

GAZETA LEKARSKA.

I. O OBJAWACH, WYSTĘPUJĄCYCH POD WPLYWEM ELEKTRYCZNEGO PODRAŻNIENIA

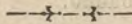
CIAŁKA PRAŻKOWANEGO I WZGÓRKA WZROKOWEGO.

[Według wykładu, mianego w Towarzystwie Lekarskiem we Lwowie dnia 23 grudnia 1898].

Podał

Prof. Dr J. Prus,

dyrektor Instytutu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Lwowskiego.



Rozpatrzywszy się w pracach, omawiających wyniki elektrycznego podrażnienia ciała prążkowanego (*corpus striatum*) i wzgórka wzrokowego (*thalamus opticus*), musimy wyrobić sobie to przekonanie, że pytanie, czy te zwoje podstawowe mózgu można pobudzić prądem elektrycznym, nie jest właściwie jeszcze do tej pory rozstrzygnięte. Podczas gdy jedni dowodzą, że po zastosowaniu prądu elektrycznego na ciało prążkowane lub wzgórek wzrokowy występują pewne objawy, zwłaszcza ruchowe, inni wątpią w pobudliwość tychże zwojów.

Do przedsięwzięcia badań w tym kierunku zachęciła mnie nie tylko powyższa sprzeczność zdań, lecz także ta okoliczność, że w pracy mej nad padaczką korową ¹⁾ wyłoniły się pytania, których rozwiązanie wymagało należytego zbadania objawów, występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia zwojów podstawowych mózgu i wzgórek czworaczych.

Prace o wzgórkach czworaczych ²⁾ ogłosiłem w „Przeglądzie Lekarskim“ 1899 r.; tu zaś przedstawię wyniki swych badań nad zwojami podstawowymi mózgu, podając najprzód opis metody badania.

Celem odsłonięcia ciałek prążkowanych i wzgórek wzrokowych u psa postępowalem w sposób następujący. Zdjąwszy przy pomocy trepanu i nożyce

¹⁾ PRUS. „O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej“. Przegl. Lek. 1898. Nr 34 i 45 oraz Wiener klin. Woch. 1898. Nr 38.

²⁾ PRUS. „O objawach, występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórek czworaczych“. Przegl. Lek. 1899.

kostnych sklepienie czaszki, nacinałem oponę twardą mózgu tak po prawej, jak po lewej stronie mniej więcej 1 ctm. od linii środkowej ciała wzdłuż zatoki podłużnej, unikając starannie jej otwarcia. Następnie przewlekałem pod wspomnianą zatokę przewiązkę przy pomocy stosownie zgiętego haczyka, a podwiązawszy w dwóch miejscach zatokę podłużną opony twardej, przecinałem pomiędzy obiema przewiązkami ściany zatoki. Przez rozsunięcie obu podwiązanych końców zatoki odsłaniałem spoidło wielkie mózgu. Cięcia, poprowadzone przez jedną i drugą półkulę mózgu od linii środkowej ciała ku zewnątrz w płaszczyźnie poziomej na wysokości wielkiego spoidła mózgu, umożliwiało odchylenie nadciętej górnej części półkuli tak, że *centrum semiovale Vieussenii* było widoczne. Krwawienie zazwyczaj dość obfite tamowałem watą, napojoną sześćochlorkiem żelaza. Przez ostrożne poprzeczne nacięcie spoidła wielkiego otwierałem komorę środkową i komory boczne i odsłaniałem w ten sposób należycie ciałka prążkowane i wzgórki wzrokowe.

Wśród badań posługiwałem się wyłącznie bodźcami elektrycznymi, a mianowicie prądem przerywanym. Wszelkie objawy ruchowe, występujące podczas drażnienia, mogłem śledzić dokładnie dzięki przymocowaniu zwierzęcia do stolika KLEBS'a, badając równocześnie zachowanie się oddechania i parcia krwi przy pomocy odpowiednich przyrządów i kimografu. Doświadczenia wykonywałem na psach różnej wielkości, wieku i rasy i to najczęściej bez usypiania zwierząt ze względu na kierunek badań.

Ciałko prążkowane.

Z liczby autorów, którzy przypisują ciałku prążkowanemu pewną pobudliwość, wymienić należy w pierwszym rzędzie HRTZIG'a (*Untersuchungen über das Gehirn. 1874*). Zauważył on po zadrażnieniu ciałka prążkowanego za pomocą elektrod, wklutych przez *fissura frontalis*, silne skurcze mięśni tułowia i kończyn po przeciwległej stronie ciała obok słabych skurczów mięśni po stronie drażnienia.

BURDON-SANDERSON (*Medic. Centralblatt. 1874. Notiz über die directe elektrische Reizung des Corpus striatum*) spostrzegał podczas faradycznego drażnienia ciałka prążkowanego u kota skurcze mięśni po przeciwnej stronie i to nawet już pod wpływem słabszych prądów w porównaniu do tych prądów, jakie są potrzebne do skutecznego podrażnienia kory mózgowej.

CARVILLE i DURET (*Archiv de physiol. norm. et pathol. 1875*) przypisują jądra ogoniastemu (*nucleus caudatus*) pewną pobudliwość.

JOHANNSEN (*Ein experimenteller Beitrag zur Kenntniss der Ursprungsstätte der epileptischen Anfälle. Inaug. Dissert. Dorpat. 1885*) stwierdził, że faradyczne podrażnienie jądra soczewkowatego (*nucleus lentiformis*) u psa sprowadza tężcowy kurecz, trwający dłużej, niż drażnienie, a mianowicie najprzód kurecz tężcowy po stronie przeciwległej, a później po tej samej stronie ciała z następowymi skurczami klonicznymi. Siła prądu była tego rodzaju, że na języku wywoływał prąd wyraźne uczucie. Dość często zauważył ślinienie oraz oddawanie stolca i moczu wśród takiego napadu. Czasem ponawiały się tego rodzaju napady [które, zdaniem JOHANNSEN'a, nie różnią się od napadów padaczki

korowej] samoistnie tak, że można było mówić o tak zwanem „*status epilepticus*“. W jednym doświadczeniu ponowiło się samoistnie 25 napadów padaczkowych. Najwybitniejsze napady padaczkowe mógł wywołać JOHANNSEN przez podrażnienie miejsca na granicy między przednią a środkową trzecią częścią komory bocznej, jeżeli elektrody wkłuł na $\frac{1}{2}$ ctm. wgłąb ciała prążkowanego tak, że elektrody sięgały do jądra soczewkowatego, a mianowicie do części wewnętrznej i środkowej tegoż jądra. Gdy tylna część jądra soczewkowatego była siedzibą drażnienia, zdarzały się czasem niezupełne napady kurczowe, przyczem jedna tylko połowa ciała lub nawet tylko pewne grupy mięśni drgały po zaprzestaniu drażnienia.

Przez podrażnienie jądra ogoniastego (*nucleus caudatus*) mógł JOHANNSEN tylko wtedy wywołać podobny napad, jeżeli użył znacznie silniejszych prądów, wobec czego prawdopodobnem było uboczne podrażnienie jądra soczewkowatego. W jednym tylko doświadczeniu udało mu się wywołać ogólne kurcze tężcowe przez podrażnienie pewnego punktu powierzchni jądra ogoniastego bardzo słabym i krótko trwającym prądem przerywanym. Drażnienie innych miejsc jądra ogoniastego prądem o tej samej sile nie wywoływało żadnych ruchów.

FERRIER (*Die Functionen des Gehirns*. 1879) stwierdził, że podrażnienie jądra ogoniastego sprowadza tężcowy skurcz wszystkich mięśni ciała po przeciwległej stronie i *pleurosthotonus*.

ZIEHEN (*Zur Physiologie der infracorticalen Gangliën und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall*. *Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten*. T. XXI. 1890. S. 863) zauważył, że pod wpływem faradycznego podrażnienia jądra ogoniastego u królika prądem średniej siły występują następujące objawy: ruchy żucia (*masticatio*), przelotne drgania zwieracza oka lub mięśni pyszczka i rozstawienie palców przedniej łapy. Objawy tę występują głównie po stronie przeciwległej, jakkolwiek pojawiają się także równocześnie po stronie drażnienia, lecz w stopniu znacznie słabszym. Boczne części jądra ogoniastego można pobudzić słabszymi prądami, niż części przyśrodkowe. Tężcove rozstawienie łap przednich wywołać można najłatwiej przez podrażnienie przedniej części jądra ogoniastego. Jeżeli elektrody wkłuł wgłąb ciała prążkowanego, to pojawił się po upływie 30—40 sekund [przy 15 ctm. oddaleniu węzownicy] ogólny tężcowy kurcz, głowa zwracała się ku stronie przeciwległej, oko przeciwległe zamykało się, kąt ust po stronie przeciwległej zbaczał w tę stronę z powodu tężcowego skurczu odpowiednich mięśni, przednie łapy wyprężały się tężcowo [kurczowo] ku przodowi, tylne zaś łapy były przyciągnięte kurczowo do brzucha. Te kurcze tężcove były zawsze silniejsze po stronie przeciwległej. W chwili, w której usunięto elektrody, znikaly kurcze, zwierzę zaś krzyknęło zwykle kilka razy i wykonywało kilka skoków ku przodowi. Ponieważ tego rodzaju kurcze tężcove pojawiają się po zadrażnieniu białej substancji mózgu, po poprzednim wycięciu szarej substancji korowej, przeto sądzi ZIEHEN, że powyższe objawy, spostrzegane podczas drażnienia ciała prążkowanego, wytłómaczyć należy zadrażnieniem torebki wewnętrznej (*capsula interna*) prądami ubocznymi. Odosobnione podrażnienie

jądra soczewkowatego jest prawie niemożliwe. Po wkluciu elektrod wgląd jądra soczewkowatego pojawiają się te same objawy, jak poprzednio opisane, a więc i w tym przypadku, zdaniem ZIEHEN'a, prądy udzielają się torebce wewnętrznej. Po usunięciu kory mózgowej z całej sfery ruchowej nie zauważył ZIEHEN nigdy podczas drażnienia jądra soczewkowatego prądami średniej siły tężcowo-klonicznych kurczów trwających dłużej, niż drażnienie, jak to JOHANNSEN podaje.

Na podstawie swych badań sądzi ZIEHEN, że faradyczne podrażnienie ciała prądkowanego sprowadza tylko przypadkowo, t. j. przy danej sposobności („gelegentlich“), objawy ruchowe, a mianowicie: albo tylko jednorazowy skurez, albo też tężcowe kurcze nie trwające dłużej, niż drażnienie. Objawy te ruchowe odpowiadają, zdaniem ZIEHEN'a, w zupełności tym kurczom, jakie się pojawiają pod wpływem podrażnienia sąsiednich wielkich dróg ruchowych, przebiegających w torebce wewnętrznej lub pod wpływem podrażnienia kory w sferze ruchowej. Ruchy żucia i drgania w mięśniach nerwu twarzowego stanowią może wyjątek.

Zastęp autorów, twierdzących, że ciała prądkowanego nie można wcale pobudzić prądem elektrycznym, jest dość liczny. Zdanie to wypowiedzieli: GLICKI, ECKHARD, BRAUN, SOLTMAN, FRANCK, PITRES, COUTY, ROSENTHAL, MINOR, BECHTEREW i inni. Zdaniem BECHTEREW'a (*Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark. 1899. str. 440*), mają doświadczenia MINOR'a tem większe znaczenie z powodu, że MINOR sprowadził najprzód zwyrodnienie dróg piramidalnych przez poprzednie zniszczenie kory w sferze ruchowej, a wyłączywszy w ten sposób uboczne drażnienie dróg piramidalnych, drażnił jądro ogoniaste.

Wobec tego, że drażnienie jądra ogoniastego w tych warunkach nie wywoływało żadnego objawu, sądzi MINOR, że ciała prądkowanego nie można wcale pobudzić prądem elektrycznym. BECHTEREW również miał się przekonać o zupełnej niepobudliwości jądra ogoniastego, przynajmniej podczas stosowania prądów o średniej sile w doświadczeniach, wykonanych w sposób do poprzedniego podobny. BECHTEREW dodaje, że ze spestrzeżeń MAGENDI'ego, SCHIFF'a i NOTHNAGEL'a, którzy po zniszczeniu ciała prądkowanego a względnie jądra ogoniastego widzieli pewne ruchy przymusowe, zdaje się wynikać, że istnieje jakiś związek między ciałkiem prądkowanym a zbornością ruchów w akcie biegania i chodzenia. W końcu wspomina BECHTEREW, że w nowszych czasach zwrócono uwagę na wpływ ciała ogoniastego na unerwienie naczyń, albowiem podrażnienie jądra ogoniastego sprowadza zwężenie naczyń po stronie przeciwległej ciała.

Co się tyczy wpływu ciała prądkowanego na parcie krwi, akcję serca i oddechanie, to DANILEWSKI [Badania nad fizjologią mózgu. Moskwa 1876. po rosyjsku] zauważył, że wśród drażnienia ogona (*cauda*) ciała prądkowanego i przylegającej białej istoty podnosi się parcie krwi, tętno z początku przyspiesza się, później zaś się zwalnia, a oddech najczęściej się zwalnia, czasem zaś wstrzymuje się zupełnie.

LANDOIS (*Lehrbuch der Physiologie*. 1896. str. 293) podaje, że według OPENCHOWSKIEGO znajduje się w ciałku prążkowanym ośrodek dla otwierania wpustu żołądka (*cardia*) i że drogą przewodzenia jest nerw błędny.

Ze względu, że w doświadczeniach swych posługiwałem się tylko bodźcami elektrycznymi, pomijam opis objawów, jakie zauważono pod wpływem mechanicznego podrażnienia ciałka prążkowanego. Z tego też powodu nie przedstawiam rzeczy, dotyczącej tak zwanego „*nodus cursorius*“ NOTHNAGEL'a, ani też doświadczeń ARONSOHN'a i SACHS'a rad wpływem zranienia ciałka prążkowanego na podwyższenie ciepłoty. [C. d. n.]

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

II. NIEDOROZWÓJ PSYCHICZNY I JEGO STOSUNEK

DO RÓŻNYCH KATEGORYI ZBOCZEŃ MOWY.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 23 września r. b.

przez

D-ra Władysława Oltuszewskiego.

— † — † — † —
[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 43].

Spoleczne znamiona skierowane są do dwu zasadniczych czynników porządku społecznego: poszanowania jednostki i własności. Między zwyrodniałemi niższego rzędu znajdujemy tak istoty antyspołeczne [kryminaliści, włóczęgi], jako też i niespołeczne [idyoti].

Co się tyczy hierarchicznego znaczenia znamion, to znamiona anatomiczne, będące dowodem najdalej posuniętych zaburzeń i objawem braku równowagi odżywczej, posiadają najbardziej decydujące znaczenie. To też głuptak oraz zacofany dźwigają mniejszy ciężar zwyrodnienia, aniżeli właściwy idyota, nie tylko ze stanowiska anatomicznego, lecz fizyologicznego i psychicznego.

Przechodzę do objawów niedorozwoju psychicznego. Do objawów fizyologicznych ze strony układu nerwowego należą wszelkiego rodzaju bezwładny, płasawica lub atetoza, padaczka, somnambulizm oraz napady ekscytacji i depresji. Daleko ważniejsze objawy psychiczne zmieniają się odpowiednio do tego, czy mamy do czynienia z idyotą zupełnym, czy z niezupełnym głuptakiem lub zacofanym.

U idyoty zupełnego, pomimo nienaruszonych zmysłów, z powodu braku percepcji niema wrażeń zmysłowych, a więc pamięci i najelementarniejszej uwagi, uczuć zmysłowych [przyjemność, przykrość], oraz brak najprostszych instynktów, jak zdolności do jedzenia, instynktu samozachowawczego [przyj-

mowanie pokarmów, unikanie niebezpieczeństw], do ruchów, oraz płciowego ¹⁾. Upośledzoną percepcyę u idyoty zupełnego, objawiającą się brakiem odczuwania rozciągłości, upośledzeniem zmysłu smaku i powonienia, czucia dotykowego i bólu, osłabieniem czucia mięśniowego [powodującego brak popędów do ruchów], zmniejszeniem czucia ogólnego, jak głód, pragnienie lub narządów [brak działania zwieraczy], objaśniamy sobie wyżej podanemi zmianami makroskopijnemi lub mikroskopijnemi tkanki mózgowej ²⁾. Tego rodzaju dzieci nie rozpoznają, nie wyróżniają i nie mają żadnych wyobrażeń. W niektórych tylko przypadkach pojedyncze ośrodki zmysłowe są względnie dobrze rozwinięte, a tak zwani ruchowcy nawet przy zupełnym upadku sfery umysłowej wczesnie zaczynają chodzić, oraz posiadają zdolność do różnych innych ruchów, jak do ubierania się, nabywania mowy [rozumie się automatycznej], inni znów mają wyrafinowany węch lub zdradzają pewne zamiłowanie do muzyki. Uzdolnienia te, odbywające się poniekąd odruchowo zawsze w jednym kierunku, objaśniamy sobie czynnością stosunkowo zdrowych okolic mózgu. Często też u idyotów zupełnych spotykamy, trudno dające się objaśnić, perwersye pewnych zmysłów, jak smaku, węchu, słuchu i t. d.

Idyoci niezupełni przedstawiają różne kategorie, poczynając od dzieci z zachowanymi tylko instynktami, a kończąc na wyraźnych śladach zdolności intelektualnych, czuciowych i ruchowych [woli]. Ponieważ u tego rodzaju dzieci percepcya odbywa się mniej lub więcej prawidłowo, oraz istnieje elementarna pamięć, mają więc miejsce najprostsze kojarzenia zmysłowe [rozpoznawanie, wyróżnianie], oraz elementarne uczucia zmysłowe, łączące się z przyjemnością lub przykrością. Wogóle jednak z powodu bardzo osłabionej pamięci i uwagi cztery zasadnicze czynności inteligencji, jak: zdobywanie wyobrażeń, utrzymywanie ich przy pomocy pamięci, oraz kojarzenia zdobytych wyobrażeń, są upośledzone, sądy i wnioski osłabione i po większej części fałszywe, a produkcya wyobrażeń [wyobraźnia] prawie żadna. Wyższe procesy umysłowe, jak: porównywanie, uogólnianie, odbywają się zazwyczaj przez długi czas tylko w granicach zmysłowego poznania, zanim zdołają wznieść się choćby do poziomu pojęć niższych. Daleko jeszcze trudniejsze do zdobycia są pojęcia abstrakcyjne, jak pojęcie ruchu [czas, zjawiska], formy, liczby, wielkości, barwy, dźwięku, własności poznawanych dotykiem i t. d. Z uczuć wyższych [egoistycznych] mają miejsce: bojaźliwość, radość [najczęściej na widok pokarmów] gniew, złość, rzadziej wstyd i zdziwienie. Uczucia sympatyczne, jak: przywiązanie do rodziców lub osób pielęgnowujących, przyjaźń i t. d., są słabo wyrażone.

¹⁾ Podane powyżej przy znamionach niedokładności anatomiczne i fizyologiczne, w szczególności wzroku, lubo obniżają poniekąd sferę umysłową, przy istnieniu jednak prawidłowej percepcyi, a więc zdrowej tkanki mózgowej, nie mogłyby same przez się powodować idyotyzmu. Tak np. zez, *nystagmus* tylko do pewnego stopnia mogą upośledzać nabywanie wyobrażenia rozciągłości, gdyż wiadomo, że do zdobycia tego pojęcia, oprócz złożonych ruchów konwergencyi i akomodacyi, nieodzowne są jeszcze pewne sprawy umysłowe, jak pojęcie przyczynowości, zdolność do porównywania i t. d.

²⁾ Upośledzenie percepcyi u idyotów zupełnych tłumaczy sobie J. Voisin brakiem myelinizacyi włókien ośrodków zmysłowych.

Zupełnie niedostępne dla tego rodzaju dzieci są uczucia etyczne [poczucie dobra i zła, sprawiedliwości, własności, prawdomówności, obowiązku i t. d.], religijne [pojęcie o Bogu], oraz estetyczne i intelektualne. Wola we właściwym znaczeniu, z wyjątkiem niższych jej stopni, mianowicie instynktu [samozachowawczy, do obrony i t. d.], oraz popędu, ograniczającego się zwykle do zmysłowych pożądań nieraz patologicznych, bardzo słabo jest rozwinięta. Idyoci niezupełni późno zaczynają chodzić, odznaczają się niezgrabnością ruchów, oraz często zanieczyszczają się. Naśladownictwo, stanowiące jeden z wyższych stopni woli i odgrywające ważną rolę w rozwoju życia umysłowego, z wyjątkiem u ruchowców bywa zazwyczaj upośledzone. W ruchach z namysłem, jako wynikiem samodzielnego rozważania, wola dosięga swego najwyższego stopnia—czynu dowolnego. Wola w tem znaczeniu u tego rodzaju idyotów ogranicza się jedynie do zaspokajania instynktów i popędów. O ile idyota niezupełny niewątpliwie posiada temperament [wrodzone usposobienie uczuciowe], o tyle charakter jego bywa zaledwie zaznaczony, jako przytępienie uczuć, łatwowierność, niestałość, oraz słaba wola.

Ponieważ u głuptaka percepcye odbywają się jeszcze prawidłowiej, aniżeli u idyoty, pomienione więc wyżej cztery zasadnicze czynności inteligencji dochodzą tu do daleko wyższego stopnia. Z powodu dość słabej pamięci, w szczególności zaś nietrwalej uwagi, lubo zdobywanie wyobrażeń, rozumie się konkretnych, odbywa się w sposób mniej więcej prawidłowy, utrzymanie ich jednak w umyśle jest zbyt powierzchowne, a z tego względu kojarzenia, oraz wszelkie wyższe czynności psychiczne, jak: porównywanie, uogólnianie, sądy, oraz wnioski, odbywają się w sposób powierzchowny lub fałszywy. Produkcya wyobrażeń, nie istniejąca prawie u idyotów, nie tylko ma miejsce u głuptaka, ale nawet często bywa wzmozona. Szkoda jednak, że bardzo rzadko odnosi się ona do rzeczy pożytecznych. Z powodu nietrwalej uwagi głuptak jest niezdolny do systematycznej pracy i pod tym względem stoi niżej idyoty, którego można przynajmniej nakłonić do pewnego rodzaju automatyzmu. Sfera uczuciowa przedstawia się również inaczej, niż u idyoty. Niektóre np. z uczuć egoistycznych, jak: skłonność do gniewu, gwałtowność, zarozumiałość i próżność, są bardzo silnie wyrażone. Uczucia sympatyczne wyzyskuje głuptak jedynie w celach egoistycznych, a o przywiązaniu; życzliwości, litości i t. d., nie ma często żadnego wyobrażenia. Uczucia etyczne są najczęściej spaczone, a religijne, estetyczne i intelektualne prawie niedostępne dla jego umysłu. W dziedzinie woli należy zaznaczyć wspomniane już przewrotne instynkty lub popędy patologiczne. Ruchy głuptaków są po większej części niezgrabne, późno zaczynają chodzić i często nie potrafią nic koło siebie samodzielnie zrobić. Naśladownictwo, lubo zachowane, bywa jednak zazwyczaj upośledzone. Czyny dowolne występują daleko wybitniej, aniżeli u idyotów. Co się tyczy charakteru, to głuptak jest egoistą, niestały w myślach i czynach, lekkomyślny, trywialny, często z brakiem zmysłu moralnego, a natomiast z przewrotnymi instynktami. Obawia się on tylko kary, a odważny bywa jedynie wskutek nieświadomości.

O dzieciach umysłowo słabych [zacofanych] możemy tylko to powiedzieć,
GAZ. LEK. NR. 44.

że są one dobrze obdarzonymi głuptakami, posiadają więc prawie zawsze pewne ukryte ich cechy.

Do działu idyotyzmu, zależnego od zatrucia pewnymi substancjami, należy głównie kretyn i idyota myksedematyczny. Obaj, lubo również są zwyrodniali zarówno pod względem anatomicznym, fizyologicznym, jak i psychicznym, należą jednak do właściwego idyotyzmu tylko pośrednio, gdyż brak tu w mózgu wszelkich zmian patologicznych, a najprawdopodobniej mamy do czynienia ze złem odżywianiem komórek mózgowych. Zależy ono przy kretynizmie od jakiejś szkodliwej substancji, wydzielającej się z nadmiernie powiększonego gruczołu tarczowego, przy myksedemacie zaś od braku tegoż gruczołu i nieodzownych dla organizmu jego wydzielin. Słuszność ostatniego zapatrywania stwierdza obserwacja kliniczna, a mianowicie znaczna poprawa tego zбочenia przy podawaniu gruczołu tarczowego, oraz pogorszenie, występujące z chwilą zaprzestania użycia tego środka. Z punktu widzenia rozwoju władz duchowych mamy tu różne stopnie, zarówno jak i we właściwym idyotyzmie. Kretynizm objawia się od urodzenia i charakteryzuje się powiększeniem woli, idyotyzm zaś myksedematyczny zjawia się dopiero od drugiego roku i przejawia się zanikiem gruczołu tarczowego oraz pewnymi zmianami skóry (*pachydermia*).

Zбочenia mowy, które zaliczam do znamion zwyrodnienia, należą do najważniejszych i zarazem najmniej opracowanych psychicznych objawów idyotyzmu, a z tego względu uważam za odpowiednie nieco szczegółowiej je omówić.

Dla należytego zrozumienia nieprawidłowego rozwoju mowy u dzieci z niedorozwojem psychicznym i właściwych jej zбочeń, należy uwzględnić rozwój mowy, podstawę psychofizyologiczną tego rozwoju, oraz stosunek umysłu do mowy u dziecka prawidłowego. Odsyłając po odnoszące się tu szczegóły do prac moich, poświęconych temu przedmiotowi ¹⁾, pozwolę sobie przytoczyć tu tylko w kilku słowach najważniejsze pod tym względem dane. Rozwój mowy u dziecka prawidłowego odbywa się w ten sposób, że najprzód ma miejsce rozumienie mowy, następnie powtarzanie, a dopiero na końcu mowa samodzielna. Co się tyczy doskonalenia mowy, to z początku dziecko mówi oddzielnymi wyrazami bez fleksyi, oznaczającymi cały sąd, przy końcu drugiego roku zjawia się początek fleksyi i występują w niewielkiej ilości zaimki i przysłówki, a dopiero z początkiem trzeciego roku użycie fleksyi coraz więcej się uwydatnia, przybywają spójniki i przyimki, stopniowanie, deklinacja, konjugacja, wreszcie tryby i czasy. Podstawę psychofizyologiczną rozwoju mowy stanowi: pamięć zmysłowa słowna, uwaga oraz zdolność do kojarzeń. Najwcześniej, gdyż około ósmego miesiąca powstający akt mowy—rozumienie wymaga jedynie pamięci słownej, zmysłowej słuchowej pewnego zapasu wyobrażeń konkretnych, oraz zdolności do kojarzenia ich z wyrazami. Z rozwojem woli,

¹⁾ Rozwój mowy u dziecka oraz stosunek tego rozwoju do jego inteligencji. Warszawa 1896. Psychologia oraz filozofia mowy. Warszawa. 1899.

a przede wszystkim naśladownictwa, występuje w końcu drugiego roku zdolność powtarzania, polegająca na licznych świadomych kojarzeniach okolicy słuchowej i ruchowej kory, to jest głosów i szmerów [wyrazów], z odpowiednimi ruchami w narządach artykulacji. Powtarzanie to pozostawia, jak mniemam, ślady w ośrodku skojarzeniowym średnim, które w przyszłości stanowią podstawę dla mowy automatycznej i wspomnień wyrazowych. Podczas formowania się automatyzmu mowy dziecko ma do przewyciężenia bardzo dużo przeszkód zarówno ze strony wytwarzania się różnych dźwięków, utrzymywania w pamięci słuchowej w należyтым porządku całego wyrazu, jako też zdobywania mechanizmu artykulacyjnej ekspiracji i dla tego to powstanie owego automatyzmu mowy łączy się z dużym nakładem pracy intelektualnej dziecka. Mowa samodzielna dla tego występuje później, aniżeli rozumienie i powtarzanie [w końcu drugiego roku], że do tego aktu dziecko musi już posiadać mowę wewnętrzną, to jest zdolność automatycznego wyłaniania na próg świadomości wyrazów i łączenia ich z postrzeżeniami zmysłowemi ¹⁾. Co się tyczy stosunku umysłu do mowy, należy pamiętać, co następuje. Inteligencya stwarza mowę, a nie odwrotnie, gdyż mowa jest tylko jednym z przejawów rozwoju umysłowego, a warunki jej powstania, zarówno jak i sfery psychicznej, są te same: pamięć kojarzenia i wola. Niema identyczności mowy z myślą, gdyż możemy myśleć bez słów. Rozum nasz nie zależy od znajomości słów [nagromadzonych śladów automatycznych], lecz od bogactwa wyobrażeń i pojęć. Niezależnie od tego, przy braku wyrazowego myślenia [mowy wewnętrznej], jak to ma miejsce u małych dzieci przed rozwojem ich mowy i zwierząt, umysł jest w stanie myśleć tylko w granicach przedmiotowego poznania, u dzieci zaś prawidłowych, rozumiejących mowę, a mimo to późno zaczynających mówić, oraz z niemotą ruchową, wznosi się on jedynie do granicy niższych pojęć i zaczątków samowiedzy. W rozwoju więc umysłowym osobnika, oprócz zdolności rozumienia mowy, to jest posiadania pojęć słownych, mowie samodzielnej, a więc istnieniu mowy wewnętrznej, przypisuję niezmiernie ważne znaczenie, gdyż użycie wyrazów, jako znaków, zastępujących doświadczenia zmysłowe, niesłuchanie ułatwia nasze myślenie i przyspiesza rozwój umysłu.

Przytoczone dane z psychologii oraz filozofii mowy stanowią klucz do rozumienia nieprawidłowego jej rozwoju u dzieci z niedorozwojem psychicznym, oraz wszelkich zbocezeń mowy przy zmianach anatomicznych mózgu.

Zastanowimy się najprzód nad nieprawidłowościami w rozwoju mowy, w których nie zmiana anatomiczna w ośrodkach słownych, lecz sam niedorozwój powoduje to lub owo zboczenie. U zupełnych idiotów przy braku percepcyi, a więc spostrzeżeń zmysłowych, nie może nawet być mowy o najłatwiejszym,

¹⁾ To samo *mutatis mutandis* dotyczy aktu czytania i pisania, gdyż i tu początkowo świadomo powtarzane kojarzenie obrazów wzrokowych lub łącznie z niemi pamięci ruchów do pisania z głosowemi pozostawia ślady, zdaniem mojem, również w ośrodku średnim, w następstwie zaś powstający automatyzm służy za podstawę do automatycznych wspomnień tych obrazów.

a zarazem najważniejszym akcie mowy rozumieniu, gdyż niedorozwój łącznie z ośrodkami mowy dotyczy przede wszystkim całego mózgu, jako narządu myśli. Idyoci niezupełni uzdolnieni do zmysłowych spostrzeżeń oraz kojarzeń, wznoszą się już do możności rozumienia mowy [rozumie się w ograniczonych rozmiarach], upośledzenie jednak zdolności umysłowych przeszkadza im do wyrobienia mowy automatycznej, jak wiemy, nieodzwonej przy mowie samodzielnej. To też niekształceni idyoci rzadko przekraczają granicę wygłaszania bełkotliwie pojedynczych słów dla oznaczania swych pierwotnych sądów i na tym stopniu pozostają zazwyczaj w ciągu całego życia. Tylko u niektórych ruchowców, jak już o tem wspominałem, może wytworzyć się bezmyślna gadatliwość, to jest automatyzm mowy, pomimo braku jej rozumienia. U głuptaka prawie zawsze uzdolnionego do rozumienia mowy, jeśli nie zachodzą jakie zmiany anatomiczne w ośrodkach słownych, mowa, lubo późno, może do pewnego stopnia się rozwinąć, najczęściej jednak długo trwająca niemota ruchowa przechodzi w bełkotanie, polegające na wytworzeniu się nieprawidłowego automatyzmu mowy, a więc mowie niezrozumiałej. Bełkotanie to, pozostawione bez leczenia, przeciąga się zwykle do okresu przedszkolnego, a nawet i później, pozabawiając dzieci możności prawidłowego kształcenia ich umysłu. Nakoniec u dzieci zacofanych mowa rozwija się również bardzo późno, a ustępująca niemota przechodzi zwykle w bełkotanie, ewentualnie wadliwe wymawianie.

Przechodzimy do przypadków niedorozwoju psychicznego, gdzie łącznie z nim występuje zmiana anatomiczna w ośrodkach mowy lub wadliwe ukształtowanie narządów artykulacji. Tu należy przede wszystkim cały szereg niemoty ruchowej. Przytrafia się ona najczęściej przy tak zwanych porażeniach mózgowych wieku dziecięcego, w których, nawet mimo względnie rozwiniętej sfery umysłowej, dzieci takie bez odpowiedniego leczenia pozostają nie-mie lub mówią bełkotliwie do okresu szkolnego, a nawet później. Tu także należy głuchota wyrazowa wskutek upośledzenia pamięci słownej zmysłowej, rzekomo znacznie pogarszająca umysłowe upośledzenie tego rodzaju dzieci. Do tejże kategorii zaliczamy również bełkotanie, biorące swe źródło w ustępującej niemocie, mowę nosową, łączącą się z ustępującą niemotą ruchową, lub zależną od skrócenia podniebienia twardego, oraz wadliwe wymawianie, uwarunkowane ustępującem bełkotaniem lub różnymi organicznymi zmianami w narządach artykulacji. Jąkanie może występować na różnych stopniach niedorozwoju psychicznego, najczęściej jednak przytrafia się u głuptaka i zacofanego.

Rozpoznawanie niedorozwoju psychicznego opiera się na zebraniu wywiadów zarówno odnośnie do rodziny, jak i samego chorego, wyglądzie zewnętrznym, zachowaniu się, oraz dokładnem zbadaniu sfery umysłowej. Co się tyczy wyglądu, to oprócz łatwych do rozpoznania znamion zwyrodnienia, zwracamy uwagę na wyraz twarzy, istnienie porażień lub niedowładów, przykurczeń, różnego rodzaju zniekształceń członków, drgań (*tic*), charakteryzujących się tem, że ustają przy ruchach dowolnych, oraz na stanie, chód i ruchy dziecka. Co do zachowania się rozróżniamy: spokojnych, ruchliwych i emocjonalnych lub impulsywnych [uciekających przed obcymi]. Do badania sfery umysłowej nale-

ży opracować odpowiedni dość drobiazgowy szemat. Uwzględniamy przede wszystkim sferę poznania zmysłowego, a mianowicie badanie zmysłów, pamięci zmysłowej zarówno względem wrażeń świeżo otrzymanych, jako też i wspomnień, uwagę, zainteresowanie się, zdolność rozpoznawania i wyróżniania, wyobrażnię, uogólnianie, porównywanie, spostrzegawczość, pojętność, sądy, wnioski, oraz samodzielne czynności rozumowe ⁴⁾. W sposób analogiczny postępujemy przy określaniu poznania pojęciowego, gdzie w szczególności zwracamy uwagę na kombinacje. Dalej badamy sferę uczuć, a więc uczucia zmysłowe, egoistyczne, sympatyczne, religijne, usposobienie uczuciowe, nastrój, nakoniec wolę, poczynając od instynktu popędu, nałogu, zdolności do naśladowania, a kończąc na czynach dowolnych. Charakter możemy tylko określać u osobników, stojących nieco wyżej pod względem umysłowym. Odpowiednio zebrane dane służą do rozpoznania tego lub owego stopnia niedorozwoju psychicznego.

Największe trudności przy rozpoznawaniu niedorozwoju psychicznego przedstawiają tak zwane porażenia mózgowe wieku dziecięcego, znane czytelnikom z pracy zeszłorocznej, a w zupełnie pomijane przez autorów, piszących o tym przedmiocie. Porażenia owe łączą się zazwyczaj z mniejszem lub większem upośledzeniem sfery umysłowej, a towarzyszące im zboczenia mowy uwydatniają się zwykle dość jaskrawo. Na analogię pomiędzy niedorozwojem a porażeniami wieku dziecięcego wskazuje nam jedność znajdujących zmian anatomo-patologicznych, te same oznaki zwyrodnienia, oraz wspólna poniekąd etyologia [przy porażeniach spotykamy częściej przyczyny przypadkowego idyotyzmu, jak: utrudniony poród, wstrząśnienia moralne matki, przebyte choroby zakaźne i uraz]. Granica między obu temi zboczeniami znika szczególnie tam, gdzie tak zwane porażenia mózgowe występują bez porażień. Zgodnie z tem między niedorozwojem a porażeniami upatruję widoczny związek i z wyjątkiem niektórych przypadków idyotyzmu, a mianowicie uwarunkowanych zapaleniem opon i mózgu, przerostami mózgu, pierwotnym zanikiem ze stwardnieniem, pierwotną przerostową albo nodularną sklerozą, kretynizmem i guzami mózgu, oba zboczenia odnoszą do jednego działu niedorozwoju psychicznego, ponieważ cała różnica pomiędzy jednym a drugim polega tylko na większem zajęciu sprawą chorobową przy porażeniach ruchowej okolicy kory, aniżeli sfery psychicznej.

Również pewne trudności przy rozpoznawaniu przedstawia określenie, od jakich warunków zależy niemota. Należy tu przede wszystkim uwzględnić ślepotę duchową przy zupełnym idyotyzmie, dalej głuchotę wyrazową, uwarunkowaną upośledzeniem pamięci słownej zmysłowej słuchowej, wreszcie głuchotę pozakorową u dzieci z prawidłową inteligencją, zależną od zmian w obwodowym narządzie słuchu z zachowaniem resztek czynności tego narzą-

⁴⁾ W ten sam sposób, jeno z pewnemi modyfikacyami, badamy poznanie zmysłowe u dzieci, nie rozumiejących mowy.

du [przypadki obustronnego częściowego zajęcia błędnika przy głuchoniemocie wrodzonej, przypadki nabytych obustronnych częściowych zmian w błędniku, oraz przypadki obustronnych częściowych zmian w uchu średnim]. Głuchota pozakorowa różni się od głuchoty wyrazowej brakiem znamion zwyrodnienia, oraz mniej lub więcej prawidłową sferą umysłową. Dane te okazują się tem ważniejsze, że badanie błędnika u małych dzieci przedstawia często bardzo poważne trudności. Niemota ruchowa przy niedorozwoju psychicznym może mieć źródło w upośledzeniu pamięci słownych zmysłowych, które utrudnia wyrabianie się automatyzmu mowy, albo też w zmianach okolicy ruchowej BROCA lub ośrodka średniego [najczęściej przy porażeniach mózgowych]. Rozpoznawanie bełkotania, wadliwego wymawiania, mającego źródło w ustępującem bełkotaniu lub zmianach organicznych narządów artykulacji, mowy nosowej, oraz jąkania, nie przedstawia dla specjalisty żadnych trudności.

[D. n.]

III. SAMOISTNE CIERPIENIA SERCA (PRZEROST i ROZSZERZENIE).

STUDYUM KLINICZNE.

Napisał

Stanisław Pechkranc.

— 2 —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 43].

Jeśli przy niedomodze serca i zależnych od niej zaburzeniach krążenia spokój i odpowiednia dyeta nie sprowadzają pożądanego skutku, winniśmy tak samo, jak przy wadach zastawkowych serca, uciekać się do innych środków. W szeregu środków farmakodynamicznych i tu, jak i przy wadach zastawkowych, naczelnie miejsce należy się naparstnicy. Przy stosowaniu tego leku koniecznie pamiętać należy o kilku ważnych zasadach. Przedewszystkiem działanie naparstnicy jest krótkotrwałe: skutek przy sprzyjających okolicznościach trwać może wszystkiego kilka tygodni, a w warunkach niepomyślnych przemija po 1—2 tygodniach. Na pewne działanie naparstnicy liczyć można tylko wówczas, gdy od ostatniego zastosowania jej minęło, co najmniej, 4 tygodnie. Wczesne powtórzenie naparstnicy nie prowadzi do celu: środek nie dopisuje [LIEBERMEISTER]. Z tego względu bardzo ważnem jest starać się, aby działanie tego środka było możliwie zupełne i aby skutek trwał jak najdłużej. W tym celu należy możliwie ograniczyć zapotrzebowanie pracy ze strony serca [przebywanie w łóżku]. Nie należy dalej obawiać się dużych dawek naparstnicy, gdyż przez nie otrzymujemy często o wiele lepsze i dłuższe trwające skutki, niż od mniejszych dawek. Unikać należy małych dawek, podawanych przez czas dłuższy, gdyż skutki są o wiele słabsze, a chory łatwo przyzwyczaja się do tego środka. W rozpaczliwych przypadkach, gdy

zwykle podawane dawki naparstnicy [1,0—1,5 na 200,0. Co 2 godziny łyżkę] okazują się bezskuteczne, można nieraz otrzymać jeszcze dobry skutek od zwiększenia dawki. Gdy naparstnica przestaje działać, rokowanie często staje się bezwzględnie niepomyślnem, choć w niektórych przypadkach wyręczają nas jeszcze inne środki. Bardzo złe rokowanie dają często także te przypadki, w których naparstnica jest źle znoszona. Zależy to, zdaniem ROSENBACH'a, nie tylko od tego, że zastosowanie tego najważniejszego środka nasercowego połączone jest z trudnościami, lecz głównie dlatego, że nietolerancja żołądka wobec tego leku świadczy o głęboko sięgającym zakłóceniu zdolności przyswajania ustroju, co uważać można za znak bezwzględnie niepomyślny. Ten wstręt, czyli idyosynkrazja, odpowiada w przeważnej większości przypadków wstrętowi osób charłacznych względem mięsa lub wogóle pożywienia ¹⁾. Że w podobnych przypadkach rzeczywiście istnieje niezwalczone zaburzenie czynności ustroju, dowodzi okoliczność, że chorzy nie znoszą naparstnicy pod żadną postacią i przy żadnym sposobie stosowania [wewnątrz, podskórną, lub w ławatywach]. Ze wspomnianych względów ROSENBACH sceptycznie zapatruje się na wychwalaną w ostatnich czasach przez WENZEL'a, UNVERRICHT'a i innych digitoksynę, stosowaną w ławatywach tam, gdzie naparstnica albo nie skutkuje, albo jest źle znoszona.

Co się tyczy innych środków nasercowych, jak: strofant, konwalarya i inne, to działanie ich jest niepewne.

Często skuteczną bywa kofeina. Stosujemy ją szczególnie] wówczas, gdy chodzi o szybkie pobudzenie układu naczyniowego i wzmoczenie energii serca w sprawach nie bardzo posuniętych. Lecz niekiedy i w późniejszych okresach okazuje zbawienne działanie [PAWIŃSKI (75)].

Przy usuwaniu przesieków oddaje często bardzo dobre usługi dyuretyna, a szczególnie kalomel w dużych dawkach. Dzięki swym wysokim własnościom moczopędnym, środki te usuwają często w krótkim czasie obrzęki i przesieki, sprowadzając tym sposobem dogodniejsze warunki dla pracy serca. Działanie kalomelu występuje często nawet wtedy, gdy inne środki okazały się zupełnie bezskutecznymi.

Działanie wszystkich wspomnianych środków jest często przy bardzo obfitych przesiekach nader słabe lub żadne. W tych warunkach należy przede wszystkim opróżnić jamy surowicze, poczem występuje, często nawet bez współdziałania innych środków, obfita dyureza.

Przy silniej wyrażonej sinicy oraz męczącej duszności nie należy zwlekać z upustem krwi. O ile dawniej ten zabieg za często stosowano, o tyle obecnie stosuje się go zbyt rzadko, co jest bardzo niesłuszne, gdyż w wielu przypadkach okazuje on rzetelne usługi. Upust krwi ma swe ustalone wskazania: przepełnienie układu żylnego [sinica i silne rozciągnięcie widocznych żył]; ciężki stan chorego, nie pozwalający czekać na działanie środków naser-

¹⁾ Pamiętać tu należy o tej okoliczności, że nieznośnienie naparstnicy często spowodowane jest prosto stanem dyspeptycznym lub nieżywym żołądka i że wtedy dodatek kwasów (*ac. muriat.*, *phosphoricum*) czyni często naparstnicę łatwiej przyswajalną.

cowych [wtedy zastosować należy *excitantia*, a później deplecyę]; słabe i przepuszczające tętno, znaczne zmniejszenie ogólnej wielkości cyrkulacyjnej [LIEBERMEISTER], zagrażające blizką śmiercią, przyczem naporstnica i inne środki nie pomagają; zastój krwi w żyłach mózgowych i poczynający się obrzęk mózgu [zaburzenia psychiczne]; zagrażający obrzęk płuc. Niektórzy zalecają częściej powtarzane umiarkowane upusty.

Niekiedy zmuszeni jesteśmy uciekać się do środków znieczulających i nasennych (*morphium, opium, chloralum hydratum*), np. przy wybitnej duszności, biciu serca, bezsenności, niepokoju sercowym. Obawa przed tymi środkami w przewlekłych chorobach serca jest stanowczo przesadzona. Dobry skutek, jaki osiągamy przy stosowaniu tych leków, zależy także od tej okoliczności, że, sprowadzając sen, uspakajają przez to czynność serca.

W przebiegu cierpień, połączonych z przerostem lewej komory, często występuje obniżenie napięcia ścian tętniczych. Zastosowanie w tych razach *secalis cornuti* [10,0—15,0 na 150,0. Co 2 godziny łyżkę], lub ergotyny [0,2 co 2 godziny], zalecone przez DEMANGE'a, jest zupełnie na miejscu. Środki te tonizują muskulaturę drobnych naczyń, a być może i mięśnia sercowego. Nie można wątpić także o tonizującym działaniu strychniny, stosowanej zwłaszcza przez angielskich lekarzy. Inne *tonica* [arsen, żelazo, chinina] w okresie zdrowienia są tak samo wskazane, jak pobyt na świeżem powietrzu, zdala od zajęć i trosk codziennego życia, umiarkowany ruch, posilne pożywienie i t. d.

Jakkolwiek okazałe przedstawia się arsenal środków farmaceutycznych w terapii chorób przewlekłych serca, to jednak nie można ich uważać za zupełnie wystarczające. Z tego względu wielki postęp upatrywać należy w użytkowaniu własności leczniczych rozmaitych czynników, jak: ruch, powietrze, woda, dyeta i t. d. Większość t. zw. metod przyrodniczych powstała w przedostatnim 10-leciu, ściślejsze wskazania do użycia poszczególnych metod rozwinięto i ustalono dopiero w ostatnim lat dziesiątku. Szczegółowe omówienie tych metod nie byłoby tu na miejscu, ograniczymy się przeto do krótkiego przeglądu ich w zastosowaniu do grupy cierpień czynnościowych serca.

O leczeniu dyetetycznem była już mowa wyżej. Pozostaje do omówienia leczenie kąpielami, leczenie gimnastyczne i t. zw. dyetetyczno-mechaniczne leczenie OERTEL'a.

Pierwszy wprowadził kąpiele w Niemczech przy leczeniu chorób serca JACOB [z Cudowy]. Po nim zastosował kąpiele w połączeniu z gimnastyką (*Widerstandsgymnastik und Selbsthemmungsgymnastik*) AUGUST SCHOTT [Nauheim], a po śmierci tegoż prowadzi dalej dzieło brata TEODOR SCHOTT. Metoda leczenia braci SCHOTT zyskała sobie w krótkim czasie ogromny rozgłos i szerokie rozpowszechnienie [Anglia, Dania, Belgia, Ameryka]. Działanie kąpeli nauheimskich, zależne od wpływów termicznych i mechaniczno-chemicznych [bezwodnik węglany, sole], polega na zwolnieniu tętna i wzroście napięcia ścian tętniczych. Wspominają jeszcze SCHOTT'owie o zmniejszeniu objętości [obszaru stłumienia] rozszerzonego serca. Zmniejszenie to otrzymać można także przy stosowaniu ćwiczeń gimnastycznych z oporami, lecz po

kąpieli skutek ma być bardziej długotrwały. Wyniki, otrzymane przez SCHOTT'ów, poddano z różnych stron wątpliwości. Spotkał je z niedowierzaniem także OERTEL, który, czyniąc wiele doświadczeń w celu wyjaśnienia wpływu kąpiei solankowych na ciśnienie krwi i napięcie tętnic, otrzymał wyniki przeciwnie. Dopiero wówczas, gdy silnie rozgrzana w kąpiei skóra już się była napowrót oziębiła podczas obsychania i ubierania się, otrzymywał on krzywe tętna zupełnie identyczne z opisanymi przez SCHOTT'a, a które, według niego, miały być dowodem, że kąpiel podwyższa ciśnienie krwi [OERTEL (49)].

Zwalczając zapatrywania SCHOTT'a, uznaje jednak OERTEL, że kąpiele powodują zmniejszenie rozszerzenia serca, lecz tłumaczy to inaczej, mianowicie jako skutek rozszerzenia naczyń obwodowych, dalej podniety termicznej i wreszcie gromadzenia się krwi na powierzchni ciała. A zatem, „stwierdzone wypukiwaniem zmniejszenie się serca nie stanowi żadnej specjalnej właściwości jakichś pewnych kąpiei, lecz może być osiągnięciem za pomocą różnych sposobów“ [RIEGEL, cyt. u OERTEL'a].

Inni autorowie zakwestyjonowali sam fakt zmniejszenia objętości serca w następstwie kąpiei, widząc w zmniejszeniu figury wypukowej serca skutek rozciągnięcia płuc. Zarzut ten SCHOTT odpiera, zaznaczając, że pod wpływem kąpiei lub gimnastyki uderzenie wierzchołkowe przesuwają się ku górze i ku wewnątrz przy jednoczesnym podniesieniu przepony i prawidłowym stanie tylnych, górnych i dolnych brzegów płuc. Pomimo to znaleźli się jeszcze sceptycy. W tem przyszło epokowe odkrycie ROENTGEN'a, z którego skorzystał SCHOTT dla ostatecznego dowiedzenia swego poglądu (76). Za pomocą promieni—X SCHOTT wykazał, że objętość serca rzeczywiście zmniejsza się zarówno po kąpielach, jakoteż po gimnastyce. Przy pierwszych zmniejszenie nie jest tak wybitne, jak przy drugiej, lecz działanie za to trwa dłużej. SCHOTT uważa za bardzo pożyteczne kombinowanie kąpiei z gimnastyką.

ROSENBACH oświadcza się w ostatnich latach przeciw tej balneologiczno-gimnastycznej metodzie leczenia, wychodząc głównie z założenia, że chory narząd potrzebuje spokoju, a nie zwiększonej pracy. Utrzymuje on, że gdybyśmy się nawet zgodzili w zupełności na wyżej wymienione skutki fizjologiczne kąpiei i ćwiczeń, to pamiętać jednak należy, że częstokroć to, co się uważa za lecznicze działanie metody, nie wychodzi choremu na użytek, stanowiąc tylko nieprodukcyjne zwiększenie pracy w następstwie zwiększonych wymagań, nie zaś wzmocnienie serca. „Gdyby zwolnienie tętna i wzrost ciśnienia tętniczego wskutek nienormalnych podnieć zewnętrznych miały być dla serca same przez się pożyteczne, moglibyśmy osiągnąć dobre wyniki także przez metodyczne zaduszanie“. Przyznając w zupełności, że zdrowe serce może, dzięki ćwiczeniom, podejmowanym w pewnych granicach, wzmocnić się, uważa ROSENBACH za kardynalny błąd chęć przeniesienia tego poglądu na chore [osłabione] serce, gdyż, jak twierdzi, sprzeciwia się to wszystkim známym zasadom energetyki, a przedewszystkiem prawu zachowania energii.

Teoretycznym wywodom ROSENBACH'a przeciwstawić można rezultaty praktyczne, t. j. doskonałe wyniki kuracji kąpielowo-gimnastycznej, prowadzo-

nej ostrożnie, systematycznie i z uwzględnieniem osobniczej sprawności serca w każdym poszczególnym przypadku.

Działanie gimnastyki leczniczej w przewlekłych chorobach serca polega:

1) na przyspieszeniu krążenia obwodowego wskutek wpływu wyłącznie mechanicznego na sieć naczyń włoskowatych i żylnych;

2) na obniżeniu ciśnienia, jakie sprowadzają w układzie tętniczym rozszerzenie tętnic i zwiększone zapotrzebowanie krwi w mięśniach czynnych, co ułatwia pracę serca;

3) na przyspieszeniu krążenia płucnego, wynikającym z częstszych ruchów oddechowych, jako następstwa gimnastyki.

Ten ostatni punkt ma pierwszorzędne znaczenie.

Przy wszystkich ćwiczeniach gimnastyczno-leczniczych swobodne i głębokie oddechanie jest jednym z najważniejszych warunków ich skuteczności. Z tego powodu winny być wyłączone z pośród ćwiczeń gimnastycznych wszystkie te ćwiczenia czynne z oporami, które tamują oddech, gdyż przez to bardzo łatwo zjawiają się bicie serca, duszność i inne przykre objawy. OERTEL zwraca uwagę na okoliczność, że ci sami chorzy, którzy przy najmniejszych ruchach rąk dostają duszności i bicia serca, dobrze znoszą ruchy chodzenia, gdyż te nie przeszkadzają silnemu oddechaniu.

Zmniejszenie oporów obwodowych osiąga się za pomocą ruchów biernych, oraz słabych czynnych. Od ruchów biernych właśnie rozpoczyna się leczenie, i jak tylko okazuje się możliwość, przechodzi się do ruchów czynnych, wzmagających pracę serca i zwiększających jego siłę kurczliwą. Przy ostrożnem prowadzeniu kuracyi, przy starannem uwzględnieniu indywidualnych właściwości każdego chorego, leczenie gimnastyczne, w przypadkach odpowiednio dobranych, oddaje doskonałe usługi.

Podług WIDE'go (77), gimnastyka nie wyłącza wewnętrznego leczenia. Do leczenia gimnastycznego nadają się także, zdaniem WIDE'go, przypadki rozszerzenia serca ze znacznymi zaburzeniami krążenia, jak obrzęki i sinica, które to objawy pod wpływem gimnastyki znikają.

W blizkim związku z gimnastyką leczniczą pozostają rozmaite zabiegi mechaniczne, jak: ugniatanie, pocieranie, uderzanie, wstrząsanie i t. d. Ogólny masaż, wychwalany w ostatnich czasach w przewlekłych chorobach serca przez wielu autorów, między innymi przez ZABLUDOWSKIEGO (78), wywiera, zwłaszcza w przypadkach znacznego obniżenia sprawności mięśnia sercowego bardzo dobry wpływ. Przed gimnastyką z oporami ma on to pierwszeństwo, że nie męczy chorego, podczas gdy przy pierwszej może nastąpić zapaść. Mięśnienie stanowi dobry środek przygotowawczy do metodycznej gimnastyki. Później, przy pewnem podniesieniu energii serca, można zresztą kombinować mięśnienie z gimnastyką. Pamiętać jednak należy o jednej ważnej okoliczności: ponieważ mamy tu do czynienia z bardzo przewlekłymi cierpieniami, nie należy przeto stosować jednocześnie kilku fizykalnych metod leczenia, aby nie wyczerpać w krótkim czasie będących w naszym rozporządzeniu środków leczniczych.

[D. n.]

STAN I POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28].

Sprawa żywienia w szpitalach warszawskich to także jedna z więcej czarnych kart w dziejach naszego szpitalnictwa. Według regulaminu żywienia, zatwierdzonego przez Radę Miejską Dobroczyńności Publicznej w 1873 roku, a stosowanego do chwili zatwierdzenia nowego regulaminu w 1899 roku w dniu 6 lutego r. b. i obowiązującego dopiero od miesiąca kwietnia r. b., choroby, znajdujący się na salach ogólnych w szpitalach: Dzieciątka Jezus, Ś-go Ducha, Ś-go Rocha, na Pradze, Ewangelickim, Wolskim, Zapasowym, Żydowskim, żywieni są według sposobu obiadowego *à la table d'hôte*. Całodzienne pożywienie podzielone jest na szereg porcyi, a mianowicie: 1) na porcyę całą, ordynarną, przeznaczoną dla rekonwalescentów, a po części i dla chorych chirurgicznych, 2) średnią, 3) słabą i 4) mleczną, przeznaczoną dla mniej lub więcej ciężko chorych. Na śniadanie i kolacyę chorzy otrzymują na wszystkie dni tygodnia kleik lub herbatę z bułką, na obiad zupełny krupnik lub rosół, sztukę mięsa, kaszkę drobną, kaszkę jaglaną lub kartofle i chleba jeden lub pół funta lub bułkę w ilości 75 gramów, stosownie do rodzaju otrzymanej porcyi.

Obliczone przez nas porcye szpitalne zawierają w przybliżeniu następujące części składowe pokarmów:

Porcyę zwyczajną [ordynarną]:
Białka, tłuszczu, wodanów węgla
70 grm. 25 grm. 425 grm.

Porcyę średnią:
Białka, tłuszczu, wodanów węgla
44 grm. 16 grm. 280 grm.

Porcyę słabą:
Białka, tłuszczu, wodanów węgla
26 grm. 3 grm. 90 grm.

Porcyę mleczną:
Białka, tłuszczu wodanów węgla
39 grm. 20 grm. 112 grm.

Ilość zaś dzienna pokarmów, potrzebna do utrzymania równowagi ciała, powinna być, według Voit'a, dla mężczyzny miernie pracującego, a ważącego przeciętnie 70 klgr, taka, aby w niej znajdowało się 118 gramów białka, 56 grm. tłuszczu, 500 grm. wodanów węgla; dla kobiety mniej — 94 gramy białka, 45 gramów tłuszczu, 400 gramów wodanów węgla; dla człowieka zaś chorego spożywającego 75 gramów białka, 45 gramów tłuszczu, 400 gramów wodanów węgla. Jeżeli teraz zestawimy liczby podane przez nas dla porcyi ordynarnej i porównamy z liczbami żywnościowymi dla chorego spożywającego, widzimy, że liczby te są dosyć do siebie zbliżone i że porcyę ordynarną, przeznaczoną dla chorych, potrzebujących lepszego pożywienia, jest i dosyć pożywna i odpowiednio zestawiona.

Przypuśćmy jednak na chwilę, że porcye szpitalne są odpowiednio pożywne, to czy ten jeden warunek już wystarcza dla dyetetyki szpitalnej? Dyetetyka szpitalna wymaga, aby pożywienie dla chorych było nie tylko pożywne, ale aby było łatwo strawne, aby było smacznie przyrządzone, aby było jak najwięcej urozmaicone, aby uspakajało uczucie głodu, aby zawierało jak najwięcej przypraw i aby podane było przy odpowiedniej ciepłocie. Otóż pożywienie w szpitalach warszawskich nie odpowiada ani jednemu z przytoczonych wymagań: nie jest łatwo strawne, nie jest smacznie przyrządzone, jest za

zbyt jednostajne, nie zawiera dostatecznej ilości przypraw i nie jest podane w odpowiedniej ciepłocie. Cechą jednak najwięcej charakterystyczną naszej kuchni szpitalnej jest zbyt wielka jednostajność pokarmów i brak wszelkich przypraw. Kleik na śniadanie, krupnik, kaszka drobna, kaszka jaglana na obiad, kleik na kolację wzbudzają u wielu chorych po nieco dłuższym pobycie w szpitalu wprost wstręt do jedzenia. Pieczystego w porcjach obiadowych chorzy nie dostają, a tylko wygotowaną i lykowaną sztukę mięsa.

To też słusznie mówi prof. KOENIG, że przy układaniu relewy szpitalnej zwrócić należy uwagę na wszystkie powyżej przytoczone wymagania dyetytyki szpitalnej, sama bowiem dostawa odpowiednich składników pokarmu nie wystarcza zupełnie; człowiek chory żąda czegoś więcej, a mianowicie, aby mu dany pokarm smakował. Jednostajny i źle przyrządzony pokarm, chociażby przyjęty w znacznej ilości, wzbudzi tylko niesmak i wstręt, a podawany przez dłuższy przeciąg czasu nie będzie w stanie ustroju odżywić.

Oprócz szpitala Zapasowego, przeznaczonego wyłącznie dla chorych z chorobami zakaźnymi, pozostałe szpitale, które możnaby właściwie nazwać przytułkami, służą w większej liczbie przypadków dla chorych z cierpieniami przewlekłymi, z podupadłym wysoce odżywianiem, potrzebujących mniej właściwego leczenia, a więcej dobrego odżywiania.

Regulamin z 1873 roku określa, że na sto chorych winno przypadać 40 porcyi całych, 30 porcyi średnich, 25 porcyi słabych i 5 porcyi mlecznych, czyli innemi słowy że na sto chorych przypada tylko 40% takich, którzy potrzebują obfitszej ilości pokarmów. Doświadczenie jednak szpitalne wykazuje, a ankieta przez nas wyznaczona stwierdziła, że liczba ta stanowczo jest za niską i że, co najmniej, do 80% podwyższoną być musi.

Jeżeli porównamy teraz koszt dzienny żywienia jednego chorego, wynoszący 13,5 kop., a właściwie tylko 12 kop., potrącić bowiem należy 1,5 kop. na wino i wódkę, które włączone zostały do ogólnego budżetu żywienia, z kosztem porcyi ordynarnej, która wynosi 15 kop. [liczba przeciętna], to prosty rachunek wykaże, że koszt 80 chorych, potrzebujących porcyi droższej—ordynarnej, wyczerpie całkowity koszt, wyznaczony dla 100 chorych. $15 \times 80 = 1200$ kop., $12 \times 100 = 1200$ kop., czyli 20% chorych nie otrzymałoby żadnego pożywienia. Licząc pożywienie dla tych 20% chorych wraz z kosztem na wino i wódkę tylko po 10 kop., wypadnie nadwyżka dziennego budżetu dla 100 chorych 200 kop. $10 \times 20 = 200$, czyli na rok $2 \times 365 = 730$ rb., a ponieważ liczba łóżek we wszystkich szpitalach w Warszawie wynosi około 1500, przeto budżet roczny, przeznaczony na wyżywienie chorych, należałoby podnieść, co najmniej, o 10950 rb. $730 \times 15 = 10950$ rb. To też porcyą ordynarną, jako za droga w stosunku do ogólnego kosztu żywienia, prawie zupełnie wyrugowaną została z relewy szpitalnej. Przepisywane bywają: porcyą średnią [kosztuje 7,32 kop.], a głównie porcyą słabą [kosztuje 6,6 kop.], której niższa cena pozwala na większą ilość dań nadzwyczajnych tak zwanych dodatków, objętych regulaminem. Ilość tych dodatków jest jednak za małą, a cena za dużą — koszt np. jednego kotleta wynosi 8,12 kop., wołowej pieczeni 6,59 kop. — aby można było ułożyć z tymi dodatkami odpowiednio pożywne i odpowiednio tanie menu.

W 1898 roku Rada Miejska, powodowana przedewszystkiem podniesieniem się cen targowych produktów spożywczych, podniosła koszt żywienia do 17,6 kop. na chorego, nie osiągnąwszy wszakże z łatwo zrozumiałej przyczyny ani większej pożywności, ani też większego urozmaicenia.

Że obowiązujący regulamin żywienia wymagał koniecznej reformy, dowodem tego wyznaczona przez Radę Miejską w 1884 komisya dla opracowania nowych przepisów żywienia. Utworzona komisya wywiązała się, o ile można,

jak najlepiej z włożonych na nią obowiązków, przedstawiony jednak projekt, który w swoim czasie umieściliśmy w Gazecie [1884 № 10], dla braku funduszków nie został zatwierdzony przez Ministerium Spraw Wewnętrznych. Już wówczas ceny, projektowane na żywienie chorych i personelu szpitalnego, były o wiele większe od obecnie istniejących. Jako *maximum* wysokości ceny dla chorych ogólnych oznaczono na 20 kop., dla pensjonarzy pierwszej klasy 50 kop., dla drugiej klasy 40 kop., dla ogólnych chorych umysłowych 22 kop., dla służby 22,5 kop., dla sióstr miłosierdzia 33 kop., dla mamek szpitala Dzieciątka Jezus 35 kop., dla oficjalistów 22 kop., dla lekarzy 50 kopiejek.

W 1899 roku podniesiono cenę przeciętną żywienia chorego do 18 kop., a zarazem wprowadzono kardynalną zmianę w sposobie żywienia chorych. Zastąpiono dawny sposób *à la table d'hôte* sposobem restauracyjnym, zbliżonym do sposobu *à la carte*; urozmaicono relewę w ten sposób, że dodano do kleiku na śniadanie i kolację mleko, herbatę i kawę mleczną, do obiadu wprowadzono kilka rodzajów pieczystego, jarzyny sezonowe, oraz liczne dodatki. Na każdy tydzień sporządzony jest jadłospis, z którego ordynator oddziału ma prawo dla chorych swoich układać stosowne menu dzienne.

Ten sposób żywienia chorych daje możność lekarzom przepisywać takiego rodzaju i w tej ilości pożywienie, jakie uznają dla danego chorego za najodpowiedniejsze. Ale i przy tym systemie żywienia błąd zasadniczy ujawnia się wybitnie. Owe oznaczone 40% chorych, którzy jedynie mają prawo do odpowiednio pożywnego stołu, żywni są kosztem pozostałych 60%, aby budżet utrzymać w oznaczonej granicy. A ponieważ, jak to wyżej wspomniano, nie 40%, lecz 80% chorych potrzebuje lepszego, t. j. droższego pożywienia, wynika, że chorzy i przy tym nowym systemie żywienia za 18 kop. otrzymują pożywienie niedostateczne. Koszt dzienny żywienia jednego chorego należałoby podnieść, co najmniej, do 25 kop., tembardziej gdy przez dodanie do zup, zamiast jednej ćwierci, pół funta mięsa zwiększono koszt samych zup o 2,75 kop., a tem samem zmniejszono koszt całodziennego pożywienia o 2,35 kop. [+0,4—2,75=2,35]. Ponieważ wyjednanie większego budżetu na żywienie chorych napotyka na tak wielkie trudności, możeby Rada Miejska uważała za odpowiednie nabywać produkty spożywcze sposobem gospodarczym; zyskałby na tem i budżet żywnościowy i chorzy: dostarczane dotychczas przez publiczny przetarg materiały spożywcze są często tak złe, że nawet przez Zarząd szpitalny bywają odrzucane.

Na jedną jeszcze niewłaściwość w sprawie żywienia chorych zwracamy uwagę, a mianowicie, że chorzy, wstępujący do szpitala po podpisaniu relewy przez ordynatora, nie otrzymują jedzenia nie tylko w tym dniu, w którym zostali przyjęci, ale i w dniu następnym. Chorzy ci nie pozostają, co prawda, bez pożywienia dzięki wysokiemu miłosierdziu sióstr szpitalnych, jako jednakże nieobjęci ogólnym budżetem żywnościowym żywni są kosztem zapisanych chorych.

Liczba służby kuchennej jest za mała i źle płatna. Niech zwierzchni nadzór pozostanie i nadal w rękach sióstr, dodanie jednak dobrze płatnej i wykwalifikowanej kucharki wpłynęłoby wielce na jakość przyrządzanych potraw. Urządzenie samej kuchni należałoby także zmienić: opał węglem dobrze byłoby zastąpić gazem lub parą, wpłynęłoby to nie tylko na czystość w kuchni, ale i na smak przyrządzanych potraw, przekonaliśmy się sami o tem, zwiedzając niektóre instytucje publiczne w Warszawie. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

105. F. Alt i A. Biedl. Badania doświadczalne nad ośrodkiem słuchowym korowym.

Na zasadzie całego szeregu spostrzeżeń klinicznych i badań anatomicznych, większość autorów umiejscawia ośrodek słuchowy w korze zrazu skroniowego, mianowicie w dolnej części pierwszego, albo w tylnych $\frac{2}{3}$ pierwszego i drugiego zwoju skroniowego.

Przypadki guzów zrazu skroniowego, w których istniały drgawki, rozpoczynające się zwiastunami słuchowymi w uchu po stronie przeciwległej, oraz przypadki głuchoty korowej skrzyżowanej usprawiedliwiają przypuszczenie, że pierwszy zawójskroniowy, zarówno prawy, jak i lewy, pozostaje w związku z narządem słuchu strony przeciwnej.

Z drugiej strony fakt wielokrotnie spostrzegany, że w cierpieniu jednostronnem głuchota skrzyżowana nie trwa długo, lecz po upływie dłuższego lub krótszego czasu słuch powraca, dowodzi połączenia każdego z nerwów słuchowych z obydwooma zrazami skroniowymi.

ALT i BIEDL postanowili za pomocą doświadczeń na psach przekonać się, o ile zniszczenie ośrodka słuchowego wpływa na utratę słuchu w uchu odpowiednim i przeciwległym, oraz czy i po upływie jakiego czasu słuch powraca.

Doświadczenia, niejako przygotowawcze, polegały na jednostronnem i obustronnem niszczeniu ślimaka i badaniu zachowania się zwierząt podczas prób słuchowych w porównaniu ze zwierzętami, słyszącymi prawidłowo; potem dopiero przystąpiono do badania słuchu [również w porównaniu z psami nieoperowanymi] po wycięciu jednego lub obu zrazów skroniowych, albo też po wycięciu jednego zrazu skroniowego i zniszczeniu ślimaka po tej samej stronie. Do badania słuchu służyły następujące przyrządy: piszczałka, trąbka, harmonijka, świstawka Galtona, grzechotka, klosz szklany, dzwonek i różnorodne szmery, wywoływane np. uderzaniem młotka o blachę, rzucaniem przedmiotów metalowych na stół, rozbijaniem szkła i t. p. Ta różnorodność dźwięków jest w badaniu niezbędna, ponieważ doświadczenie przekonało, że psy, słyszące prawidłowo, bardzo prędko obojętnieją na jeden i ten sam bodziec dźwiękowy, że czasem raz lub dwa razy zwracały się na głos świstawki, za trzecim zaś razem nie wykonywały żadnego ruchu ani głową, ani uszami.

Ogólna liczba doświadczeń wynosi 41; na każdym zwierzęciu wykonywano dwie operacje: albo wycięcie kory jednego i potem drugiego zrazu skroniowego, albo też zniszczenie ślimaka i wycięcie zrazu skroniowego po tej samej stronie; odstęp czasu pomiędzy jedną i drugą operacją wynosił zwykle 4 tygodnie. Na całej przestrzeni zrazu skroniowego, ograniczonej rowkiem SYLWIUSZA, zrazem potylicowym i *gyrus hippocampi* ścinano warstwę kory, grubości 2—3 mm., o ile można, równoległe do powierzchni.

Wyniki tych doświadczeń są następujące:

Po wycięciu zrazu skroniowego, bez względu na to, czy prawy, czy lewy zraz został usunięty, występowały zawsze zupełnie jednakowe objawy. W ciągu pierwszych dwóch dni po wycięciu kory jednego zrazu skroniowego, zwierzęta nie oddziaływały zupełnie na bodźce dźwiękowe słabego natężenia, słyszały jednak dźwięki silniejsze; dowodzi to osłabienia sprawności obu narządów słuchowych, ale upośledzenie po stronie operowanej było bez porównania mniejsze [słuch powracał w zupełności po upływie dwóch dni], niż po stronie przeciwnej, po której głuchota przechodziła stopniowo w stopienie słuchu i dopiero dziewiątego dnia znikła różnica w słuchu pomiędzy jednym uchem i drugim.

Po zniszczeniu ślimaka i następczem wycięciu po tej samej stronie zrazu skroniowego okres zupełnej głuchoty trwał 4—6 dni, poczem przez krótki czas istniało znaczne stopienie słuchu i najpóźniej 12-go dnia powracał słuch zupełnie prawidłowy w uchu przeciwległym.

Najwyraźniejsze objawy występowały po wycięciu kory, najpierw jednego i po 4-ch tygodniach drugiego zrazu skroniowego. Przez 10—12 dni zwierzęta były zupełnie głuche, potem następował okres stopienia słuchu, które z dnia na dzień zmniejszało się; 20-go dnia po drugiej operacji psy zwracały uwagę na wołanie i najpóźniej 24-go znikaly wszelkie ślady słabszego oddziaływania na bodźce dźwiękowe.

W obecnym stanie nauki o sprawności i odnawianiu się ośrodków korowych niepodobna wytłómaczyć, czemu w powyższych doświadczeniach zawdzięczać należy poprawę słuchu; można jedynie przypuszczać, że po wycięciu jednego zrazu skroniowego drugi obejmuje jego czynność, po jednostronnem zniszczeniu ślimaka i wycięciu zrazu skroniowego wzmacnia się związek pomiędzy przeciwległym narządem słuchu i drugim zrazem skroniowym, po wycięciu wreszcie obu zrazów skroniowych albo odradza się kora, albo działają zastępczo części kory, graniczące bezpośrednio ze zniszczoną, albo wreszcie słuch powraca dzięki funkcjonowaniu ośrodków drugorzędnych.

Fakty, zdobyte za pomocą doświadczeń na zwierzętach, zgadzają się w zupełności z wynikami badań anatomicznych, potwierdzających spostrzeżenia kliniczne u ludzi. Stała i bezpowrotną utratę słuchu u ludzi wskutek zmian w obu zrazach skroniowych tłómaczyć można bezporównania większem znaczeniem kory mózgu ludzkiego.

Nie podano, co prawda, dotychczas ani jednego spostrzeżenia, w którym po jednostronnem uszkodzeniu ośrodka korowego byłoby zaznaczone osłabienie słuchu w obu uszach; objaśnić to można tem, że osłabienie słuchu po stronie, odpowiadającej uszkodzeniu, bywa zwykle nieznaczne i tak szybko przemija, że albo mogło zostać przeoczone, albo też, np. po udarze mózgowym, było tłumaczone stanem niezupełnej przytomności.

(*Monatschrift für Ohrenheilkunde. Nr. 9. 1899.*)

W. Sz.

106. Pagenstecher. Wrzód dwunastnicy i jego leczenie chirurgiczne.

Wrzód dwunastnicy zasadniczo nie różni się niczem od wrzodu okrągłego żołądka. W większości przypadków jest on t. zw. pochodzenia peptycznego, t. j. powstaje wskutek działania soku żołądkowego na błonę śluzową кишки, uprzednio w ten lub inny sposób zmienioną, a zatem mniej odporną. Prócz tego mogą się trafiać i innej natury owrzodzenia, jako to: rakowate, gruzlicze i t. d. PERRY i SHAW z materiału sekcyjnego podają odsetkę owrzodzeń dwunastnicy na 0,4 ogólnej ilości sekowanych. Co do umiejscowienia, większość leży w górnym odcinku кишки, najbliższym przylegającym do żołądka; z tego widać, jak wielkie ma znaczenie w opisywanej sprawie sok żołądkowy, który już poniżej w trzecim odcinku dwunastnicy zostaje całkowicie niemal zobojętniony i przeto nie może tam działać żrąco na błonę śluzową.

Co do ilości wolnego kwasu solnego w żołądku przy *ulcus d.*, nie określonego powiedzieć nie można. Przebieg wrzodu dwunastnicy zwykle jest bardzo przewlekły [podług PERRY'ego do 20 lat].

Leczenie wewnętrzne w zupełności odpowiada leczeniu wrzodu żołądka, tembardziej, że rozpoznanie między jednym a drugim jest częstokroć wprost niemożliwe. Wskazania do zabiegu chirurgicznego również są niemal te same, co przy cierpieniu żołądka, a więc *pyloroplastica*, *gastroenterostomia* przy przewlekłym niezycie, bólach, wymiotach, niedokrwistości; prócz tego operacja wskazana jest przy często powtarzających się krwotokach, wreszcie wskazanie najważniejsze przy przedziurawieniach. Wspomnieć jeszcze należy o wtórnem

rozszerzeniu żołądka i ropniach otorbionych. Przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnej może nastąpić tylko wówczas, gdy owrzodzenie umiejscowiło się na przedniej ścianie kiszki, tylna bowiem nie jest pokryta otrzewną.

Dzięki skrytemu przebiegowi owrzodzeń dwunastnicy objawy pęknięcia kiszki występują nieraz wśród zupełnego, jakby się zdawało, zdrowia. Zapalenie otrzewnej, pochodzące z dwunastnicy, nie jest rzeczą zbyt rzadką, przeto każdy przy otwieraniu jamy brzusznej z powodu ostrego ropnego zapalenia otrzewnej powinien pamiętać i o dwunastnicy. Wyniki zabiegu operacyjnego nie są zbyt dobre, gdyż podług statystyki P. dają ogólną liczbę zejść śmiertelnych 85,7%.

Daleko lepsze wyniki daje operacya w tych razach, w których chodzi o przyspieszenie zagojenia owrzodzenia lub o zniesienie istniejącego już zwięzienia. W tych razach, zwłaszcza w ostatnim, nóż oczywiście więcej zrobi, niż środki wewnętrzne; po dokonanej gastroenterostomii kwaśna zawartość żołądka od razu przedostaje się do dolnych odcinków kiszki i w ten sposób, zapewniając spokój błonie śluzowej dwunastnicy, ułatwia gojenie jej owrzodzeń.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 52. Zesz. 5 i 6. 1899.*) E. Lewenstern.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

Z wydziału higieny ludowej.

Na posiedzeniu d. 21. X. TCHÓRZNICKI, uzupełniając swój odczyt o kąpielach ludowych, skreślił historję kąpeli ludowych przy Tow. Dobroczynności. Początek dali mu w r. 1892 NATANSON, BARANOWSKI i MARKIEWICZ. Dzięki offerze 10 tysięcy rb. p. Rotwanda, pozyskaniu funduszu po komitecie cholerycznym, oraz ofiarom pp. L. Górskiego, Lenwala i Czabana, wydział mimo małych środków i licznych trudności pobudował kąpiele natryskowe i wanny „Janina“ na Stawkach przy przytułku noclegowym. Wydano tam w r. ubiegłym dwadzieścia kilka tysięcy kąpeli [wanny po 10, natryski po 3 kop.].

Prof. BARANOWSKI pozyskał grono osób, gwarantujących 25-rublowymi udziałami przypuszczalne niedobory z powodu eksploatacyi tych kąpeli. Razem zagwarantowano sumę 2300 rubli. Niedobór w r. z. wynosił 1170 rb.

Obecnie mimo braku środków wydział kąpeli ludowych rozpoczyna budowę piętrowych łaźni z natryskami, wannami i łaźnią na Pradze, a ma w planie budowę takichże łaźni przy ulicy Czerniakowskiej.

D-r T. przedstawił plan przyszłych łaźni na Pradze p. TWARDOWSKIEGO, plany natrysków i łaźni p. SOKAŁA, wreszcie plan taniej łaźni p. MARCZEWSKIEGO.

Łaźnia, pobudowana przez komitet higieny ludowej na II wystawie higienicznej, kosztowała 1700 rb. Koszt łaźni, według planu p. SOKAŁA, wyniesie około 800 rb.

T. wnosi, żeby rozesłać kwestyonaryusz, wyjaśniający stan kąpeli ludowych na prowincyi.

Przewodniczący przypomina, że w r. 1862 Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wyznaczyło komisję do zbadania kąpeli w Warszawie. Z bardzo sumiennego sprawozdania tej kwestyi widać, że w Warszawie było wtedy 175 wani publicznych, z których korzystało 121 tysięcy osób oraz 6 łaźni, z któ-

rych korzystalo 175 tysięcy osób rocznie. A więc przeciętny mieszkaniec ówczesnej Warszawy kąpał się w łaźni raz na rok, a w wannie raz na półtora roku. Komisya chwali na ogół wanny warszawskie, a potępia łaźnie za brud, wilgoć, wyziewy, złe oświetlenie, ciasnotę, śliskość, podłóg. Żąda zamknięcia większości ówczesnych łaźni. Zwraca uwagę na kopeć, porywany z parą i osiadający na ciele, na wielkie różnice ciepłoty w łaźni, jeżeli ta jest zbyt obszerna lub wysoka, albo piec ma nie po środku, na wyższość pary wilgotnej, powstającej przez polewanie rozpalonych kamieni, nad parę suchą, idącą wprost z kotła parowego.

Obok tego poniekąd nieprzychylnego zdania owej komisji można przytoczyć zarzuty, stawiane wszystkim wiejskim łaźniom rosyjskim przez prof. higieny SKWARCOWA: częste zaccadzenia, zwilgacanie chaty, zanieczyszczenie otaczającego gruntu, kopeć smolący ciało. Z zarzutami tymi, mówiąc o higienicznej wartości tanich łaźni, trzeba się liczyć.

W r. 1881 p. K. PRÓSZYŃSKI ogłosił konkurs z 3 nagrodami za najlepszy plan taniej łaźni dla wsi, miasteczka i chaty. Nastawał na to, że z łaźnią możnaby łączyć pralnię, a może i piekarnię. Zdaje się, że odezwa ta pozostała bez skutku, tak samo, jak i kwestyonaryusz p. PRÓSZYŃSKIEGO z r. 1883 w sprawie czystości naszego ludu [pielęgnowanie skóry i włosów, czystość odzieży i bielizny, czystość w izbie, czystość w przyrządzaniu pokarmów].

W r. 1885 POLAK nastawał na zużytkowanie przy stacyi filtrów na Koszykach mnóstwa ciepłej wody kondensacyjnej na kąpiele ludowe i pralnię. Wyzyskanie wody kondensacyjnej na kąpiele przy każdej fabryce, posiadającej kocioł parowy, zalecał ŁUCZKIEWICZ. Kąpiele takie [wanny, natryski, łaźnia na 20 osób i basen z wodą przepływającą na 40 osób] w kopalni „Kazimierz“ opisał GÓRECKI.

Opisany kiedyś przez TCHÓRZNICKIEGO sposób mycia się włościan w dni powszednie [wodą nabraną do ust i puszczoną z nich na własne dłonie] przy bliższem rozpytywaniu, zdaje się, niestety, jest powszechnym w kraju.

W rozprawach zaznaczono, że pod względem czystości stoimy w tyle za naszym sąsiadem, że nie tylko u ludu, ale i w klasie średniej za mało mamy zamilowania czystości. Łatwo byłoby zakładać kąpiele przy browarach, gorzelniach i większych piekarniach. Nie dość założyć kąpiele, trzeba jeszcze dać czas robotnikom na korzystanie z nich. Tu i owdzie na wsi włościanie za pomocą skladek kupują wanny, myślą o założeniu łaźni, jako przedsięwzięcia.

Wybrano komitet, który ma ułożyć kwestyonaryusz, dotyczący przestrzegania czystości w kraju, zebrać opisy naszych kąpeli ludowych wiejskich i fabrycznych, porównać dzisiejszy stan kąpeli warszawskich ze stanem w roku 1862.

WIADOMOSCI TERAPEUTYCZNE.

13. Leczenie napadu astmy. Prof. RIEGEL (*Deutsche med. Woch.* 1899. 41) podaje ważny i ciekawy przyczynek do leczenia napadu astmy oskrzelowej.

Astma (*asthma bronchiale s. nervosum*), jak wiadomo, cechuje się napadami duszności charakteru przeważnie wydechowego oraz ostrą rozedmą płucną, która szybko się rozwija i ustępuje wraz z napadem. Do tego wszystkiego dołączają się po większej części objawy zapalenia kataralnego oskrzeli, przyczem rżenia bywają tak głośne, że je zdala słycać, a plwocina przedstawia

tę osobliwość, że w niej znajdujemy kryształy CHARCOT-LEYDEN'a i węzłowice CURSCHMANN'a.

W praktyce stosują bardzo często wyrażenie „astma“ zupełnie fałszywie, mówiąc o takich przypadkach, których obraz kliniczny zupełnie nie odpowiada obrazowi prawdziwej astmy, a ma z nią tyle tylko wspólnego, że i w nim istnieje duszność, występująca napadami. Z drugiej wszakże strony przyznać należy, że i astma w ścisłym tego wyrazu znaczeniu najpewniej nie stanowi jedynej choroby, ale że i tu mamy do czynienia z kilku formami.

W każdym razie na tem miejscu mowa będzie tylko o tak zwanej astmie oskrzelowej, czyli nerwowej.

Co się tyczy istoty astmy, to pod tym względem istnieje kilka poglądów.

Większość lekarzy, zgodnie z BIERMER'em, przyjmuje, że istotą astmy jest kurcz mięśni oskrzelowych.

Według innej teorii, astma ma być angioneurozą: pod wpływem wazomotoryjnym ma następować rozszerzenie naczyń, a wskutek tego znaczne obrzmienie błony śluzowej.

Niektórzy lekarze przyjmują kombinację obu tych teorii, a mianowicie według nich przy astmie obok kurczu mięśni oskrzelowych następuje wskutek wpływu wazomotoryjnego rozszerzenie naczyń, przekrwienie i obrzmienie błony śluzowej oskrzeli.

Zresztą istnieje jeszcze jedna teoria, według której istotę astmy stanowi kurcz przepony.

Teoria BIERMER'a wydawała się, bądź co bądź, większości lekarzy najodpowiedniejszą do wytłómaczenia istoty astmy, ale wymagała potwierdzenia doświadczalnego. Udało się wprowadzić niektórym badaczom wywołać skurcze mięśni oskrzelowych za pomocą drażnienia nerwu błędnego, nikt jednakże nie mógł przytem otrzymać wyraźnej rozedmy płucnej. Dopiero w ostatnich czasach EINTHOVEN za pomocą drażnienia nerwu błędnego otrzymał skurcze mięśni oskrzelowych bardzo silne, znaczne podwyższenie ciśnienia oddechowego i wydatną, ostrą rozedmę płucną.

Obecnie zatem już nie ulega wątpliwości, że istota astmy oskrzelowej polega na kurczu mięśni oskrzelowych przynajmniej w większości przypadków.

W każdym razie doświadczenia EINTHOVEN'a wykazały, że nerwy błędne wywierają wielki wpływ na mięśnie oskrzelowe, i że pod wpływem drażnienia nerwu błędnego powstaje znaczne podwyższenie ciśnienia oddechowego wraz z rozedmą płucną.

Że z drugiej strony nerwy błędne mogą uleść podrażnieniu i ze samej błony śluzowej oskrzeli, o tem wiadomo z dawniejszych doświadczeń RIEGEL'a, który wykazał, że przy wdechaniu pary amoniakalnej powstaje silne podrażnienie błony śluzowej oskrzeli, a w następstwie tego — silna duszność i ostra rozedma płuc.

Wszystkie dane przemawiają za tem, że podstawą napadu astmatycznego jest stan kurczowy, powstający za pośrednictwem nerwów błędnych. Na tej to właśnie okoliczności zasadza się i terapia napadu astmatycznego, zalecona przez prof. RIEGEL'a.

Wiadomo, że przy leczeniu astmy mamy dwa zadania: popierwsze, starać się należy o to, aby napady więcej się nie powtarzały; powtóre, idzie o to, aby dany napad przerwać, skrócić, złagodzić.

Na tem miejscu prof. RIEGEL omawia tylko kwestyę leczenia samego napadu.

Wychodząc z tego punktu widzenia, że w astmie ma się do czynienia z kurczem oskrzeli (*bronchospasmus*), zaleca się zwykle środki przeciw-

kurczowe, narkotyczne. Najczęściej i najchętniej używa się wstrzykiwań podskórnych morfiny, albo też zalecanego przez BIERMER'a wodanu chloralu (*hydras chlorali*). Oprócz tego wszakże w tym samym celu lekarze zachwalają rozmaite inne środki, jak: chloroform, kokainę, azotną amylu (*amyl-nitrit*), nitrogllicerynę, dwuchlorek metylenu i t. p.

Od kilku lat wszakże prof. RIEGEL używa przy leczeniu napadu astmy — a tropiny i to z bardzo dobrym wynikiem. Oto, jak prof. RIEGEL doszedł do stosowania tego środka.

Ponieważ napad astmy jest to kurcz oskrzeli, powstały wskutek podrażnienia nerwu błędnego, więc, chcąc usunąć napad, trzeba stosować środki, mogące zmniejszyć pobudliwość nerwu błędnego.

Wychodząc z tego założenia, że nerw błędny jest nerwem wydzielniczym żołądka, prof. RIEGEL przeprowadził szereg doświadczeń, aby się przekonać, czy za pomocą atropiny nie uda się zmniejszyć wydzielanie soku żołądkowego. Istotnie, wyniki dowiodły, że oczekiwanie było słusznem ¹⁾.

Wychodząc zupełnie z tego samego punktu, że napad astmy jest to właściwie nienormalne zwiększenie pobudliwości nerwu błędnego, prowadzące do kurczu oskrzeli, spróbował prof. RIEGEL, czy nie uda się za pomocą atropiny zmniejszyć ową nadmierną pobudliwość nerwu błędnego i w ten sposób przerwać lub skrócić napad astmy. Otóż, od kilku lat stosuje prof. RIEGEL przeciw napadom astmy oskrzelowej — wstrzykiwania podskórne atropiny w dawce $\frac{1}{2}$ —1 miligr. i doszedł do tego przekonania, że środkiem wzmiankowanym, przynajmniej w wielkiej liczbie przypadków, można napad przerwać lub bardzo szybko złagodzić i o wiele skrócić.

W ogóle powiedzieć należy, że działanie atropiny tem szybciej następuje, im wcześniej w napadzie ją stosujemy: duszność, a wraz z nią i rozedma płucna ustępują w 15—20—30 minut po wstrzyknięciu.

W końcu zaznaczyć tu należy, że już dawniej zalecano atropinę w połączeniu z innymi środkami leczniczymi przeciwko astmie—ale przeciwko samej chorobie, a nie w celu przerwania, skrócenia napadu, co jest pomysłem prof. RIEGEL'a.

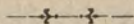
Szczególniej TROUSSEAU zalecał atropinę, jako środek, mogący uleczyć z astmy. Według przepisu tego znakomitego klinicysty, chory przez pierwsze dziesięć dni przyjmował pigułki z belladony i atropiny, następne dziesięć dni przetwory terpentynowe, a w końcu dziesięć dni—arszenik.

Obecnie za przykładem NOORDEN'a znowu zwrócono uwagę na leczenie astmy systematycznym, dłuższym stosowaniem atropiny. O ile wszakże atropina może wpłynąć nie tylko na sam napad, ale i na samą chorobę, t. j. o ile może uchronić od powtarzania się napadów, to dopiero dalsze spostrzeżenia wykażą. Zresztą już i TROUSSEAU utyskiwał, że często w astmie i atropina zawodzi.

Wiktor Grostern.

¹⁾ RIEGEL. O wpływie środków leczniczych na wydzielanie się soku żołądkowego. Referat LANDEGO. Gazeta Lekarska. 1899. Nr. 43. str. 1135—1136.

Wiadomości bieżące.



— W d. 28 października r. b. otwarty w Warszawie przy ulicy Krakowskie Przedmieście № 6 zakład leczniczy dla chorych na gardło, krtań, uszy i nos. Zakład ten, w doskonałym miejscu położony, zaopatrzony w liczne, potrzebne dla leczenia środki pomocnicze [przyrząd elektryczny dla masażu krtani, błony bębenkowej i t. d.], posiadający ładnie urządzonej salkę operacyjną, założony został przez specjalistów kol. MĄCZEWSKIEGO i ZIĘCIAKIEWICZA. Konsultantem zakładu jest kol. W. WRÓBLEWSKI. Zakład, prócz chorych przychodzących, posiada i pokoje dla internów.

— Z okazji 50-letniego jubileuszu cesarza austriackiego założyciel firmy H. MATTONI w Gieshübl złożył wydziałowi lekarskiemu w Wiedniu sumę 20000 koron, od której procent 700 koron ma być wypłacany corocznie autorowi najlepszej pracy z dziedziny balneologii, autorowi, który kształcił się, pracował i dokonał pracy w jednym z niemieckich austriackich uniwersytetów. Ten ostatni warunek jest paradny i charakterystyczny dla obecnych stosunków w Austrii.

— Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w przyszłym roku w Krakowie, odbył w d. 20 b. m. posiedzenie, na którym uchwalono przedłużyć Zjazd poza pierwotnie zakreślony czas 4-dniowy jeszcze na środę 25 lipca 1900, a to w tym celu, aby uzyskać we wtorek popołudniu czas na zbiorowe posiedzenie, poświęcone obradom nad sprawą gruźlicy, jako kwestyą pierwszorzędną doniosłości naukowej i społecznej. Pomysł skupienia wszystkich sekcji dla narad nad tą sprawą wyszedł od Sekcji Zakopańskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich z inicjatywy D-ra T. JANISZEWSKIEGO, lekarza stacyi klimatycznej w Zakopanem. To zbiorowe posiedzenie nie wylączy dokładnych dyskusji nad rozmaitemi zagadnieniami, dotyczącymi gruźlicy, w każdej ze sekcji lekarskich Zjazdu. Nadto na pierwszym ogólnym posiedzeniu Zjazdu wygłoszony będzie przez jedną z polskich znakomitości lekarskich wykład, obejmujący obecny stan nauki o gruźlicy i jej zwalczaniu przez społeczeństwo.

Oba ogólne posiedzenia Zjazdu uświetnione będą nadto wykładami dwóch najślynniejszych dzisiaj naszych uczonych, t. j. prof. HOYERA z Warszawy i prof. NENCKIEGO z Petersburga, którzy już przychyliłi się pod tym względem do prośby komitetu.

Liczba sekcji naukowych Zjazdu zwiększyła się o sekcję dentystyczną, której gospodarzem będzie Doc. dr. ŁEPKOWSKI [Kraków, ul. Straszewskiego]. Nadto sekcya techniczna Zjazdu, której organizacyą zajmują się z ramienia Towarzystwa Technicznego Krak. i Komitetu Zjazdu dyrektor INGARDEN i prof. STEINGRABER, podzieli się prawdopodobnie wskutek spodziewanego napływu uczestników na kilka grup, obradujących odrębnie. We wszystkich innych sekcjach prace przygotowawcze są w pełnym toku, a z dniem 1 grudnia będą już oznaczone wszystkie główne tematy obrad w każdej sekcji i ogłoszone nazwiska uproszonych referentów, z którymi toczą się obecnie rokowania.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b.; Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою Варшава, 21 Октября 1899. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

Przegląd lekarski

wychodzi trzydziesty ósmy rok

co soboty, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku. Mając na względzie potrzeby lekarzy praktycznych, zamieszcza Przegląd lekarski w swoich łamach:

I. Artykuły oryginalne z klinik, szpitali krajowych i zagranicznych z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych prac i podręczników. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginalnych, w kraju i zagranicą. IV. Zapiski lecznicze i nowe leki. V. Felieton zajmujący się ważnymi sprawami, tyjącymi się stanu lekarskiego i medycyny publicznej. VI. Korespondencje. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Wiadomości bieżące.

Jako organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich zamieszcza Przegląd lekarski Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lek. krakows. i wszystkich sekcji Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Jako organ obu izb lekarskich (wschodnio - i zachodnio-galicyjskiej) ogłasza sprawozdania z posiedzeń wydziału i pełnych posiedzeń izbowych i tym sposobem, obok artykułów treści ściśle naukowej, informuje czytelnika o najważniejszych sprawach, cały stan lekarski obchodzących.

Przez zaprowadzenie okładki oddzielono część redakcyjną od inseratów.

Wszystkie prace umieszczone w **Przeglądzie Lekarskim**, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatne.

Cena w Galicji rocznie 8 złr. 80.

„ „ Królestwie Pol. i Cesarstwie rocznie 6 rubli.

Biurowa Administracyi:
ul. Podwale 9.

Biurowa Redakcyi: **Basztowa 4.**
Red. główny: *D-r August Kwaśnicki.*

Uzdrowisko na wyspie

pod PADERBORN (Niemcy)

Otwarte latem i zimą i licznie uczęszczane. Doskonałe skutki lecznicze.

Specjalny zakład dla chorych, dotkniętych astmą i cierpieniami narządów oddechowych (cierpien górne dróg oddechowych, katarów oskrzeli, rozedmy płuc).

Fizyczne - dyetetyczne metody lecznicze. Deptak. Ogród zimowy. Klimat łagodny. Wielki park. Ogrzewanie centralne. Prospekty gratis.

Nagrodzona medalem srebrnym na wystawie w Pradze 1896 roku.

Urysolwina MAHL'A

CYTRYNIAN LITYNO - MOCZNIKOWY,

Fizyologiczny środek moczopędny, rozpuszczający kwas moczowy.

Skład w Aptece **K. W E N D Y** Krakowskie Przedmieście 45.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Literatura bezpłatnie.

Lekarz potrzebny
Wiadomość Krucza 12 m. 13.

OPUŚCIŁ PRASĘ:

Kalendarz Lekarski na rok 1900

(Wydawnictwo Dra J. Polaka).

Treść stanowią: Kalendarz kościelny (wraz z imionami słowiańskimi), lista lekarzy warszawskich; skład osobisty urzędu lekarskiego, szpitali warszawskich, klinik i pracowni Uniwersytetu; lecznice, apteki i zakłady materiałów aptecznych podług ulic, przytułki dla rodzących, służba weterynaryjna, adresa izb felczerskich; lista lekarzy prowincjonalnych, skład osobisty urzędów lekarskich gubernialnych, apteki i szpitale we wszystkich powiatach, spis lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach i miejscowościach klimatycznych za granicą.

Podręcznik terapeutyczny, zawierający w porządku alfabetycznym (według chorób) metody lecznicze i środki używane w poszczególnych chorobach oraz recepty.

Najwyższe dawki według farmakopei urzędowej z roku 1891, zamiana wag, porównanie skal ciepłomierza, dawkowanie wstrzykiwań podskórnych dla dorosłych i dzieci, wstrzykiwań mięszoowych, ławatyw, dawkowanie leków wprowadzanych do worka łącnicy, do pochwy, do macicy, dawkowanie leków do wzięcia, do pędzlowania gardła i krtań, do wdmuchiwań. Rozpuszczalność ważniejszych przetworów, ilość kropli w skrupule i gramie, kąpiele lecznicze. Tablica ciąży. Wymiary miednicy kobiecej. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży, tablica wyrzynania się zębów.

Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Skład chemiczny ważniejszych przetworów odżywczych (wyciągów, maczek, bulionów, kumysu i t. p.) i pokarmów. Przegląd leków najnowszych. Synonimy środków lekarskich (około 500). Tablica pogładowa ważniejszych wód mineralnych. Tablica okresu wylegania chorób zakaźnych. Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych. Dezynfekcja chemiczna. Aparaty dezynfekcyjne. Odwietrzanie mieszkań. Wzory świadectw lekarskich, protokółów, oględzin policyjno-i sądowo-lekarskich.

Kalendarz oprawny jest w piękną sztuczną skórę („erocodil“, „marocco“, „chagrin“), notatnik wkładany, na każdy kwartał oddzielny, tak, iż całość składa się z pięciu części związanych gumą i z ołówka.

Cena Kalendarza wynosi 1 rubel 50 kop. Za przesyłkę, sprowadzając wprost z Redakcyi i załączając gotówkę lub przekaz pocztowy, nie dopłaca się nic.

ADRES: REDAKCYA „ZDROWIA“ ulica S-to Krzyska Nr. 25 w Warszawie.

Sprowadzać również można za pośrednictwem Redakcyi „Cezety Lekarskiej“.

ZAKŁAD DERMATOLOGICZNY

dla chorób skórnych i wenerycznych

Włodzimierska Nr. 9.

Pokoje z całodziennem utrzymaniem od 3 do 5-ciu rubli.

Lekarze ordynujący: J. Diehl, A. Elzenberg, Hellin, J. Klejnadel, E. Kurella, K. Mazaraki, P. Sieragowski, J. Sierpowski, J. Sobierański, K. Szmakfefer, Wośowski, J. Wojciechowski, T. Żera. 25—2

WKRÓTCE OPUŚCI PRASĘ

Kalendarz dla lekarzy - praktyków na rok 1900

D-ra Al. FRUCHTMANA

obejmujący działy następujące: część informacyjną (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, opłaty aktowe i stempłowe, wykaz czasopism lekarskich, krajowych i zagranicznych, listę lekarzy warszawskich i prowincjonalnych, listę akuserek, wykaz prywatnych zakładów leczniczych), notatnik do zapisywania adresów, część lekarską (najwyższe dawki dla dorosłych, dla dzieci, nowe środki lekarskie, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu leków do odbytnicy, do cewki moczowej i pęcherza, do łącnicy i ucha, do macicy i pochwy, tablicę rozpuszczalności niektórych przetworów chemicznych w wodzie, wysokoku, eterze i glicerynie, synonimy niektórych środków lekarskich, kąpiele lecznicze sztuczne, wykaz miejscowości kąpielowych i leczniczych, zatrudnia, pierwsza pomoc w przypadkach nagłych, skład najbardziej używanych pokarmów, dieta w rozmaitych cierpieniach, ilość pokarmów podawanych ssawcom, okresy wylegania chorób zakaźnych, oraz czas izolacji uczących się w zakładach naukowych, wzrost i waga męzczyzn i kobiet, stopień rozwoju płodu w rozmaitych miesiącach, wymiary płodu dojrzałego, wzrost i waga zdrowego dziecka, ząbkowanie prawidłowe, tablicę ciąży), ogłoszenia.

Cena za egzemplarz Rb. 1.20, z przesyłką pocztową Rb. 1.40.

Zamówienia przyjmują redakcyje czasopism lekarskich oraz księgarnia W-go E. WENDE i S-ka, Krakowskie-Przedmieście 9.