.*

---

## Zjazd higienistów w Warszawie.

---

[Dokończenie — Patrz Nr. 27].

E. SZENFELD. — Najtańsze urządzenia wodociągowe dla małych miast.

Autor sprawę zakładania wodociągów przedstawia bardzo szczegółowo i rozpatruje:

- 1) cel i zadanie wodociągów,
- 2) środki finansowe naszych miasteczek,
- 3) podział miasteczek pod względem liczby mieszkańców,
- 4) zakres działania wodociągów,
- 5) koszt urządzeń wodociągów.

Punkt 5, jako najważniejszy i zależny od zapotrzebowania i zamożności miast, autor stara się zastosować do liczby mieszkańców i w tym celu dzieli:



1) Osada z ludnością do 1000 mieszkańców z maksymalnym zapotrzebowaniem wody 3500 na godzinę potrzebuje studnię o średniej głębokości 159 st., której koszt wyniesie . . . . . 1000 rb.  
 na pompę . . . . . 500  
 Razem 1500 rb.

2) Osada z ludnością do 2000 mieszk. z zapotrzebowaniem maksymalnym 7000 litrów na godzinę wymaga urządzenia dwóch studzien z dwiema pompami. Koszt według 1-go przykładu wyniesie około 3000 rubli.

3) Osada z ludnością do 3000. Według przyjętych wyżej norm koszt 3-iej studni wyniesie 4500 rb., a koszt trzech budek dla poborców po 500 rb., razem 6000 rb. Przy takim wydatku autor proponuje dla miasteczek o 3000 mieszkańców urządzenie motorowe; koszt takiego urządzenia następujący:

|  |          |
|--|----------|
| jedna studnia o wydajności 10500 litrów na godzinę . . . | 1500 rb. |
| jedna pompa . . . . .                                    | 500      |
| jeden motor naftowy o sile 4-ch koni . . . . .           | 1500     |
| jeden dzwon powietrzny, zamiast wieży ciśnień . . . . .  | 500      |
| jeden budynek dla motoru . . . . .                       | 800      |
| 1000 metrów rur dwa cale średnicy . . . . .              | 2000     |
| sześć kranów czerpalnych . . . . .                       | 300      |
| Razem . . . . .  | 7100 rb. |

4) Miasto o 5000 ludności. Urządzenie jak w punkcie 3-im z większą wydajnością i motorem o sile 6-iu koni. Koszt wyniesie 17500 r.

5) Miasto o 8000 ludności powinno urządzić wodociągi na sposób wyżej wykazany. Koszt takiego wodociągu wyniesie 33000 rb.

Na zasadzie bliższych obliczeń środków finansowych naszych miast autor przychodzi do wniosku, że:

1) Koszt urządzenia wodociągów w formie najskromniejszej nie jest tak wielki, ażeby go nasze osady i miasta nie mogły ponieść.

2) Koszt sprzedaży wody  $\frac{1}{2}$  kop. od wiadra jest tak mały, że każdy mieszkaniec chętnie go za dobrą wodę poniesie, a miasta osiągną z tego dochód, który starczy nie tylko na amortyzację wyłożonego kapitału, lecz nawet na wolne rozszerzanie sieci rur i zakresu działalności wodociągów.

#### F. RYMKIEWICZ.—System humifikacyjny a senizacji.

System autora polega na stosowaniu takiego sposobu traktowania mas fekalnych i materiałów odpadkowych, któryby pozwalał na niszczenie szkodliwych drobnoustrojów przy jednoczesnym zachowaniu cennych związków azotowych. Autor osiąga cel swój przez urządzenie klozetów, w których masy fekalne podlegają humifikacji za pomocą przesypania ich proszkiem mechowym.

Z dyskusji można było wnioskować, iż humifikacja ekskrementów i odpadków życia codziennego może być skuteczniejsza i zalecana przy pomocy sproszkowanego i wysuszonego torfu włóknistego.

#### WŁ. PIOTROWSKI.—W kwestyi wód ściekowych.

Sprawa oczyszczania wód ściekowych jest przeważnie higieniczną, a po części i ekonomiczną. Ścieki, wpadając do rzek lub jezior, mniej lub więcej zanieczyszczają te ostatnie. Ponieważ częściej spotykać się daje ścieki, wydzielone przez pomieszczenia zamieszkałe lub fabryki o składnikach organicznych, należy więc, podług autora, ustanowić normy określające: 1) co można uważać za wodę ściekową nieszkodliwą, 2) o ile urządzenia, oczyszczające ścieki, dobrze spełniają swe zadanie. Odpowiadając na powyższe pytania, autor zaleca zaproponowane przez DUNBAR'a i THUMM'a żądania, a mianowicie:



- a) ażeby części zawieszono były zupełnie usunięte z wody,
- b) ażeby woda ściekowa w butelkach zamkniętych przy 20° C. nie guliła w przeciągu tygodnia i nie wydzielala siarkowodoru,
- c) ażeby ilość tlenu była zredukowana o 60%,
- d) ażeby w ścieku nierozcieńczonym mogły żyć ryby.

Ostatnia próba jest dostępna dla wszystkich, radzi więc autor zastosować ją wszędzie, gdzie zajdzie potrzeba określenia szkodliwości wód ściekowych.

Prócz wyżej streszczonych prac, na naradach były jeszcze podnoszone kwestye: 1) o usuwaniu nieczystości i ścieków i 2) o zaopatrzeniu małych miast i wsi w dobrą wodę do picia, podjęte przez F. PRUSINOWSKIEGO, a także J. BRUNER mówił o wartości bakteryologicznej badania wody.

*M. Białobrzelski.*

Podczas Zjazdu Towarzystwo Hygieniczne urządziło w salonach ratusza „Wystawę higieniczno-dydaktyczną”.

O możliwie jak najszersze uwzględnienie strony dydaktycznej starano się i na dwu poprzednich wystawach higienicznych, odbytych w Warszawie; tym razem postanowiono nadać wystawie charakter jedynie dydaktyczny, wyłączając od udziału w niej tych wszystkich wystawców prywatnych, którychby tylko interes handlowy do przedstawienia swych wyrobów mógł skłaniać.

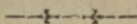
Zgodnie z założeniem Zjazdu Towarzystwo, jako gospodarz wystawy, starało się przedewszystkiem o przedstawienie na niej rzeczy, dotyczących higieny prowincyi. A więc delegacya szpitalna [drzy: BR. SAWICKI, SZWEJCER, KĘDZIERSKI z Serocka, FIDLER z Radomia i MĘCZKOWSKI] przedstawili plany i modele wzorowych urządzeń szpitalnych dla prowincyi; delegacya higieny szkolnej [pp.: PAULINA HEWELKE, JURASZYŃSKI i KUEHN] — plany, tablice i modele szkół ludowych. Wystawiono nadto plany chat włościańskich [dr DOBRZYCKI], domów dla robotników [dr. TCHÓRZNIKI i bud. GOLDBERG], domu mieszkalnego w mieście [inż. DRZEWIECKI], plany osady włościańskiej, czworaków, osady miejskiej i t. d [bud. MAKOWSKI]. Drzy: JAWORSKI i KURTZ urządzili wzorową izbę porodową wiejską.

Z przyjemnością zaznaczyć możemy, że obok tego, co za wzór może służyć na przyszłość, wystawa mieściła okazy, mówiące o pewnym postępie naszym na polu urządzeń higienicznych. Dowiedzieliśmy się, że mamy już pewną liczbę dobrze urządzonych kąpielni i łaźni fabrycznych [wystawcy: drzy BABIŃSKI, CHEŁCHOWSKI, pp. NASSIUS, WETTLER] i ludowych wiejskich [pp. MARTENS i DAAB, bar. KRONENBERG] oraz miejskich [p. GOLDBERG], że czynimy pewne postępy na polu budownictwa wiejskiego [dr NOWAK], że dzięki inicjatywie prywatnej doczekaliśmy się dobrze urządzonych domów szkolnych [p. TOŁWIŃSKA], że wreszcie mamy w kraju fabryki, dostarczające wybornych aparatów do dezynfekcyi i sterylizacyi [pp. PETZ, WITT].

Niestety, wystawa pouczyła nas zarazem i o wielkich brakach naszych, szczególnie na polu szpitalnictwa [tablice i mapy drów DOBRZYCKIEGO, FIDLERA i MĘCZKOWSKIEGO].

A. K.

## WIADOMOŚCI DROBNE.



WILBERT badał wpływ powiększonych migdałów gardzielowych na fizyczny i umysłowy rozwój dzieci. Badał on 375 uczniów szkół ludowych w Bingen nad Renem. W. potwierdza zdanie CHAMPEAUX'a,



że *habitus adenoidalis* nie jest wcale pewną oznaką istnienia przerostu migdałów gardzielowych. Powiększone gruczoły znaleziono u 62% badanych dzieci, przyczem u 33% zmiany te wywoływały objawy chorobowe. Najmniej było dotkniętych przerostem chłopców w wieku lat 12 — 13, przyczem i liczba cierpiących z tego powodu była między nimi również mniejsza. Z występujących u badanych dzieci objawów 5% stanowiło cierpienia nerwowe, 27% zaś zaburzenia słuchowe. Ze wszystkich źle uczących się dzieci 85% miało przerost migdałów. Wogóle więc fizycznie lub umysłowo cierpi 45% badanych uczniów pod wpływem przerostu migdałów i tylko u 17% nieprawidłowość ta nie okazuje szkodliwego wpływu.

(*Deutsche med. Woch.* 1903, № 6).

S. J.

## Wiadomości bieżące.

— Nakładem Wydawnictwa Gazety Lekarskiej wyszedł drugi tom „Wykładów klinicznych chorób dróg oddechowych“ dra A. SOKOŁOWSKIEGO. Dzieło to o 507-iu stronicach druku, dedykowane „Współtowarzyszom studyów lekarskich w Szkole Głównej i Uniwersytecie Warszawskim [1868—1873]“, obejmuje choroby płuc [prze-krwienie, obrzęk, krwotoki, ostre zapalenie płuc, zgorzel płuc i t. p.]. Obszerną ocenę dzieła tego podamy w jednym z następných numerów „Gazety“.

— Nagrodę imienia KOCZOROWSKIEGO Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przyznało kol. GANZOWI za pracę: „O rozpoznawaniu gruźlicy kiszek na podstawie badania bakteryologicznego“.

— W Krakowie odbył się wykład habilitacyjny dra St. DOBROWOLSKIEGO na temat: „O leczeniu włókniaków według zasad, przyjętych w Krakowskiej klinice ginekologicznej“.

— W myśl postanowienia, zapadłego w Francuskiej izbie deputowanych jeszcze w r. 1899 o potrzebie reorganizacji nauczania medycyny sądowej, ustanowiony został w Paryżu Instytut medycyny sądowej i psychiatrii, w którym w ciągu 2-ch semestrów wykładana będzie teoretycznie i praktycznie medycyna sądowa i psychiatria przez profesorów tychże przedmiotów wydziału lekarskiego. Zadaniem tego instytutu będzie wykształcenie wyższe w tych przedmiotach, celem przygotowania odpowiednich ekspertów. Przyjmowani doń będą francuzi i cudzoziemcy a po zdaniu egzaminu otrzymywać będą odpowiednie dyplomy lub świadectwa uczęszczania na wykłady. Instytut funkcyonować zacznie od przyszłego roku szkolnego.

— Rada zdrowia miasta New-Yorku podała zarządowi tego miasta projekt zbudowania obozu dla gruźliczych, 50 mil poza miastem i zdala od wszelkich miasteczek, na pewnej wysokości, gdzieby wzniesiono pewną liczbę namiotów tanich a wygodnych, w cenie około 100 dolarów. W każdym z tych namiotów mogłoby mieszkać 2—3 chorych.

— W Berlinie na budowę „Kaiserin-Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen“ zebrano w krótkim czasie 1250000 marek.

— Jakałów we Francji na 1000 popisowych przypada 7,50, podczas gdy w Szwajcaryi jest ich 3,33, w Anglii 2,87, w Austro-Węgrzech 2,20, w Belgii 2,10, we Włoszech 0,86 a w Rosyi tylko 0,19.

— Liczba lekarzy wolnopracujących we Francyi dosięgła 18735.

— Znany psychiatra KRAEPELIN, dotychczas prof. w Heidelbergu, przeszedł na taką katedrę do Monachium.

— V Kongres psychiatrów odbędzie się dopiero w 1905 r. w Rzymie.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 26 Іюня 1903. Друк К. Ковалевського, Warszawa Магowiecka 8.