

# GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO  
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## O zachowaniu się roztworów kwasów, wlanych do żołądka.

Podali

J. Bełkowski i Wł. Starkiewicz.

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

[Dokończenie. — Patrz Nr. 3].

Co się tyczy ubywania ilości płynu kwaśnego, wlanego do żołądka, to przedewszystkiem rzuca się w oczy, że roztwory kwasów daleko wolniej znikają z żołądka, niż czysta woda. Podczas gdy z 500 cm. sz. wody, zgodnie z prof. JAWORSKIM, GRYGLEWICZEM i innymi, już po 30-u minutach nie otrzymywaliśmy żadnej reszty z żołądka, to z teje ilości kwasów otrzymywaliśmy po  $\frac{1}{2}$  godz. co najmniej 100 aż do 400 cm. sz.

Drugi wniosek, który stanowczo wypływa ze wszystkich doświadczeń, będzie ten, że słabsze roztwory u tych samych chorych dużo krócej pozostawały w żołądku, niż mocniejsze. Różnica pod tym względem roztworów najslabszych i najmocniejszych była jaskrawa. Podczas gdy z 500 cm. sz.  $\frac{1}{2}$  %-go roztworu kw. solnego po 40 min. częstokroć nie mogliśmy już nic wydobyć z żołądka, przeciętnie zaś dla szeregu doświadczeń otrzymaliśmy 53 cm. sz., to z teje ilości 5 $\frac{0}{100}$ -go roztworu wydobywaliśmy z powrotem po 40 min. przeciętnie 350 cm. sz., a jeszcze po 2-eh godzinach mogliśmy stwierdzić parokrotnie obecność nawet znaczniejszych ilości płynu.

Rezultat taki — dłuższe pozostawanie mocniejszych roztworów w żołądku — otrzymywaliśmy tak stale, że trudno składać go na niezupełne wypompowanie płynu, tembardziej że wszyscy chorzy nasi znakomicie przyzwyczajeni byli do sondowania, a chorych z rozszerzeniem żołądka nie braliśmy wcale w rachubę. Fakt ten możnaby może tłumaczyć znaną teorią RIEGEL'a, według której mocno kwaśny sok żołądkowy powoduje kurczowe zaciskanie się odźwiernika, chroniące przez to trawienie kiszkowe od niszczącego działania kwasu.

Po wlewniu bardzo mocnych roztworów kwasów do pustego żołądka, parę razy, u różnych chorych, wydobywaliśmy po pewnym czasie większą ilość płynu, niż było wlane pierwotnie; tak, na przykład, raz otrzymaliśmy 560 cm. sz. zamiast 500, innym razem 510, 520, 550. W pewnej części tych przypadków zwiększenie to niewątpliwie trzeba było złożyć na karb żółci, wlewającej się do żołądka przy ruchach antyperystaltycznych dwunastnicy, oraz na karb śluzu, wydzielanego obficie pod wpływem zadrażnienia błony śluzowej. Być może jednak, że u niektórych chorych, u których zwiększenie to było wybitniejsze, a jednocześnie kwaśność płynu znacznie zmalała, przypuścićby można ową „*Verdünnungs - Sekretion*“ niemieckich autorów, jaką spostrzegano po wlewaniu mocnych roztworów soli.

Wspomnieliśmy przed chwilą o znajdowaniu w płynie, wydobytym z żołądka, znacznie większych ilości żółci. Tę domieszkę żółci zaznacza już JAWORSKI w swojej pracy i uważa ją nawet za zjawisko niemal stałe po wprowadzeniu kwasów do żołądka i może mające na celu zobojętnienie nadmiernej kwaśności. Z naszych doświadczeń wynikałoby, że domieszki żółci za zjawisko stałe uważać nie można, że domieszki tej może nie bywa częściej, niżeli się ją widuje, wreszcie że zjawisko to najściślej jest związane z indywidualnością chorego. U kilku naszych chorych powtarzało się ono niemal stale we wszystkich naszych doświadczeniach, nawet przy zupełnym braku krztuszenia się i ruchów wymiotnych. U kilku innych chorych domieszki żółci nigdy nie bywało w żadnym z licznych doświadczeń.

Doświadczenia nasze pozostają w pewnej sprzeczności z tem, co czytujemy w podręcznikach o hamującym wpływie żółci na trawienie żołądkowe. W doświadczeniach naszych, pomimo znacznej nieraz domieszki żółci, trawienie peptyczne odbywało się niemal zwyczajnie, nie różniąc się wcale lub mało od tych doświadczeń nad tymi samymi osobnikami, w których domieszki żółci nie było.

---

Na zakończenie omówimy jeszcze tę sprawę, czy doświadczenia takie, jak nasze, były bezpieczne dla chorych, czy nie mogły wyrzeć ujemnego wpływu na ich zdrowie.

Otóż, w początku naszej pracy, nie znając jeszcze doświadczeń prof. JAWORSKIEGO, wykonywanych przed laty z silnymi —  $\frac{1}{10}$  normalnymi — roztworami kwasów, rozpoczęliśmy pracę naszą niezmiernie ostrożnie, bo od  $\frac{1}{2}\%$ -ych roztworów kwasu solnego, i przechodziliśmy bardzo powoli do co-



raz silniejszych roztworów kwasu solnego, a potem i do innych kwasów. Naogół możemy potwierdzić zdanie prof. JAWORSKIEGO, że chorzy doświadczenia te znoszą dobrze i że większość chorych, traktowanych w ten sposób, poprawiała się. Kilku wypisało się ze znakomitą poprawą, pogorszeń nie widzieliśmy, a wszyscy chorzy chętnie poddawali się tym próbom. Niektórzy, po przerwaniu doświadczeń, domagali się ich wznowienia, zaznaczając, że przy nich czuli się lepiej; inni, wypisani z poprawą, po jakimś czasie starali się znowu dostać na nasz oddział. Ile w tej poprawie przypada na sugestię, na świadomość chorego, że lekarz nim się codziennie troskliwie zajmuje, nie będziemy tego silili się rozstrzygać. W każdym razie mogliśmy przytoczyć przypadek nieżytu zanikowego z przybytkiem kilkunastu funtów na wadze, parę przypadków, w których zrazu kwasu solnego nie było po śniadaniu próbnem, a po naszych doświadczeniach zjawiał się.

Prof. JAWORSKI zaznaczał zmniejszanie się nadkwaśności po tego rodzaju doświadczeniach. Parę analogicznych naszych spostrzeżeń nie śmiemy uważać za stanowcze wobec tego, że chorzy byli pod wpływem i innych czynników — diety, lekarstwa.

Naogół mielibyśmy to wrażenie, że kto wie, czy tego rodzaju doświadczenia nie mogłyby w pewnych wypadkach stanowić metody leczniczej. To samo zdanie wypowiadają w świeżo ogłoszonej pracy HEICHELHEIM i KRAMER, którzy, opierając się na wynikach poprzedniej swej pracy, proponują wlewania roztworów kwasu solnego, jako środek leczniczy w *achylia gastrica*, lepszy od gasteriny, dyspeptyny i innych sztucznych przetworów trawiennych.

Przypadłości subiektywnych po słabych roztworach, o ile te nie zetknęły się z jamą ustną, wogóle nie było żadnych; po roztworach mocnych [ $\frac{1}{10}$  normalnych i silniejszych] niektórzy chorzy doznawali palenia w żołądku i to, rzecz dziwna, częściej po kwasie solnym, niżeli po innych kwasach odpowiedniego stężenia. Jednemu z naszych chorych, niezmiernie zresztą nerwowemu, po wlaniu 7‰-go kwasu solnego zrobiło się na chwilę słabo, inny doznawał bólów w dołku po  $\frac{1}{10}$  n. kw. siarczanym. Dodać musimy, że nie wszystkie te kwasy sprawiają jednakowe wrażenie w jamie ustnej. Najprzykrzejszego doznaje się po kwasach solnym i siarczanym, najmniej przykrego, znośnego niemal, po kwasie winnym i cytrynowym, choćby w bardzo silnem stężeniu. Inne kwasy zajmują pośrednie miejsce.

Naogół możnaby powiedzieć, że stolce u chorych naszych regulowały się przy naszych doświadczeniach. Tak było u paru chorych z biegunką i u kilku z zaparciem stolca. Z góry przypuszczaliśmy, że może doświadczenia nasze będą wywoływały biegunki, co się jednak nie potwierdziło.

Na mocz, na przypuszczalne wzmoczenie jego kwaśności i powstawanie w nim kwaśnych osadów nie zwracaliśmy stałej i dokładnej uwagi wobec mnóstwa pracy, które nasze doświadczenia pociągały za sobą.

Jedno jest jednak cierpienie, rak żołądka, w którym wlewanie mocniejszych kwasów spowodowało kilkakrotnie przykry objaw, a mianowicie domieszkę krwi do płynu, wydobywanego z żołądka, tak że później u tego rodzaju



horych prób z roztworami kwasów  $\frac{1}{10}$ -normalnymi i silniejszymi już nie przedsiębraliśmy. Domieszka krwi raz była zupełnie wyraźna, innym razem, gdy była ledwie dostrzegalna, krwi ani mikroskopem ani próbą van DEEN'a nie udawało się wykazać, natomiast płyn dawał zupełnie wyraźny odczyn przy próbie HELLER'a tak, jak ją polecił JAWORSKI, t. j. dodając do płynu żołądkowego moczu, alkalinizując mieszaninę i strącając przez gotowanie fosforany z barwnikiem krwi. Z naciskiem zato zaznaczyć musimy, że u żadnego innego chorego, prócz dotkniętych rakiem żołądka, podejrzenia o domieszkę krwi nawet po najmocniejszych roztworach kwasów nigdy nie mieliśmy. HEICHELHEIM i KRAMER, którzy używali kwasu solnego  $\frac{1}{10}$  normalnego, widywali domieszkę krwi stale u rakowych, tak że skłonni byłiby nawet uważać ją za moment rozpoznawczy.

U kilku naszych chorych zwracaliśmy uwagę, w myśl zarzutów NIENSTEIN'a i SCHIFF'a, czynionych metodzie METT'a, jak będzie się zachowywało białko w rurkach METT'a przy różnych stopniach rozcieńczenia płynu, wydobytego z żołądka po wprowadzeniu doń roztworów kwasów. Okazało się, że wogóle w miarę coraz większego rozcieńczenia płynu wydobytego z żołądka, cyfry strawionego białka wypadały coraz mniejsze, chociaż nie w prostym stosunku do stopnia rozcieńczenia. Co prawda z góry już możnaby tego oczekiwać, gdyż w doświadczeniach naszych nie wchodziła w grę obecność wodorów węgla, soli kuchennej i t. p., które to ciała w pewnym stopieniu mają hamować, zdaniem wspomnianych autorów, trawienie peptyczne, a w miarę rozcieńczania soku żołądkowego coraz słabiej wywierają ten wpływ ujemny. Przy doświadczeniach tych zauważyliśmy jednak, że po bardzo silnych roztworach kwasów [np. 7 $\frac{0}{00}$  kwasie solnym] płyn, wydobyty z żołądka, rozcieńczony dwu — a czasami nawet czterokrotnie, dawał wyższą cyfrę strawionego białka, niż płyn nierozcieńczony. Tyłomaczyliśmy to sobie tem, że nadmierna kwasność nie sprzyja trawieniu białka, że jest pewne *optimum* kwasności, przy którym trawienie najlepiej się odbywa, i że *optimum* to we wspomnianych próbach osiągaliliśmy właśnie dwu — i czterokrotnem rozcieńczeniem płynu wydobytego z żołądka.

Na zakończenie, streszczamy główne wnioski naszej pracy:

1) Roztwory kwasów, wlane do żołądka, pobudzają potężnie wydzielanie pepsyny, zwłaszcza u chorych z niedokwasnością. Pobudzają one wydzielanie pepsyny silniej nawet, niż pokarmy. Pepsyna po kwasach wydzielać się może w tych nawet przypadkach, gdzie po bodźcach pokarmowych nie można jej wcale wykazać.

2) Roztwory kwasów po wydobyciu z żołądka trawią energicznie białko. Jedynie mocny kwas octowy oraz kwas węglany wpływają hamująco na trawienie białkowe. W rurkach METT'a końce białka, trawionego przez kwasy organiczne są daleko ostrzej ścięte, niż przy kwasach nieorganicznych.

3) Prócz dwóch ostatnio wymienionych, kwasy, po wydobyciu z żołądka, trawią białko nawet bez udziału kwasu solnego.

4) Roztwory kwasów, wlane do żołądka, pobudzają wydzielanie fermentu mlecznego, jakkolwiek słabiej i mniej stale, niż pepsyny. Zgodności w wydzielaniu obu fermentów pod wpływem kwasów nie można zauważyć.



5) Roztwory kwasów, mianowicie słabe, często pobudzają wydzielanie kwasu solnego. Wyjątek stanowią mocny kwas octowy i kwas węglany.

6) Kwaśność płynu po wydobyciu z żołądka zazwyczaj bywa zmniejszona; po słabych roztworach, przeciwnie, czasami zwiększa się jeszcze.

7) Roztwory kwasów ubywają z żołądka wolniej, niż woda przekroplona; roztwory silniejsze—wolniej, niż roztwory słabsze.

## L I T E R A T U R A.

- 1) JAWORSKI. Medycyna 1887, Przegląd Lek. 1887. N. 4, Münch. mediz. Woch. 1887. N. 33. Deutsche mediz. Woch. 1887. N. 36, 38.
- 2) HAHN. Virchow's Archiv 1894. Tom CXXXVII.
- 3) RZĘTKOWSKI. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1903, str. 568.
- 4) HEICHELHEIM u. KRAMER. München. mediz. Wochen. 1904. N. 8 i 32.
- 5) BOAS. Zeitschrift. f. klin. Mediz. 1888, tom XIV.
- 6) JOHNSON. Zeitschr. f. klin. Mediz. 1888, tom XIV.
- 7) GRYGLEWICZ. Gaz. Lek. 1902, str. 1099.
- 8) GLAESSNER. Zeitschrift für chem. Physiologie und Pathologie. Bd. I, H. I.

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

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

Napisał

dr Władysław Ołtuszewski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 3].

Przy afazji v. dysfazji mieszanej, a więc organiczno-czynnościowej, łącznie z nieznaczną lokalną zmianą organiczną w korze lub na wet znajdującą się pod korą w pobliżu, na pierwszy plan występują objawy czynnościowe.

Z całego szeregu tych zbroczeń najważniejsze i najczęstsze z nich stanowi organiczno-czynnościowa afazja v. dysfazja neuronów kojarzących wyspy, tak zwana niemota amnestyczna KUSSMAUL'a, lub błędnie pojmowana przez W. L., jako transkortykalna ruchowa, zależna od nieznacznych zmian organicznych w wyspie lub jej pobliżu.



Objawy jej polegają na tem, że chory obok zupełnego rozumienia mowy i pisma, przedmiotom przedstawionym sobie w umyśle nie może nadać odpowiedniej nazwy, inaczej mówiąc, nie jest zdolny do samodzielnego obudzania wspomnień wyrazowych. Oto przyczyna, dlaczego chorzy ci nie są w stanie samodzielnie mówić, łącznie jednak z podniętą obwodową pod postacią wyrazów słyszanych lub widzianych mogą powtarzać i czytać [ze zrozumieniem]. Co do pisma, to jest ono zniesione, gdyż do tego aktu należy również posiadać zdolność samodzielnego obudzania wspomnień wyrazowych. W lżejszych postaciach omawianego zбочenia chorzy mogą nawet niewiele mówić, najczęściej parafazycznie, z powodu upośledzonego obudzania wspomnień wyrazowych, oraz z tegoż powodu czytać lub pisać pod postacią paraleksyi i paragrafii, a nawet nazwy używane często, jak dnie, miesiące i t. d., zupełnie prawidłowo pisać. Bardzo wiele innych jeszcze odmian tej organiczno-czynnościowej dysfazyi łagodniejszej postaci zmuszony jestem pominąć. Zresztą znając podstawę psychologii mowy, każdy sam łatwo będzie je mógł sobie wyjaśnić.

A f a z y a v. d y s f a z y a c z y n n o ś c i o w a, a więc bez zmian anatomicznych, dostępnych dla naszego badania, może się odnosić do zбочeń, mających swe źródło w wyspie, jak dysfazyja wskutek zaburzeń świadomości przy padaczce, w neuronach rzutowych, jak dysfazyja GRASHEY'a, z powodu krótkotrwałej podniety po przebytej chorobie gorączkowej, dyzleksya zależna od osłabienia pamięci zmysłowej wzrokowej, przedewszystkiem zaś afazyja ruchowa pochodzenia histerycznego.

Z całego szeregu a n a r t r y i v. d y z a r t r y i p o c h o d z e n i a o ś r o d k o w e g o logopatolog najczęściej ma do czynienia z jednostronnemi dyzartryami, zależnemi od upośledzenia ruchów języka i mięśni twarzy, wskutek zajęcia tylnego kolana otoczki wewnętrznej przy różnego rodzaju afazyjach v. dysfazyjach, z porażeniem opuszkowem, oraz rzekomem porażeniem pochodzenia mózgowego<sup>1)</sup>. Daleko już rzadziej spotyka inne anartrye v. dyzartrye, wikłające wiele cierpień układu nerwowego, jak płasawicę, rozsiane stwardnienie mózgu, drżączkę porażenną, zwłaszcza płasawicę HUNTINGTON'a, chorobę FRIEDREICH'a, porażenie asteniczne i t. d. Odnosne zбочenia mowy przy tych cierpieniach zmuszony jestem pominąć, nadmienię tylko, że towarzyszące im dyzartrye, lubo pozornie pod względem klinicznym zbliżone do bełkotania względnie wadliwego wymawiania, różnią się, zdaniem mojem, od tych zбочeń, uważanych jako dysfazyje, tem, że nie zależą jak one od zakłócenia pamięci słownej, uważanych zaś jako dyzartrye, że nie są nigdy uwarunkowane przyczyną obwodową, jak np. różnemi nieprawidłowościami w narządzie artykulacyi, jeno są zawsze dyzartryami pochodzenia ośrodkowego. Wszystkie omawianie dyzartrye lub anartrye, objaśniamy sobie albo upośledzeniem czynności ośrodków ruchowych, względnie pewną ich drażliwością, charakteryzującą zwyrodniających się, do których należy większość tych

<sup>1)</sup> Porażenie postępowe, stanowiące dość częste dyzartryczne zбочenie mowy, zaliczam do dyzlogii.



chorych, albo zniszczeniem odnośnych dróg ruchowych podkorowych, względnie utrudnieniem ich przewodnictwem, lub też upośledzeniem jąder ruchowych dla narządu artykulacji. Ponieważ i obrazy kliniczne zbożeń mowy, które towarzyszą tym dyzartryom w większości przypadków znacznie się różnią od objawów belkotania lub wadliwego wymawiania, jak mowa monotonna, skandowana, głos drżący i t. d., sądzę więc, że nie należy ich zaliczać do kategorii belkotania lub wadliwego wymawiania, jeno mianować dyzartryami, wikłającymi to lub owo cierpienie układu nerwowego. Jedyne dla mowy nosowej, towarzyszącej wielu omawianym chorobom nerwowym, możemy pozostawić tę samą nazwę, ponieważ od mowy nosowej ośrodkowego pochodzenia przeważnie u dzieci, z którą logopatolog najczęściej ma do czynienia [patrz niżej], różni się jedynie tem, że daleko częściej należy do dyzartryi organicznej, aniżeli czynnościowej, oraz że nie towarzyszy jej właściwe belkotanie lub wadliwe wymawianie.

O ile rozpoznawanie różnego rodzaju afazji v. dysfazji słusznie zacieka-wia psychologa, o tyle znów sprawa możliwości jej leczenia jest bardzo ważna dla chorego. Opierając się na własnym doświadczeniu, jako też i innych badaczy, twierdzą, że leczenie afazji v. dysfazji jest zupełnie możliwe i polega na przywróceniu lub wzmocnieniu różnego rodzaju pamięci słownej, względnie kojarzącej. Zasadza się ono na następujących przesłankach: 1) pamięć słowną, jak w ogóle każdą pamięć, przy zastosowaniu odpowiednich ćwiczeń można wyrobić lub wzmocnić; 2) nawet przy zniszczeniu pamięci zmysłowej lub kojarzącej rzadko się przytrafia, aby całe odnośne pole uległo zmianie, pozostała więc część komórek nerwowych może przyjąć na siebie rolę zastępczą; 3) ośrodki tej samej półkuli mogą się wzajemnie zastępować, a prawa półkula niewątpliwie przyjmuje w tym względzie również pewien udział.

Od tych zasad ogólnych przechodzę do wskazówek szczegółowych. Przy niemocie ruchowej zupełnej skuteczniamy najprzód ćwiczenia przygotowawcze języka, warg oraz głosu. Ćwiczenia te wykonywamy w lustrze, aby uświadomić różnego rodzaju położenie języka, oraz wyrobić odpowiednie ruchy. W następstwie, postępując według praw rozwoju mowy u dziecka, wyrabiam naprzód oddzielne dźwięki, składam je następnie w wyrazy i przez powtarzanie wytwarzam automatyzm mowy, a ponieważ rozumienie jej jest zachowane, powstawanie więc pojęć słownych nie przedstawia żadnych trudności. W sposób podobny postępuję przy wyrabianiu czytania i pisania, co tem łatwiej przechodzi, że pamięć zmysłowa liter zostaje nienaruszona. Daleko jeszcze łatwiejsze mamy zadanie przy tych postaciach niemoty ruchowej, gdzie zachowana jest mowa wewnętrzna, ponieważ chodzi tu tylko o przywrócenie czynnych wspomnień wyrazowych. Skuteczniamy to, łącząc sposobem pogładowym przedmioty z nazwą. Leczenie głuchoty wyrazowej, zwłaszcza niepełnej, polega na wyrabianiu pamięci zmysłowej słuchowej przy pomocy powtarzania i łączenia wyrobionych w ten sposób prawidłowych wspomnień wyrazowych z odpowiednimi pojęciami słownymi. W przypadkach zupełnej głuchoty wyrazowej możemy próbować tej samej metody, rachując na zastępstwo ośrodka słuchowego lewe-



go przez prawy; w razie zaś ujemnego wyniku nie pozostaje nam nic innego, jak zastosowanie metody odczytywania z ust. W tym ostatnim razie, podobnie jak u głuchoniemych, wyrabia się dla wspomnień automatyzm dotykowo - czuciowo - wrokowy, które łączymy z odpowiednimi wyobrażeniami. Leczenie głuchoniemoty z resztkami słuchu opiera się na tej samej zasadzie, co leczenie niezupełnej głuchoty wyrazowej. O zabiegach leczniczych przy głuchoniemocie powiem poniżej. Leczenie ślepoty zmysłowej zasadzałoby się na wyrabianiu odpowiedniego ośrodka w prawej półkuli, względnie przy pomocy kopiowania liter i na tej drodze czytania, a to przy pośrednictwie łączenia cheirokinestetycznych odczuwań ręki z wspomnieniami wyrazów, które przy ślepotcie pamięci zmysłowej bywają zachowane. Wyrabianie pamięci słownej kojarzącej przy odpowiednich postaciach niemoty polegałoby na wiązaniu istniejących automatycznych wspomnień z pojęciami słownymi lub pisma.

Przy leczeniu anartrii v. dyzartrii usiłowania nasze zwracamy ku przywróceniu czynności porażonych organów narządu artykulacji, a mianowicie warg i języka. Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia sędzę, że tego rodzaju leczenie jest możliwe.

Niezmiernej wagi pod względem praktycznym jest a f a z y a lub d y s f a z y a oraz a n a r t r y a lub d y z a r t r y a u d z i e c i, różniące się od tychże zbroczeń u dorosłych tak pod względem etyologii, jako też patogenezy, rokowania i leczenia. Pomimo to, dziwnem się wydaje, iż nie mówiąc już o podręcznikach neuropatologii, ale nawet w książkach, poświęconych zbroczeniom mowy, pomienione cierpienia są bardzo mało uwzględnione.

Zajmiemy się najprzód a f a z y ą v. d y s f a z y ą.

W rzędzie p r z y c z y n, powodujących afazję v. dysfazję, winniśmy odróżniać dzieci, należące do kategorii zwyrodniałych z inteligencją upośledzoną [przy niedorozwoju psychicznym], lub mniej więcej prawidłową [przy głuchoniemocie wrodzonej], od niezwyrodniałych. U zwyrodniałych wyróżniamy jeszcze niemotę właściwą od m o w y o p ó ź n i o n e j, to jest braku mowy samodzielnej mniej więcej do 4-go roku. Ta ostatnia przytrafia się najczęściej u dzieci zacofanych, lub pochodzących od rodziców zwyrodniających się. Dzieci ostatniego rodzaju, zazwyczaj rachityczne lub zółzowate, nie zdradzają zwykle upośledzonej inteligencji. W szeregu przyczyn głuchoty wrodzonej najważniejszą rolę odgrywa zwyrodnienie psychiczne. Z pomiędzy przyczyn afazji u dzieci niezwyrodniałych na pierwszym miejscu postawić należy głuchotę nabytą we wczesnych okresach dzieciństwa, a nawet i później, prawie do okresu dojrzewania płciowego. Powodują ją najczęściej: zapalenie opon mózgoworzdzeniowych, dur, płonica i błonica. Daleko już rzadziej afazja u dzieci niezwyrodniałych może zależeć od urazu lub choroby zakaźnej, rozumie się po bardzo dokładnem zbadaniu i wyłączeniu ewentualności, że dany przypadek nie należy do niedorozwoju psychicznego z zaburzeniami sfery ruchowej [tak zwane porażenia mózgowie wieku dziecięcego], gdzie objawy ruchowe w zupełności znikły.

Wyświetlona etyologia ułatwia nam zrozumienie p a t o g e n e z y a f a z y i u d z i e c i. Rozważmy naprzód przypadki afazji przy niedorozwoju bez



zmian anatomicznych w ośrodkach słownych. U zupełnych idyotów nie może być mowy nawet o najłatwiejszym, a zarazem najważniejszym akcie—rozumieniu, gdyż niedorozwój łącznie z ośrodkami mowy dotyczy przedewszystkiem całego mózgu jako narządu myśli, mamy więc tu rodzaj ślepoty psychicznej. U idyotów niepełnych, uzdolnionych do zmysłowych spostrzeżeń i kojarzeń, istnieje ograniczone rozumienie mowy, pewien rodzaj częściowej głuchoty wyrazowej, zależnej od osłabienia pamięci słuchowej zmysłowej i łącznie z tem niemożności przyswajania sobie treści pojęć słownych, wskutek jednak jednoczesnego upośledzenia pamięci zmysłowej ruchowej brak automatyzmu *eo ipso* mowy samodzielnej [afazyja ruchowa]. Większość głuptaków w granicach pojęć dostępnych dla ich umysłu rozumie mowę, upośledzenie jednak pamięci zmysłowej słownej przeszkadza im do powstania mowy samodzielnej, względnie przedstawia się ona pod postacią bełkotania lub wadliwego wymawiania. Wreszcie u zacofanych najczęściej spotykamy mowę opóźnioną, z czasem ustępującą i przechodzącą w wadliwe wymawianie, rzadziej bełkotanie. Co się tyczy afazyi v. dysfazyi przy niedorozwoju, któremu towarzyszy zmiana anatomiczna w ośrodkach słownych, to prawie wyłącznie dotyczy ona dzieci z niedorozwojem, łączącym się z zaburzeniami sfery ruchowej, które powodują afazyję v. dysfazyję, zależną od zniszczenia pamięci zmysłowej ruchowej lub pamięci kojarzącej wyspy. Nie sędzę, aby głuchota wyrazowa u dzieci zależała od zmiany anatomicznej w ośrodku pamięci zmysłowej słuchowej. Głuchoniemotę łatwo rozumieć, pamiętając, że przy braku słuchu niemożliwe jest powstanie pamięci słownej zmysłowej, a więc rozumienie mowy, naśladownictwo oraz mowa samodzielna. Ważne ma dla nas znaczenie głuchota zarówno wrodzona, jak i nabyta z zachowaniami resztkami słuchu, zwłaszcza przy zastosowaniu zabiegów leczniczych. Od zupełnej głuchoty wyróżnia się ona tem, że chorzy, z powodu słuchu zachowanego w większym lub mniejszym stopniu, wyróżniają tony i szmery, mogą powtarzać głoski i łatwiejsze wyrazy, oraz rozumieć wiele słów.

Wszystkie uwzględnione dotychczas postaci afazyi lub dysfazyi u dzieci odnoszą do organicznej, jak afazyja ruchowa przy niedorozwoju, łączącym się z zaburzeniami w sferze ruchowej oraz głuchoniemota zupełna lub z zachowaniami resztkami słuchu, organiczno-czynnościowej, jak głuchota wyrazowa lub dysfazyja ruchowa, uwarunkowana osłabieniem różnego rodzaju pamięci słownej przy niedorozwoju psychicznym, któremu, jak wiadomo, zawsze towarzyszy jakaś zmiana materialna mózgu lub wreszcie do czynnościowej, jak mowa opóźniona u dzieci, nie należących do kategorii zacofanych oraz dyzleksya. Ostatnia polega na trudności rozpoznawania liter, zwłaszcza zaś łączenia sylab w wyrazy przy nauce czytania. Zboczenie to, przytrafiające się u dzieci z prawidłową inteligencją, lubo pochodzących od rodziców zwyrodniających się, skłonny jestem odnieść do czynnościowego osłabienia pamięci wzrokowej zmysłowej, wskutek czego powstaje niemożność wyrobienia automatyzmu czytania.

Z działu anartryi v. dyzatrtryi pochodzenia ośrodkowego największe znaczenie dla lekarza, zajmującego się zboczeniami mowy, przedstawia rzekome opuszkowe porażenie. Cierpienie to należy wo-



góle do rzadkich, w każdym jednak razie, odwrotnie jak inni autorzy, spotykałem je częściej u dzieci, aniżeli u dorosłych. Przyczyny tego cierpienia są te same co niedorozwoju z zaburzeniami sfery ruchowej, którego ono jest najczęściej przejawem.

Pomimo, że w stosunku do zawiąłanych klinicznych postaci niemoty u dorosłych obrazy afazji v. dysfazji u dzieci są dość proste, rozpoznawanie ich jednak przedstawia nieraz pewne trudności. Za afazją ruchową pochodzenia organicznego przemawia istnienie zaburzeń ruchowych, obok stosunkowo nieznacznego upośledzenia intelligencji, i odwrotnie—wybitne upośledzenie umysłowe więcej nas czyni skłonny do przypuszczenia, że automatyzm mowy nie wyrobił się z powodu upośledzenia różnego rodzaju pamięci słownej. Określenie, czy zmiana anatomiczna umiejscowiona jest w ośrodku pamięci zmysłowej, czy też w neuronach kojarzących wyspy, zależy od tego czy mamy brak dźwięków, lub automatyzmu mowy. Co się tyczy głuchoty wyrazowej, to, jak powyżej zaznaczyłem, sądzę, że, najprawdopodobniej jest ona uwarunkowana czynnościowym osłabieniem pamięci słuchowej zmysłowej, a w związku z tem niemożnością przyswajania sobie treści pojęć słownych. Nieco większe trudności napotykamy przy odróżnianiu głuchoniemoty zupełnej lub z resztkami sluchu od głuchoty wyrazowej, zależnej od niedorozwoju psychicznego. W tych przypadkach, obok dokładnego zebrania wywiadów, zbadania sfery umysłowej i przedmiotowych oznak zwyrodnienia, ważną rolę odgrywają pomiary kraniometryczne, gdyż, jak się o tem przekonałem, przy niedorozwoju prawie zawsze można znaleźć zmiany czaszki tak co do jej objętości, jako też i formy. Dane te nabierają szczególnej wagi u dzieci, u których badanie błędnika jest niemożliwe do skutecznego. Rozpoznawanie głuchoniemoty u starszych dzieci nie przedstawia żadnej trudności. To samo dotyczy rozpoznawania anartrji v. dyzartrji.

Stosunek umysłu do omawianych zбоceń u dzieci przedstawia się inaczej, aniżeli u dorosłych<sup>1)</sup>, a jego znajomość posiada znaczenie pierwszorzędnej doniosłości. Przy nierozumieniu mowy, a więc braku treści pojęć słownych, umysł jest w stanie myśleć tylko w granicach poznania przedmiotowego, przy istniejącem zaś rozumieniu mowy, ale braku myślenia wyrazowego, wznosi się ono tylko do granicy pojęć niższych. Oto dlatego każda postać afazji v. dysfazji, względnie anartrji połączona z brakiem mowy wewnętrznej jaskrawo odbija się na sferze psychicznej, a dzieci tego rodzaju nawet względnie intelligentne przedstawiają zawsze opóźniony rozwój umysłu.

Rokowanie odnośnie do omawianych zбоceń mowy u dzieci, z wyjątkiem zupełnych idyotów, jest pomyślne. Tyczy się to zarówno niemoty organicznej, mieszanej, jako też czynnościowej.

---

<sup>1)</sup> Stosunek umysłu do afazji v. dysfazji oraz anartrji v. dyzartrji u dorosłych z powodu braku miejsca pominąłem.



Leczenie niemoty u dzieci opiera się na przesłankach, podanych przy leczeniu tego zбочenia u dorosłych. Oprócz podnoszenia poziomu sfery umysłowej przy niemocie, łączącej się z niedorozwojem psychicznym, postępujemy zgodnie z zasadą rozwoju mowy u dziecka prawidłowego, a więc wyrabiamy przedewszystkiem pojęcia słowne, następnie oddzielne dźwięki, automatyzm mowy, wreszcie łączymy wspomnienia automatyczne z pojęciami słownymi. Istnieje mniemanie wśród lekarzy, które przedostało się i do ogółu, że afazya v. dysfazya u dzieci z biegiem czasu sama ustępuje. Pogląd ten może odnosić się jedynie do mowy opóźnionej lub afazy v. dysfazyi przy bardzo słabym stopniu niedorozwoju, bynajmniej więc nie dotyczy tych zбочeń mowy, zwłaszcza uwarunkowanych zmianą anatomiczną, u idiotów niezupełnych i głuptaków, gdzie, jak się bardzo często przekonałem, afazya v. dysfazya utrzymuje się do okresu przedszkolnego i później, a nawet przy leczeniu przedstawia bardzo poważne trudności. Oprócz tego należy pamiętać, że każda ustępująca siłami przyrody mowa opóźniona lub niemota przechodzi zwykle w belkotanie, a więc mowę zupełnie niezrozumiałą. Jedynie racjonalną metodą leczenia głuchoniemoty jest uczenie mowy zapomocą odczytywania jej z ruchów ust i języka, gdyż daje to możność głuchoniememu porozumiewania się ze światem zewnętrznym bez giestów naturalnych lub sztucznych, których otoczenie nie zna. Z metodą tą, opierającą się na dokładnej znajomości fizjologii mowy, logopatolog winien być obeznany, gdyż nieodzowna jest ona przy leczeniu niektórych przypadków głuchoniemoty z zachowanymi resztkami słuchu, oraz głuchoty wyrazowej. Nie wdając się w szczegóły zasady leczenia głuchoniemoty powiem tylko, że w ogólnym zarysie polega ono na zastępowaniu ośrodka słuchowego ośrodkiem wzrokowym i dotykowym. Przy pomocy ćwiczeń tych dwu pamięci wyrabia się automatyzm wspomnień wzrokowo - dotykowo - czuciowych, które połączone z odpowiednimi wyobrażeniami służą do rozumienia mowy, oraz mowy samodzielnej względnie czytania i pisania. W kwestyi leczenia głuchoniemoty z zachowanymi resztkami słuchu na zasadzie własnego doświadczenia mniemam, że jeśli resztki te zachowane są do tyła, iż istnieje możność powtarzania samogłosek i większej części spółgłosek przy zamkniętych oczach, naówczas możemy przy pomocy pewnych metodycznych ćwiczeń głosowych, łącznie z uświadomieniem fizjologicznego wytwarzania się dźwięków przywrócić mowę bez uciekania się do sposobów, mających zastosowanie w zakładach dla głuchoniemych.

[C. d. n.]



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. F. Franke [Brunszwik]. O bólach w podeszwi i ich leczeniu (podałgia, neuralgia plantaris, tarsalgia, metatarsalgia, talalgia. Bóle w pięcie).

Jakkolwiek bóle w podeszwi stanowią zgoła nie rzadkie cierpienie, w literaturze jednakże znajdujemy o nich nadzwyczaj mało wzmianek. To było dla autora pobudką do możliwie wszechstronnego przedstawienia obrazu tych cierpień zarówno na podstawie własnych spostrzeżeń, jako też wzmianek rozrzuconych tu i owdzie w literaturze.

Bóle, o których mowa, mogą się rozszerzać na całą podszewę, lub też bywają umiejscowione jużto w okolicy palców wszystkich lub każdego z osobna, jużto w środku podszewy, lub wreszcie w okolicy pięty. Z pomiędzy palców najczęściej podlegają cierpieniu drugi i trzeci; pierwszy w wyjątkowych tylko razach, co stanowi najważniejszą różnicę między tem cierpieniem a podagrą. Ból umiejscowiony na środku podszewy najczęściej występuje na jej wewnętrznym brzegu, co odpowiada wewnętrznemu brzegowi powięzi podszewowej (*fascia plantaris*). Co się tyczy wreszcie bólu w pięcie, któremu francuzi dali niezbyt odpowiednią nazwę *talalgia* [nazwa ta nie ma nic wspólnego z *talus*, a pochodzi od wyrazu *le talon*], to w większości przypadków bywa on odczuwany stale w środku pięty, może jednakże przenosić się z miejsca na miejsce.

Bóle w podeszwi ze względu na ich przyczyny podzielić można na pięć kategorii, a mianowicie: bóle, zależne 1) od płaskiej stopy, 2) od guzów, 3) od cierpień zapalnych i urazowych, dotyczących zwłaszcza więzów, ścięgien, torebek maziowych (*bursa mucosa*) stopy, kości stopy i części miękkich, 4) od cierpień nerwów i 5) od podagry.

Co się tyczy pierwszej kategorii przyczyn, autor ostrzega przed zbytnią pochopnością przypisywania wszelkiego rodzaju bólów w podeszwi płaskiej stopie. Płaska stopa może wcale nie wywoływać bólów. Płaskie ustawienie stopy bywa często sztucznie wywołane przez chorego, aby uniknąć ucisku na bolesną część stopy: bywa to zwykle przy nerwobólu w okolicy zewnętrznej gałązki nerwu podszewowego (*n. plantaris*). Odwrotnie, ustawienie stopy w położeniu *pes varus* zdarza się wówczas, kiedy bóle umiejscawiają się głównie na wewnętrznym brzegu podszewy.

Pomiędzy guzami najwięcej zasługują na uwagę mięsaki i tłuszczaki podszewy, które często bywają obustronne i symetryczne, niekiedy wrodzone usadowiwszy się między powięzią podszewową a kośćmi, guzy te mogą wywoływać silne bóle, których przyczynę początkowo nieraz bardzo trudno określić.

Częstsze i pomimo to mniej znane są cierpienia, odnoszące się do 3-ej i 4-ej kategorii. W miękkich częściach stopy, zwłaszcza w powięzi podszewowej lub znajdujących się z nią w związku tkankach niekiedy na pozór pierwotnie lub wskutek urazu albo chorób zakaźnych rozwijają się ostre lub przewlekłe sprawy, na które dotąd mało zwracano uwagi. Występujące w całym szeregu przypadków influenzy bóle w podeszwi, nieraz bardzo dające się chorym we znaki, autor objaśnia zapalnym obrzękiem powięzi podszewowej. Rzeczywiście, w wielu razach powięź podszewowa była zgrubiała na całej swej długości, lub też w niektórych tylko miejscach [przeważnie na wewnętrznym brzegu] wyczuwać się dawały pojedyncze lub mnogie zgrubienia, jakby guziczki, mniej lub więcej przy ucisku bolesne. Guziczki owe po większej części występują na zdrowej na pozór powięzi; niekiedy jednakże zjawienie się ich poprzedza przewlekła



sprawa zapalna, szerząca się od palców przez całą powięź i piętę aż do przyczepu ścięgna Achillesa. Cierpieniu, o którym mowa, autor przyswoił nazwę *fasciitis plantaris*. Według zdania LEDDERHOSE'go, cierpienie to bardzo często znajduje się w związku ze złamaniem голени; autor, nie wykluczając możliwości urazowego pochodzenia cierpienia, sądzi jednakże, iż daleko częściej zdarza się ono w chorobach zakaźnych. Pojedyncze przypadki tego cierpienia spostrzeżano przy ostrym reumatyzmie stawowym [RISSE], po odrze [LEDDERHOSE] i po zapaleniu płuc [DE BOVIS].

Jeżeli zgrubienia owe i guziczki, o których mowa, zostają spostrzeżone i leczone zawczasu, to znikają one stosunkowo szybko, a z nimi razem i bolesność; gdy jednakże zostają zaniedbane, leczenie wymaga nieraz dłuższego czasu; zdarza się również, iż bóle są tak silne i uporczywe, iż nie pozostaje nic innego, jak tylko wyciąć guziczki i zgrubienia; wykonali to LEDDERHOSE, AUVRAY i inni. Badania drobnowidzowe w tych razach wykazały charakterystyczne zmiany, właściwe przewlekłemu zapaleniu powięzi wraz ze złoгами soli wapiennych. Takie same ukryte sprawy zapalne, jak w okolicy palców i powięzi podszwowej, autor opisuje i w środku pięty; wywołują one również ból. Ból ten, *talalgia*, rzadko zjawia się sam przez się; po większej części zaś tylko przy wywieraniu na piętę ucisku [przy uciskaniu palcami, przy staniu, chodzeniu i t. d.]; siła owego bólu bywa rozmaita; w pewnych przypadkach nie znika on wcale nawet podczas spoczynku. Ból niekiedy bywa tak uporczywy, iż chorzy stają się nadzwyczaj nerwowymi, wpadają nawet w stan hipochondryi lub melancholii, co zwłaszcza zdarza się wówczas, gdy najrozmaitsze środki nie przynoszą żadnej ulgi. Zdumiewającą zaiste przy opisywaniu cierpienia jest nadczułość podeszwy, względnie pięty nawet przy użyciu grubego obuwia. Chorzy np. odróżniają dokładnie, czy stoją na podłodze, czy na posadzce, czy mają pod nogami cegłę, czy piaskowiec lub granit.

Sprawy zapalne, o których mowa, mogą pochodzić z rozmaitych miejsc: albo przenoszą się z powięzi podeszwowej na okostną kości piętowej (*calcaneus*), lub od razu umiejscawiają się na okostnej kości piętowej, lub na torebce maziowej, pod tą kością leżącej (*bursitis subcalcanea*). Twierdzenie jednakże DUPLAYS'a, jakoby ból w pięcie zawsze pochodził od jednej z wzmiankowanych powyżej spraw, według autora, jest całkiem nieuzasadnione. W pewnych przypadkach sprawa zapalna nie wychodzi ani z kości piętowej, ani też z torebki maziowej, tylko ze ścięgna, z powięzi podeszwowej lub z miejsca przyczepu ścięgna Achillesa. W rzędzie przyczyn, wywołujących ból w pięcie, zasługują tutaj również na wzmiankę urazy tej okolicy. Za moment etyologiczny spraw zapalnych okostnej kości piętowej uważa autor influencę lub t. zw. zakażenie mieszane [sprawy reumatyczne]. JACQUER za jedną z przyczyn uważa również i zakażenie tryprowe.

Istnieje jednakże cały szereg przypadków w których do objaśnienia bólów w podeszwie nie posiadamy żadnych obiektywnych danych. Nie pozostaje wówczas nic innego, jak tylko uważać owe bóle za sprawę pochodzenia nerwowego. Należałoby się spodziewać, iż nerwowe te bóle w podeszwie najczęściej występują po zakażeniach: rzeczywiście rekonwalescenci po tyfusie np. skarżą się często na bóle w pięcie i w podeszwie. Autor sądzi, iż przeważająca liczba t. zw. bólów nerwowych w podeszwie zostaje wywołana przez sprawę zapalną nerwów, a w powstawaniu tych spraw zapalnych influenza ma również odgrywać niepoślednią rolę. Do bólów nerwowych w podeszwie należy między innymi t. zw. choroba MORTON'a (*metatarsalgia Mortoni*), ból, który występując w okolicy czwartego stawu śródstopowego, promieniuje w okolicy pięty, w niektórych przypadkach aż do łydek, a nawet w okolice nerwu kulszowego (*n. ischiadicus*) na kości udowej.



Co się tyczy 5-ej kategorii przyczyn, wywołujących bóle w podeszwiu, mianowicie podagry, autor zaznacza, iż nie widział nigdy u podagryków prawdziwego nerwobólu, lecz tylko rzeczywistą podagrę, złogi moczanów w stopie.

Do odpowiedniego leczenia wszelkich form bólów w podeszwiu niezbędne jest, według autora, obok dokładnego zbadania stopy również i całkowite zbadanie chorego, przyczem należy zwrócić szczególniejszą uwagę na ściśle wywiady. Leczenie, rozumie się, zależnem jest od przyczyny. Guzy powinny być usunięte. Sprawy zapalne powięzi podszwowej i stany tym sprawom pokrewne wymagają przedewszystkiem ostrożności w ruchach; w ciężkich przypadkach należy zalecić zachowanie ścisłego spokoju, owijania prysznicowskie, później mięsienie; ze środków wewnętrznych: salicylan sodu, aspirynę, antipirynę, salipirynę. Jeżeli wspomniane cierpienia nie ustępują powyższemu leczeniu, pozostaje wycięcie guziczeków, blizn lub uległych sprawie chorobowej kości, poczem prawie bez wyjątku następuje wyzdrowienie. Jeżeli podejrzujemy, iż cierpienie jest w związku z influenżą, zwłaszcza w świeżych przypadkach, przeciwskazane jest mięsienie oraz wszelkie podrażnienie mechaniczne; w przypadkach zaś przedawnionych, przeciwnie, zanim przystąpimy do operacji, trzeba spróbować mięsienie. Z maści często autor stosował z dobrym skutkiem plaster UNNY.

Na bóle w pięcie autor zaleca chorym chodzić na gumowych obcasach. W ciężkich, uporczywych przypadkach (*bursitis calcanea*) wskazany jest zabieg chirurgiczny: wystarcza mianowicie podłużne cięcie przez piętę i doszczętne wyskrobanie tkanki tłuszczowej między skórą a kością piętową, następnie zeszyście.

Przy czysto nerwowych bólach w podeszwiu wskazana jest terapia przyczynowa; należy zwrócić tu uwagę na wiał rdzenia, syfilis, dnę, cukrzycę, zimnicę, influenżę; cierpienia te powinny być odpowiednio leczone. Stosowane są w tych razach środki kojące (*antineuralgica*), arszenik; zaleca się staranne unikanie zaziębień miejscowych i możliwe ograniczenie wszelkich ruchów. W uporczywych przypadkach autor stosuje faradyzację lub galwanizację, ścisły spokój, owijania prysznicowskie z terpentyną; do takich owijań na butelkę zimnej wody bierze się dwie, trzy łyżeczki olejku terpentynowego i kieliszek spirytusu. W niektórych przypadkach pożyteczną może się okazać hydroterapia lub kuracja kąpielowa [Oeynhausens, Nauheim, Wiesbaden, Wildbad, Franzensbad]. W wyjątkowo ciężkich przypadkach pozostają zabiegi chirurgiczne: najprostszym z nich jest zastrzyknięcie 10—30%-go kwasu karbolowego albo osmowego w okolice odnośnej gałązki nerwowej, w chorobie MORTON'a wycięcie czwartego, względnie trzeciego stawu śródstopowego, albo tylko główki kości śródstopowej i jednoczesne wycięcie sąsiednich części miękkich.

(*Deutsche mediz. Wochenschr.* 1904. N. 52 i 53.

W. Breszel.

## 10. Förster. Istota zaburzeń ruchowych w płasawicy (chorea).

Zaburzenia ruchowe w płasawicy autor dzieli na dwie kategorie: do pierwszej zalicza drgawki mięśniowe, do drugiej zaś wszelkiego rodzaju ruchy o charakterze złożonym, czyli zaburzenia w kojarzeniu. Drgawki płasawicze są natury klonicznej, występują w pojedynczych mięśniach lub rozmaitych grupach mięśni bezładnie, bez żadnego systemu i coraz to w innej postaci. Patogeneza tych drgawek jest ciemna. Badania pośmiertne układu nerwowego osobników, cierpiących na płasawicę, nie wykryły prawie żadnych zmian. W niektórych przypadkach znaleziono zatory naczyń krwionośnych, udających się do zawojów mózgowych. BONTWEFFER znalazł w kilku przypadkach, cierpienie mózdzku, a w jednym—cierpienie w odnodze mózgu do mózdzku. GOWERS również znalazł kilka razy cierpienie mózdzku. Autor w jednym przy-



padku płasawicy na sekcji zauważył dużą liczbę powierzchniowych krwawych wylewów na korze mózdzku i powstawanie w tym przypadku zaburzeń ruchowych tłomaczy przeniesieniem podrażnienia z mózdzku najpierw do kory mózgowej, a następnie drogą piramidalną do mięśni. Zdaniem autora, drgawki płasawicy mogą powstać przy podrażnieniu jakiegokolwiek części układu nerwowego i występują nie tylko w *chorea minor*, ale i w najróżnorodniejszych cierpieniach tegoż układu. Mniemanie, że tylko podrażnienie kory mózgowej lub jednego ze zwojów substancji szarej powoduje zaburzenia ruchowe, jest mylne, gdyż i wiąd mleczna paciierzowego jednocześnie ze strzelającymi bólami wywołuje ruchy płasawicze.

Autor następnie przechodzi do sprawy zaburzeń w kojarzeniu ruchów. Jak wiadomo, wszelkie dowolne ruchy mięśniowe nie tylko są zależne od dróg ruchowych [drogi piramidalne, komórki przednich rogów i nerw], ale i od wrażeń dośrodkowych, doprowadzanych od mięśni, stawów, ścięgien i skóry przez nerwy czuciowe, tylne korzenie i drogi dośrodkowe do ośrodków ruchowych. Wrażenia dośrodkowe dochodzą do rdzenia paciierzowego przez bocznice odruchowe i komórki przednich rogów; do mózdzku przez słupy CLARKE'a i pęczki mózdzkowo-rdzeniowe; do mózgu zaś dochodzą dwiema drogami: pierwsza biegnie przez pęczki tylne do jąder pęczków GOLL'a i BURDACH'a, następnie w *lemniscus* przez *tegmenum med. oblongatae*, most WAROL'a, odnogi mózgu do wzgórków wzrokowych, a z nich następnie przez wewnętrzną torebkę do kory; druga droga jest dalszym ciągiem przewodów, biegnących do mózdzku przez pęczki mózdzkowo-rdzeniowe, mianowicie droga ta biegnie przez odnogi mózgu do mózdzku, czerwone jądro (*nucleus ruber*), wzgórki wzrokowe, a z nich przez wewnętrzną torebkę do kory mózgowej. Widocznem jest więc z tego, jak znaczna część układu nerwowego przyjmuje udział w czynności kojarzenia ruchów. Autor przypuszcza, że za przyczynę zaburzeń w kojarzeniu ruchów w płasawicy należy przyjąć przerwę w czynności w której bądź z tylko co wymienionych dróg kojarzeniowych. Wtedy to przy wykonywaniu prostych lub złożonych dowolnych ruchów, impuls nerwowy niezawsze przebiega od razu i stale tam, gdzie należy, ale niekiedy nie dochodzi, lub opóźnia się i rozprasa się do mięśni, które nie przyjmują udziału w wykonaniu odpowiednich ruchów; w następstwie czego powstają niewłaściwe spółruchy, udzielające się także identycznej grupie mięśni w drugiej połowie ciała.

Jednem słowem, autor uważa płasawicę jako cierpienie nerwowe, powstałe wskutek tego, że jednocześnie w pewnych częściach systematu nerwowego występują dwa chorobowe czynniki, mianowicie: podrażnienie, wywołujące drgawki, i przerwa w drogach kojarzeniowych, która powoduje masę niepotrzebnych i złożonych ruchów,

(*Sammlung klinischer Vorträge. N. 381*)

B. Łuczyci.

## II. Czerno-Schwarz i Luns. O etyologii i patogenezie płasawicy.

Autorzy przytaczają wyniki badań, które przeprowadzili w szpitalu dziecięcym w Moskwie w ciągu 3-ch lat. Spostrzegano ogółem 96 przypadków płasawicy: u chłopców 26, a u dziewczyn 70; a więc stosunek jednych do drugich wyraża się jak 1 : 2,7. Co do wieku chorych, to między 1 — 5-ym rokiem spostrzegano 7 przypadków płasawicy; między 6 — 10-ym zauważono 56; między 11 — 15-ym rokiem — 33. Starszych chorych nie widziano, gdyż szpital ten przyjmuje tylko chorych do lat 16-u. Między powikłaniami płasawicy zasługują najwięcej na uwagę gościec, który zauważono w 37-u przypadkach i wady serca w 26-u przypadkach. W tych 37-u przypadkach gościa udało się w 22-ch ściśle określić czas powstania płasawicy; mianowicie: w 11-u przypadkach gościec wyprzedził płasawicę, w 4-ch pojawił się jednocześnie z płasawi-



ca, w 7-u zaś okazał się znacznie później. Z liczby 26-u przypadków wady serca—9 były połączone z goścem, reszta zaś nie. Co do ogólnego odżywienia—to z liczby 96-u chorych—24-ch było dobrze odżywionych, 50-u średnio, a 22-ch źle.

Patogeneza płasawicy jest jeszcze ciemna. Między wieloma teoryami o istocie i pochodzeniu tego cierpienia, zasługują na uwagę: teoria zatorowa, teoria skażenia krwi (*dyscrasia*), teoria nerwowa i teoria reumatyczna. W ostatnich czasach podają jeszcze jako przyczynę zakażenie.

Zwolennicy teorii zatorowej: BRIGHT, KIRKES, BROADHERT i inni przypuszczają, że napady płasawicy powstają wskutek zatorów w naczyniach krwionośnych mózgu, a głównie w obrębie ciała prążkowanego (*corpus striatum*) i wzgórką wzrokowego (*thalamus opticus*) w następstwie zapalenia wsierdzia. Teoria ta nie została potwierdzona badaniami anatomo-patologicznymi i klinicznymi.

Według drugiej teorii płasawica jakoby zależy od wrodzonego skażenia krwi (*dyscrasia*), niedokrwistości i niedostatecznego odżywiania ośrodków nerwowych. Statystyka przeczy temu przypuszczeniu, gdyż tylko bardzo nieznaczna odsetka osobników, podlegających płasawicy, można zaliczyć do anemicznych, źle odżywionych [1%, 2%].

Teorię nerwową pochodzenia płasawicy stworzyli francuscy autorowie [CHARCOT, BLOCC, COMBY i inni], ale przeciw tej teorii mówi przebieg cykliczny cierpienia, częste powikłania, cierpienie serca i reumatyzmu, a zarazem lekkie podniesienie ciepłoty w czasie napadów.

Najwięcej zwolenników ma teoria ostatnia—reumatyczna. STALL, BABBINGTON, TODD, LÉE, ROGER, SIMON i CADET de GASSICOURT twierdzą, że płasawica jest następstwem cierpienia goścowego lub że jest objawem wrodzonej diatezy reumatycznej. W ostatnich czasach zrodziło się mniemanie, że płasawica powstaje na tle zakaźnym; pierwszy podał tę myśl LEUBE, a za nim poszli NAUWERCK, KOCH, MÖBIUS, BECHTEREW i inni. Na korzyść tej teorii przemawia po większej części cykliczny przebieg płasawicy, a także nie dające się niczem więcej objaśnić podniesienie ciepłoty.

Autorzy są zwolennikami teorii reumatycznej i powołują się na ZIEMSEN'a, GOWERS'a i WOLLENBERG'a, którzy stwierdzili, że w 24—36% przypadków płasawicy istniał i gościec, wskutek czego płasawicę uznali jako równoważnik gościa. Prócz tego obserwowanie chorych z płasawicą przekonało autorów, że między płasawicą, goścem a zapaleniem wsierdzia zachodzi ściślejszy związek i że te trzy, tak różnorodne cierpienia, powstają wskutek jednej i tej że przyczyny.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde und psychische Erziehung*. 1904).

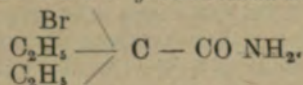
B. Łuczycki.



## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

4. **Neuronalum.** Badania FISCHER'a i MERING'a nad działaniem nasennym kwasów, amidów i pochodnych mocznika doprowadziły, jak wiadomo, do zalecenia weronalu. Inni dwaj badacze, FUCHS i SCHULTZE, zajmując się również poszukiwaniem nowych środków nasennych, obrali za punkt wyjścia ketony, ketoksymy i acetamidy. Z tych ostatnich dwuetylacetamid wykazał słabe działanie nasenne; w stopniu znaczniejszym działał dwupropylacetamid, a działanie to daje się wzmocnić przez wstawienie chlorowcowych pierwiastków do rodnika acetylowego.

Neuronal jest bromdwuetylacetamidem:



Jest to biały proszek krystaliczny, topliwy bez rozkładu w ciepłocie 66° do 67°, łatwo rozpuszczający się w eterze, benzolu, alkoholu i oliwie oraz w innych rozpuszczalnikach organicznych. W wodzie rozpuszcza się w stosunku 1 : 115. Smak ma gorzki, nieco chłodzący, podobny do mentolu.

Badania, dokonane na psach i królikach, zachęciły do prób na ludziach. Wobec lekkiej bezsenności wystarcza dawka 0,5 g., w stopniach znaczniejszych użyć trzeba 1,5—2,0 g. SIEBERT, który stosował neuronal w przeszło 100-u przypadkach, uważa go za doskonały środek nasenny zwłaszcza w stanach pobudzenia u chorych umysłowych; neuronal, według tego autora, niema własności działania kumulacyjnego. STROUX, który badał działanie leku u 40-u chorych, stwierdził bardzo nieznaczną jego jadowitość. Sen, spowodowany przez neuronal, jest równy, spokojny, występuje w jakie pół godziny po zażyciu i nie pozostawia żadnego działania następczego. RIXEN opisuje działanie neuronalu w przypadkach padaczki. W dawkach 1,0—1,5 po ½ godziny następował spokój i sen. Przy większym niepokoju motorycznym podawano z doskonałym rezultatem 3—4 g. *in dosi refracta*. RIXEN wypróbował ten środek na 80-u kobietach epileptyczkach w zakładzie berlińskim dla epileptyków. Pragnąc się przekonać, czy neuronal wpływa na liczbę i intensywność napadów padaczkowych, podawano niektórym chorym trzy razy dziennie po 0,5 lub 4 razy dziennie po 0,25. Chorzy po 3-ch—4-ch dniach skarżyli się na znaczną senność, co zmusiło do przerwania ordynacji. Czterech chorych dostawało przez 8—10 dni wieczorami po 1,0 i pozostało to bez wpływu na napady. Wogóle przykrych ubocznych objawów RIXEN nie spostrzegł. Tylko w dwóch przypadkach pacjentki stanowczo oparły się przyjmowaniu leku, w trzech zaś natychmiast po przyjęciu wystąpiły wymioty, co wszakże przypisać należy katarowi żołądka u tych pacjentek. Rozwolnienia nawet po większych dawkach nigdy nie spostrzegano. RIXEN potwierdza zdanie SIEBERT'a, że działanie nasenne 1 g. neuronalu odpowiada działaniu takiejże dawki trionalu, nieco wszakże jest słabsze od 1 g. weronalu. We wnioskach swych powiada ten autor, że zwłaszcza po myślnie działa neuronal na silne bóle głowy i nerwowe zaburzenia menstruacyjne, występujące po napadach epileptycznych.

(*Therap. Monatshefte*. 1904. Zesz. 11. *Münch. med. Woch.* 1904. N. 48).  
F.

K. SCHULZE (*Die Therapie der Gegenwart*. 1905. N. 1) na wewnętrznym oddziale szpitala w Dreźnie [prof. A. SCHMIDT'a] stosował neuronal w 43-ch przypadkach rozmaitych cierpień. Dawka wynosiła przeważnie 0,5; tylko w nie-



licznych przypadkach, np. u suchotników, którym spać przeszkadzał silny kaszel, dawkę potrzeba było podwoić [1,0]. Środek podawany był w opłatku na 1— $\frac{1}{2}$  godziny przed udaniem się chorego na spoczynek.

Na podstawie prób własnych SCHULZE wysnuwa następujące wnioski:

1) Neuronal w dawkach 0,5 — 1,0 działa skutecznie w większości przypadków bezsenności, która nie jest połączona z silnymi bólami lub innymi ciężkimi dolegliwościami.

2) Na bóle głowy neuronal nie okazuje żadnego wpływu.

3) Środek ten nie wywiera widocznego zbiorowego działania; przy dłuższym tylko użyciu występuje pewne osłabienie.

4) Przy stosowaniu neuronalu może występować lekkie działanie uboczne, zdarza się ono jednakże rzadko i nie jest bynajmniej dla chorego niebezpieczne.

W. Breszel.

---

## ODCINEK.

---

### Z chirurgii wojennej.

Półroczna z górą obserwacja nad rannymi obecnej wojny dała mi możliwość nauczenia się nie jednej rzeczy z dziedziny chirurgii wojennej. Radbym się podzielić z szanownymi kolegami nowonabytymi wiadomościami, choć wiem, że nie są one ani dość obszerne, ani wszechstronne. Objaśnić muszę, że prowadzę oddział chirurgiczny na 70 łóżek w lazarecie miejscowym m. Chabarowska. Do kraju nadamurskiego podlegają „ewakuacyi“ oczywiście ci tylko ranni, co do których można się spodziewać, że kuracya ich potrwa względnie nie nadto długo [mniej, niż pół roku] i uczyni ich może zdatnymi do działań w armii czynnej. Ciężej ranni, nie odpowiadający wskazanym warunkom, zostają wysyłani przeważnie na zachód—ku Europie. Praktyka jednak wykazuje liczne zboczenia od zasady powyższej: niejeden z naszych pacjentów chabarowskich pozostaje kaleką na całe życie i nie wróci do szeregów. Olbrzymią większość naszych pacjentów chirurgicznych stanowią ranieni bronią palną, mianowicie kulami karabinowymi, szrapnelowymi i odłamami otoczki naboju szrapnelowego. Każda z tych trzech kategorii ran ma cechy zupełnie odrębne. Kule karabinowe [tych mamy najwięcej] dają uszkodzenia względnie najłagodniejsze; składają się na to czynniki następujące: wielka siła rzutu, twardość metalu, wreszcie mały wymiar poprzeczny kuli. Przy tych warunkach kula draży z jednakową niemal łatwością przez wszystkie tkanki, tworząc kanał nadzwyczaj mały bez uszkodzenia szerszych obszarów; otwór wyjściowy zazwyczaj jest bardzo nieznacznie większy od wejściowego, a długość kanału dochodzi nieraz do olbrzymich wymiarów. Kula, rzecz można, nie zna przeszkód i w każdym kierunku przebija człowieka na wylot. Na potwierdzenie tego przytoczyć mogę z kazuistyki własnej szereg bardzo interesujących przypadków: otwór wejściowy nad obojczykiem, wyjściowy z boku wyrostków ciernistych okolicy lędźwiowej; otwór wejściowy pod łopatką, wyjściowy poniżej *crista ilei* przeciwległej strony i t. d.; słowem, napotkać można przeróżne, najfantastyczniej-



sze kombinacye; nikt z nasby się nie zdziwił, gdyby ujrzał żołnierza, którego kula spadła w czaszkę, a wyszła przez —piętę.

Częstokroć kula przebija okolice najczulsze, najniebezpieczniejsze, nie spowodując żadnych złych następstw, lub, co najwyżej, chwilowe łagodne zaburzenia. Otokilka przykładów: rana na wylot w dolnej części szyi na trzy palce poprzeczne powyżej obojczyków: otwory wejściowy i wyjściowy symetrycznie przy przednim brzegu *m. st. cl. mast.*; przez parę pierwszych dni bolesność szyi przy ruchach i trudność polykania, po dwóch tygodniach zupełne wyleczenie. Dalej, rana na wylot przez tułów: otwór wejściowy w okolicy lewej nerki, wyjściowy — przy lewym brzegu mostka; na razie mocz krwawy i wymioty krwawe; i tu *sanatio spontanea*. Widziałem też szereg ran, idących na wylot przez czaszkę i mózg, bez żadnych następstw; w jednym z tych przypadków kula wpadła w sam czubek nosa, wyszła z lewej strony przez czaszkę w górnej części okolicy potylicowej. Są to zranienia wprost do niepojęcia łagodne; nie zapominajmy jednak, że opisywani przez nas ranni niewątpliwie należą do wyjątków: większość takich samych postrzałów daje śmierć na miejscu, na placu boju. Z powyższych przykładów łatwo wywnioskować, że chirurg lazaretu chabarowskiego niezbyt wiele ma pracy przy leczeniu ranionych kulami karabinowemi; nakładanie kawałków gazy i przytwierdzanie ich plasterkami — oto i wszystko; w ostatecznym wyniku otrzymuje się blizny, podobne do tych, jakie widzimy po wrzodziankach maleńkich. Ropienia w kanale nie widziałem ani razu. Wszystko powyższe, com o ranach karabinowych powiedział, stosuje się do postrzałów z odległości 1000—1500 metrów; strzał z odległości znacznie większej powoduje częste zatrzymanie się kuli w tkankach, zwłaszcza gdy trafi ona na kość; w podobnych przypadkach widziałem zgięcie się kuli na płask; znaczniejszego spłaszczenia się [w kształcie „wachlarza“] lub rozerwania się na kawałki nie obserwowałem. Inaczej zachowują się kule karabinowe miedziane, które poczęliśmy tu napotykać dopiero w listopadzie: otoczka ich często rozrywa się na liczne kawałki i powoduje obszerniejsze spustoszenia. Przy wydobywaniu kuli miedzianej, tkwiącej  $\frac{1}{2}$  ą swej długości w *recessus* stawu kolanowego, natrafiłem na większy zbiornik płynnej ropy poza torebką [w mięśniu]; mimo to przebieg przy lekkim sączkowaniu rany był idealny.

Przechodzę do następnej kategorii postrzałów, mianowicie do kul szrapnelowych. Są one zupełnie okrągłe, całe z ołowiu, o średnicy mniej w więcej 1,2 ctm. Nie widziałem ani razu, by kula taka przeszła przez tkanki na wylot; najwidoczniej siła pocisku jest tu znacznie mniejsza [no, i kształt nie nadający się do drażenia tkanek]; we wszystkich przypadkach, operowanych przeze mnie, tkwiły one do połowy pograżone w zagłębieniu kości, o którą uderzyły. W jednym razie kula przebiła kość ramieniową, powodując podłużne skośne złamanie i rozpadając się na dwie równe półkule, leżące jedna obok drugiej tuż pod skórą. Najcięższe, najbardziej powikłane rany dają odłamy otoczki szrapnelowej. Odłamy te bywają najrozmaitszej wielkości: od ziarnka piasku do wymiarów monety miedzianej pięciokopiejkowej; metal bardzo twardy, brzegi zawsze ostre, szpiczaste, chropowate. Dwóch pacjentów moich miało strzaskane żuchwy tymi odłamami, kilkunastu porwane palce u rąk i nóg, jednemu z miękkich części twarzy wydobyłem trzy mniejsze odłamy; operowałem też w przypadku uwięźnięcia dużego, płaskiego odłamu w głębokich warstwach mięśni brzusznych tuż nad powięzią poprzeczną. Przy postrzałach tego rodzaju jaskrawo zaznacza się różnica między otworem wejściowym a wyjściowym: pierwszy przedstawia się jako rana niewielka, zwykle gojąca się ładną blizną podczas przejazdu chorego z pola bitwy do szpitala [w ciągu 8-u—12-u dni]; drugi daje ranę dziesięćkroć większą z porwanymi brzegami skóry, ze sterczącymi na zewnątrz odłamami kości i strzępami ścięgien. Jednakże uwolnienie rany od tych ciał martwych



[co zwykle udaje się nawet bez uspiania] prowadzi do ładnego ziarninowania i względnie szybkiego zabliznienia obszernego braku tkanek. Ran, białą bronią zadanych, nie widziałem wcale, jeśli nie brać pod uwagę paru nieznacznych zadraśnięć skóry na klatce piersiowej, otrzymanych podczas szturmów na bagnety; stąd wniosek oczywisty, że zranienia te, naogół zapewne nieliczne, muszą być bardzo ciężkie, skoro nie napotyka się w transportach ewakuacyjnych.

Słótko jeszcze o przebiegu i następstwach ran drażących karabinowych poszczególnych narządów i okolic ciała. Widziałem wielką liczbę zranień stawów [więcej, niż setkę]. W pierwszym, drugim tygodniu okolica stawu przedstawia rozległe wylewy krwawe i silną bolesność przy ruchach biernych; powoli wybroczyny znikają i bez żadnych powikłań rana się zabliznia; przy sumieniem mięsieniu ruchy szybko powracają i ostatecznie w wielu razach po 6-u — 10-u tygodniach otrzymuje się, jeśli nie *restitutio ad integrum*, to w każdym razie bardzo znaczną poprawę; w przypadkach najmniej pomyślnych stwierdza się chrząst w stawie i uporczywie trzymającą się bolesność oraz ograniczenie ruchów, jednak bez odczynu zapalnego miejscowego, bez wysięków, bez podniesienia ciepłoty. Najczęściej zranieniu ulega staw barkowy, napięstkowy, skokowy, kolanowy; rany stawu biodrowego nie widziałem. Rana drażąca płuc i opłucnej daje szybko przechodzące krwioplucie; nieznaczne stłumienie w dolnych częściach klatki piersiowej wskazuje na wybroczynę krwawą w jamie opłucnej; wybroczyna ta jednak wchłania się w ciągu 2-ch—4-ch tygodni, poczem powstaje bardziej trwałe stłumienie, osłabienie oddechu i tarcie opłucnej [zgrubienia wskutek organizowania się złogów włóknikowych krwi]. Ran drażących na wylot jamę brzuszną w przeróżnych kierunkach widziałem kilkanaście; wszystko było to przypadki przebiegające nadzwyczaj łagodnie; ranni zgodnie określają uczucie doznane przy postrzale, jakoby tępy ból od uderzenia w brzuch kamieniem; nie padali oni na razie i nie opuszczali szeregów; dopiero po pewnym czasie [po godzinie, lub później], słabli, poczęli doświadczać bólu, przychodziły mdłości i wymioty, czasami nawet krwawe. Po 2 — 3-ch tygodniach podnosili się z łóżka, a jedyna ich skarga—to uczucie ciężkości w brzuchu, zaparcie stolca lub biegunka. Badanie [po 6-u — 10-u tygodniach] wykazywało wzdęcie jelit, zgrubienia w miejscu, odpowiadającym kanałowi rany i nieznaczną bolesność przy ucisku.

W ilu i w jakich przypadkach światło kiszek zostało otworzone, określić nie potrafię; według wszelkiego prawdopodobieństwa zranienie jelit nie stanowi tu wielkiej rzadkości. Interesująco przedstawia się następujący przypadek, widziany przeze mnie w jednym z tutejszych oddziałów szpitalnych Czerwonego Krzyża. Żołnierza przebiła kula na wylot przez brzuch; otwór wyjściowy znalazł się na prawym pośladku nieco w tył i ku górze od krętarza wielkiego (*trochanter m.*); pierwsze dni przebiegu rany były bardzo ciężkie: wybitne podrażnienie otrzewnej, a nawet, jak się zdaje, miejscowe jej zapalenie; powoli nastąpił zwrot ku lepszemu; w prawym dole biodrowym poczęło się zaznaczać nacieczenie; ciepłota, która dotychczas była prawidłowa, podniosła się; bliźna na miejscu wylotu kuli „zaogniła się“, aż w końcu pękła i począł przez nią wydobywać się kał, z początku ze znaczną domieszką ropy. Nacieczenie dołu biodrowego zmalało; wreszcie po miesiącu owa kostna przetoka kałowa zamknęła się bez żadnego zabiegu operacyjnego.

C. Lewenstern,

młodszy lekarz Chabarowskiego lazaretu miejscowego.



## WIADOMOŚCI DROBNE.

— Leczenie ozeny kollargolem. Opierając się na swych spostrzeżeniach, ROONES w 4-ch przypadkach ozeny zaleca insuflacye z kollargolu 0,4 z dodatkiem 10,0 *Sacchari lact.* Insuflacye należy wykonywać po poprzedniem zwilżeniu (*Nasendouche*) i następnem osuszeniu błony śluzowej nosa zapomocą waty w ciągu pierwszych 10-u dni po dwa razy dziennie, w ciągu zaś następnych 8-u dni jeden raz dziennie.

(*Arch. internat. d'otol. etc. 1904. s. 130*).

— Krwotok śmiertelny po usunięciu wyrosli adenoidalnych opisuje BURGER u 11-letniego chłopca. Dziecko było chore na białaczkę, o której dotychczas niema wzmianki w literaturze, aby mogła wywołać podobne powikłanie przy operacji. Od tego czasu bada autor każde dziecko na objawy białaczki przy kwalifikowaniu go do operacji. Wogóle śmiertelne krwotoki po operacji wyrosli adenoidalnych są rzadkie.

Na 28 przypadków uporczywych krwotoków 14 było u dzieci starszych ponad lat 15, z czego wynika, że z wiekiem niebezpieczeństwo ciężkiego krwotoku wzrasta, co autor objaśnia większem napięciem tkanek w starszym wieku. W literaturze są podane różne przyczyny krwotoków po operacji wyrosli adenoidalnych, a mianowicie: sprawy zapalne, *menses*, niezachowanie należytego spokoju po operacji, różne uszkodzenia miejsc blizkich jamy nosowo-gardzielowej i t. p. Pozostałe resztki tkanki adenoidalnej po nienależycie wykonanej operacji wyrosli autor uważa za najczęstszą przyczynę takich krwotoków. Rodzaj narzędzia, użytego do operacji, podług autora nie odgrywa w danym razie żadnej roli.

(*La Presse oto-laryngologique. 1904*).

W. Polański.

— Leczenie krwotoku z nosa (*epistaxis*). Po omówieniu we wstępie zwykłych środków, używanych przy krwotokach nosowych i znanych każdemu, RÉTHÉ opisuje przypadek uporczywego krwotoku nosowego, którego niczem nie można było zatamować. R. przy pomocy ostrej łyżeczki usunął krwawiącą błonę śluzową na przestrzeni 1 cm. sz. i przypalił następnie to miejsce *ac. trichloracetico*. Krwawienie ustało. Tę samą metodę autor stosował jeszcze w 2-ch przypadkach uporczywego krwotoku nosowego z dobrym skutkiem. Z 3-ch wzmiankowanych chorych 2-ch miało wybitną *arteriosclerosis*, a jeden cierpiał na *cirrhosis hepatis*.

(*Wiener med. Wochenschr. 1904. N. 11*).

Wacław Polański.

## Wiadomość bieżąca.

— W d. 6, 7, 8-ym b. m. odbywały się w Warszawie narady Towarzystwa Hygienicznego z delegatami oddziałów prowincjonalnych; wśród tych ostatnich znaleźli się nie tylko lekarze ze wszystkich miast gubernialnych, z miast powiatowych, z różnych osad, lecz i inni przedstawiciele intelligencji prowincjonalnej, jak oto: księża, inżynierowie, adwokaci i t. d.; przybyło też paru prezydentów miast i kilku burmistrzów miasteczek. Główny referat, postawiony na porządku obrad, dotyczył „ogólnego planu zabiegów Tow. Hyg. w celu uzdrowotnienia miast prowincjonalnych”. Referat ten przygotował prezes Tow. kol. J. POLAK, wydrukował go w 1-ym N-rze „Zdrowia“ z r. 1905 i w odbitkach rozdał uczestnikom narad.



W d. 6-ym b. m., w 1-ym dniu narad, pierwszy przemawiał kol. JÓZEF JAWORSKI, jako korreferent „najpilniejszej sprawy w programie społecznym“.

Zaznaczywszy w zarysie historycznym, że nasze miasta w dawnej Polsce posiadały samorząd, mówca szczegółowo rozpatrywał przyczyny, z powodu których nasze miasta i miasteczka powstrzymane są na drodze rozwoju ekonomicznego, kulturalnego, a tem samem pozbawione najprostszycch urządzeń higienicznych. Najważniejszą przyczyną tego jest system zarządzania miastami, w swem założeniu biurokratyczny, wyłącznie rozkazujący. Magistraty nie posiadają żadnej samodzielności. Wynikiem tego bywa sposób prowadzenia spraw, które niekiedy ciągną się lata całe i w dodatku, wskutek niezatwierdzenia przez urzędy centralne, pozostają bez wyniku.

Gospodarka finansowa prowadzona jest wbrew zasadom wszędzie przyjętym. Wielkie miasta Europy posiadają milionowe długi, ale zarazem wysmienite urządzenia, nasze miasta, a nawet niektóre miasteczka, mają duże zapasowe kapitały, lecz ludność ich pozbawiona jest wszystkiego, co stanowi fizyczną i duchową potrzebę oświeconego człowieka. Przeszło 3 miliony kapitału zapasowego naszych miasteczek leży bez procentu całe lata, a żaden z magistratów nie ośmielił się podjąć kwestyi dochodów od kapitałów. Te martwe kapitały wobec najżywniejszych i naglących potrzeb ludności miejskiej—to żywy przykład bezczynności i obojętności urzędów miejskich, które nie są instytucjami społecznymi. Brak odpowiednich jakościowo i ilościowo sił do gospodarowania sprawami miejskimi oraz kontroli ze strony ogółu nad prowadzeniem tych spraw powiększa groźbę stosunków zdrowotnych prowincyi. Tylko powołanie na zasadzie wyborczej szerszych warstw społeczeństwa do udziału w zarządzie i pracy nad podniesieniem z upadku naszych miast i miasteczek, słowem—zaprowadzenie samorządu miejskiego, zdaniem mówcy, będzie środkiem skutecznym na ten oplakany stan obecny. Referat swój kol. JAWORSKI zaopatrzył w liczne jaskrawe przykłady sposobu prowadzenia spraw i gospodarowania, a także w dane porównawcze cyfrowe, odnośnie miast Cesarstwa i Syberyi, posiadających samorząd, z których wynika, że w miastach z samorządem na potrzeby fizyczne i duchowe ludności od 5-u do 7-u razy więcej bywa wydatkowane, niż w miastach polskich, gdzie samorządu niema.

Po ożywionych rozprawach postawiono wniosek, że Rada Warsz. Tow. Higienicznego ze względu na stosunki zdrowotne naszych miast i miasteczek, wypracuje odpowiedni memoriał o potrzebie wprowadzenia samorządu i przedstawi go władzy.

— Porządek dzienny posiedzeń Rady Towarzystwa Higienicznego z delegatami oddziałów prowincjonalnych był następujący:

Dnia 6-go stycznia 1905 r. o godzinie 11-iej zrana i o godz. 4½ po południu;

Ogólny plan zabiegów Towarzystwa Higienicznego w celu uzdrowotnienia miast prowincjonalnych. Referent J. POLAK, korreferent J. JAWORSKI. [Uprasza się o odczytanie przed posiedzeniem rozprawy p. t. „Najpierwsza sprawa w programie społecznym“, umieszczonej w numerze 1-ym „Zdrowia“ 1905 r.]

Dnia 7-go stycznia o godz. 11-iej zrana:

1) O urządzeniu i dalszem prowadzeniu Muzeum higieny ludu w Częstochowie. Referent K. RAKOWIECKI.

2) O wystawach higienicznych na prowincyi wogóle i w szczególności o wystawach ruchomych. Ref. L. WERNIC.

3) O rozpowszechnianiu ochron. Ref. K. CHEŁCHOWSKI. Korreferent M. ROSZKOWSKI.

4) O rozpowszechnianiu kąpieli wśród ludu. Ref. K. CHEŁCHOWSKI.

5) O prowadzeniu kąpieli zimą i latem dla dzieci szkół miejskich. [Referent Oddziału Kaliskiego].

Dnia 7-go stycznia o godz. 4½ po południu:

Rozprawy nad organizacją oddziałów:



- a) O wydziałach i delegacyach Towarzystwa do spraw poszczególnych kategorii. Ref. Prezes Rady.
  - b) O możliwie jednolitej organizacji działalności oddziałów prowincjonalnych. Ref. K. CHEŁCHOWSKI.
  - c) W sprawie obierania członków honorowych Towarzystwa. Referent Prezes Rady.
  - d) O zjazdach higienicznych w miastach gubernialnych i innych. Ref. oddziału Lubelskiego.
  - e) O działalności oddziałów prowincjonalnych w miastach małych. Referent L. WERNIC.
  - f) O specjalnych delegacyach w celu szerzenia zamięłowania do higieny wśród ludności żydowskiej. Ref. L. WERNIC.
- Dnia 8-go stycznia o godz. 11-ej zrana:
- 1) Walka z gruźlicą. Referent A. SOKOŁOWSKI.
  - 2) Walka z chorobami wenerycznymi. Referent P. WYSŁOUCH.
  - 3) Walka z alkoholizmem. Referent L. BREGMAN.
- Dnia 8-go stycznia o godz. 4½ po południu:
- 1) O systematycznych badaniach warunków higienicznych kraju. Ref. MACIE-SZA [z Płocka].
  - 2) O rozpowszechnianiu instytucji, zwanej „Kropla mleka”. Referent oddziału Kaliskiego. Korreferent M. ROSZKOWSKI.
  - 3) O rozpowszechnianiu zabaw dziecięcych i kolonii letnich. Referent W. KOZŁOWSKI.
  - 4) O potrzebie wydania podręczników higieny dla ludu i dla ludności fabrycznej oraz o wydawnictwie odczytów popularnych. Referent oddziału Lubelskiego.
  - 5) O uporządkowaniu źródeł wody do picia wobec zagrażających epidemii. Referent MACIE-SZA.
  - 6) O najogólniejszych zasadach pomocy lekarskiej dla ludu.
  - 7) Zatwierdzenie rozpraw w sprawie organizacji oddziałów.

Zaznaczyć musimy inowację wprowadzoną przez zarząd Tow. Higienicznego. Zazwyczaj o każdym zjeździe na kilka tygodni pierwiej znajdują się zawiadomienia z wymienieniem prac, czy kwestyi, mających być na nich rozstrzyganemi, aby tym sposobem zainteresować jak największe koło ludzi i ściągnąć ich jak największą liczbę. O ostatnim Zjeździe lekarze dowiedzieli się dopiero ze sprawozdań w czasopismach codziennych; o pismach lekarskich zapomniano, jak również i o członkach Towarzystwa, którzy otrzymali tylko zaproszenie do wzięcia udziału w składkowej wieczery. Nic dziwnego, iż o Zjeździe podać możemy niewiele więcej nad porządek dzienny, który otrzymaliśmy tylko dzięki uprzejmości jednego z kolegów, nie rękąc nawet czy porządek ten był w zupełności wyczerpany.

— Polskie Towarzystwo Balneologiczne. W sobotę d. 14-gob. m. o godz. 6-ej wiecz. odbyło się w Krakowie w sali wykładowej kliniki wewnętrznej 1-sze walne Zgromadzenie członków polskiego Towarzystwa Balneologicznego, na które przybyli lekarze, jako też właściciele i dyrektorowie zakładów leczniczych. Uczestników zgromadzenia powitał treściwym przemówieniem w imieniu Komitetu prof. dr LUDOMIŁ KORCZYŃSKI, poczem zaprosił na przewodniczącego Zgromadzenia radcę ces. dra EDWARDA KRZYŻANOWSKIEGO z Truskawca. Po odczytaniu listy członków Towarzystwa przystąpiono do wyboru wydziału. Na prezesa Towarzystwa został wybrany prof. dr LUDOMIŁ KORCZYŃSKI, na wiceprezesa hr. JAN POROCKI z Rymanowa, na skarbnika dr MAKSYMILIAN CERCHA z Krynicy, na sekretarza dr ZYGMUNT WĄSOWICZ z Krynicy, na członków wydziału wybrano dra ANDRZEJA CHRAMCA z Zakopanego, dra KAZIMIERZA KADENA z Rabki i dyrektora MAZURKIEWICZA z Iwonicza,



na członków zaś komisji kontrolującej docenta dra IGNACEGO LEMBERGERA i dra JANA REGIECA z Rymanowa.

Na wniosek Komitetu organizacyjnego zamianowało walne Zgromadzenie radcę dworu dra EDWARDA KORCZYŃSKIEGO i dra HENRYKA DOBRZYKIEGO pierwszymi członkami honorowymi Towarzystwa, pragnąc w ten sposób uczcić ich zasługi, położone na polu balneologii polskiej. Resztę porządku dziennego wypełniły obrady nad wnioskami dotychczasowego Komitetu. Między innymi uchwalono poruczyć wydziałowi urządzenie zjazdu balneologicznego i wdrożenie energicznej akcji na polu przemysłowo-ekonomicznem. Po wyczerpaniu porządku dziennego zakończono obrady o godzinie 9-ej wiecz. Zaraz dnia następnego, t. j. 15-go b. m. odbyło się w mieszkaniu prezesa Towarzystwa pierwsze posiedzenie Wydziału, na którym wytknięty został w szczególności kierunek postępowania i prac, mających na celu rozwój balneologii polskiej.

— Dr JAN REGIEC, w lecie lekarz zdrojowy w Rymanowie, z d. 1 stycznia r. b. objął obowiązki lekarza zakładowego w sanatorium „Therapia“ w Cirkwenicy [pod Fiume], dzierżawionego przedtem przez dra EBERSA.

— W październiku r. z. zawiązała się przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem sekcya dermatologiczno-syfilityczna. Protokoły posiedzeń tej sekcji rozpoczynamy drukować w numerze przyszłym.

— Z d. 1 stycznia r. b. zaczął wychodzić w Warszawie „miesięcznik, poświęcony najnowszemu zdobyczom medycyny i farmacyi“ pod tytułem „Nowe leki“ Redaktorem i wydawcą jego jest aptekarz FR. KARPIŃSKI.

— Z Nr. 1-go „Nowin Lekarskich“ dowiadujemy się, iż zamierzone przez nie wydawanie Biblioteki imienia JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO nie dojdzie do skutku. Wyjździe jedynie w przyszłym miesiącu 2-tomowe dzieło „Teorya jestestw organicznych“ ŚNIADECKIEGO, z życiorysem autora i oceną dzieła — za niesłychanie niską cenę 3 marek.

— Słownik lekarski polski w wydaniu krakowskiem w końcu b. m. będzie już wypuszczony z pod tłoczni drukarskiej.

— Za przykładem paryskiego biura informacyjnego (*bureau de renseignements*) w Sorbonie [o którym donosiliśmy w r. z.], zostało założone i w Berlinie przy uniwersytecie „*Akademische Auskunftsstelle*“, w którym przybywający do Berlina na studia, mogą otrzymywać bezpłatnie wszelkich objaśnień, żądanych ustnie lub piśmiennie. Biuro to, funkcjonujące w gmachu uniwersytetu, otwarte jest codziennie od godz. 10—1 $\frac{1}{2}$  i od godz. 6 $\frac{1}{2}$ —7 $\frac{1}{2}$ .

— Na wyspie Maderze w Funchal otwarty został pierwszy niemiecki zakład leczniczy, zbudowany przez ks. HOHENLOHE na wysokości 300 metrów na 60 osób.

— W Wiedniu zaczął wychodzić miesięcznik „*Zeitschrift für Eisenbahnhygiene*“.

— Londyńskie „*Royal medical and surgical Society*“ obchodzić będzie w maju r. b. setną rocznicę założenia.

— Następcą MAREY'a w *Collège de France* w Paryżu na katedrze „Historji naturalnej istot organizowanych“ wybrany został jednogłośnie były asystent zmarłego fizyologa i przez długie lata jego zastępca, FRANCOIS-FRANCK, dobrze znany z prac swoich z dziedziny fizjologii doświadczalnej.

— Zmarł w Warszawie w 56 r. życia dr KONRAD ZAWISZA.