

GAZETA LEKARSKA

I. O GRYPIE PRZEWLEKŁEJ.

[Odczyt, wypowiedziany na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w dniu 16. V. 1899 r.]

Podał

K. Ciagliński.

Ostrawe przypadki influenzy, w których przy niewysokiej gorączce zwalnającej, a nawet przepuszczającej, jedynymi objawami są: uczucie osłabienia i przygnębienia, wraz z mniej lub więcej silnymi bólami głowy i mięśniowymi, zdarzały się corocznie; w tegorocznej epidemii były tylko liczniejsze i bardziej długotrwałe [od 2 do 3 tygodni]; uznać je za influencję pozwalają: brak typu w wahaniach ciepłoty, zupełna nieskuteczność chininy, brak wydatniejszych zmian w narządach wewnętrznych [co najwyżej, katar oskrzeli, nieznaczne powiększenie śledziony do góry] oraz „*genius epidemicus*“; tu także należałoby odnieść te przypadki, w których obok bardzo przykrego uczucia osłabienia i przygnębienia oraz łamania w kończynach, trwających czasem dni kilkanaście, ciepłota pozostaje zupełnie normalną; czasami pod koniec trwania tego stanu dopiero zjawia się silny katar nosa, przyczem ogólny stan chorych znacznie się poprawia i zaczyna się zdrowienie. Oprócz tego typu w tegorocznej epidemii obserwowałem 3 przypadki — z tych jeden bardzo dokładnie — wyróżniające się wybitnie pod względem przebiegu; że zaś niedawno w № 9 Wracza za r. 1899 zjawił się referat pracy prof. FŁATOWA, drukowanej w „Medycinskoje Obozrenie“ za styczeń, w której tenże opisuje dwa typy przewlekłej influenzy: jeden jak wyżej, a drugi bliźniaczo podobny do moich przypadków, pozwalam więc sobie jeden z nich szczegółowo przytoczyć.

Chłopiec, lat 10, dobrze zbudowany i odżywiany; poprzednio przechodził koklusz, ciężki dyfteryt i odrę, w ostatnich kilku latach całkiem zdrów. D. 2 listopada 1898 r. rano zaczął skarżyć się na zimno i mdłości, następnie kilkakrotne wymioty; ciepłota wieczorna pod pachą 39,2°, na skórze i w narządach wewnętrznych nie nienormalnego się nie znajduje; dreszcze powtarzały się kilkakrotnie do wieczora, poczem ustały; ciepłota wieczorem 38,6° [podawany był tylko olej rycynowy, który chory zwymiotował]. Stan ogólny o wiele lepszy.

Dnia 3. XI. ciepłota rano 38,2°, wieczorem 37,5°; język mało obłożony, brzuch niewzdęty, wypróżnień było dwa, niezbyt płynnych.

Następnych dni przy ciepłocie normalnej chłopiec wstał z łóżka, ale cały następny tydzień był nieswój.

Dnia 11. XI. rano ciepłota 37,8°, na twarzy wysypka w postaci plamek, przypominająca odrę; ogólne poczucie lepsze; wieczorem ciepłota 37,3°, wysypka na twarzy obfita, na tułowiu i kończynach bardzo nieliczna; kataru łącznie i nosa niema.

Dnia 13. XI. ciepłota prawidłowa, wysypka na twarzy bardzo obfita, na tułowiu i kończynach gdzieniegdzie; chory czuje się lepiej, niż przez cały czas między dwoma napadami choroby. Przez następne 3 tygodnie chłopiec chodził do gimnazjum; czuł się nieźle, jednak zwykłej żywości, humoru i apetytu nie odzyskał.

W początkach grudnia nad wieczorem chory skarży się na zimno i ból głowy. Ciepłota 38,3°; chory w nocy śpi niespokojnie, rano ciepłota 38,5°, żadnych zmian obiektywnych; wieczorem ciepłota 37,5°, następnego dnia rano 37,2°; chłopiec wstaje, następnych dni idzie do szkoły, ale wygląda źle; przez kilka dni, jak i po poprzednim napadzie, podawana chinina dwa razy dziennie po 0,3 bez widocznego wpływu na stan ogólny. Ciepłota, mierzona kilkakrotnie, nie dochodziła 37,5°, apetyt się nieco poprawił, ale wygląd mizerny.

W dniu 3 stycznia 1899 r. około 2-iej po południu silne ziębienie, ciepłota [mierzona dwukrotnie pod pachą, za każdym razem 15 min.] 36,8°; chłopiec marudzi, narzeka na bóle głowy, położony do łóżka rozgrzał się; wieczorem ciepłota 37°, chory czuje się lepiej; język nieobłożony, brzuch niewzdęty, śledziona niepowiększona; następnego dnia chłopiec wstał.

Dnia 19. I. rano mdłości i wymioty, ciepłota 35,8°, wiecz. 37°, chory czuje się lepiej; chodzi do szkoły, mizerny, ale czuje się nieźle aż do 16. II., kiedy zapada na nagminne zapalenie ślinianek z obu stron z lekkimi dreszczami i bólem głowy przy ciepłocie 37,6°—38,2°, pierwszego dnia i normalnej następnych, aż do 24. II., kiedy jednocześnie ze zmniejszeniem się ślinianek, nad wieczorem zjawily się dreszcze przy ciepłocie 38,3°; przyczyny tego podniesienia ciepłoty wynaleźć nie można, znajduje się jedynie poczynający się katar nosa [po tygodniu leżenia w łóżku].

Dnia 25. II. ciepłota 37,8°—37,2°, katar nosa dość silny, zresztą nic. Ciepłota się już nie podniosła i chłopiec po 5-ciu dniach zaczął chodzić do szkoły, nie czując się jednak zupełnie dobrze i 15-go marca znów zapadł, przy zwykłych objawach: dreszczów i niewysokiej gorączki, tym razem katar nosa; 38,7° wieczorem. Dnia 16. III. 38,4° rano, 37,8° wieczorem. Dnia 17. III. 37,2° rano, 37° wieczorem; ciepłota już się nie podnosiła, ale chłopiec był ciągle bez humoru i apetytu, pokładał się w dzień, w nocy spał niespokojnie; termometr zakładany kilkakrotnie nie pokazywał wyżej 37° aż do 25-go III, kiedy chory zaczął się skarżyć około 11-iej przed południem na silny ból nad lewym oczodołem (*neuralgia supraorbitalis*) przy ciepłocie 38,3° rano, wieczorem 38,5°.

Dnia 26. III. rano 38,4°, wieczorem 37,8°; ból o tej samej porze; podano 0,6 chininy.

Dnia 27. III. ciepłota 38° rano, 37,5° wieczór, ból jak wyżej, podano 0,6 chininy i 28. III. rano 0,6 chininy, ciepłota 37,8°—37,3°, ale ból znowu wystąpił i trwał po dawnemu, wieczorem więc już chininy nie podano.

Dnia 29. III. ciepłota 37,2°—37,2°, ból od 11-ej do 12-ej jak wyżej; chininy nie podano.

Dnia 30. III. ciepłota 36,9°—37,3°, ból był, ale słabszy; od tego czasu ciepłota się nie podnosiła, ból odzywał się słabo przez 2 dni, chłopiec sam chce wstawać, apetyt się zjawia, cera lepsza, w ogóle chory zaczyna wyglądać lepiej, niż cały ten czas od listopada; je z apetytem i może wskutek tego 4 kwietnia wieczorem dostaje lekkiego ziębienia przy ciepłocie 37,8° C., w nocy śpi niespokojnie, ale na drugi dzień rano ciepłota 37,5°; podano olej rycynowy; były kilkakrotne obfite wypróżnienia, wieczorem ciepłota 37° i od tego dnia dziecko zaczęło się szybko poprawiać, odzyskiwać zwykły wygląd, humor i teraz wróciło do „status quo ante Novembrem“.

Mieliśmy zatem do czynienia ze stanem chorobowym, trwającym od początku listopada do końca marca, a więc miesięcy 5, objawiającym się podnoszeniem się ciepłoty, pierwszy raz tylko z burzliwymi objawami, zdającymi się zapowiadać ciężkie zakażenie i z gorączką, przechodzącą 39°, następnie z dość łagodnymi objawami i nieznaczną [między 37,5° a 38,5°] gorączką, trwającą 2, najwyżej 3 dni, ustępującą bez chininy, nie przedstawiającą ani śladu typu, bez zmian w narządach wewnętrznych, a wyłącznie powiększenie śledziony; przerwy między napadami były: 8 dni, 3 tygodnie, 4 tygodnie, 16 dni; po 4-ym napadzie blisko miesiąc przerwy, a potem znowu napad w czasie zdrowienia po śwince, następnie w 18 dni, potem w 9 najdłuższy [5 dni] z neuralgią nadoczodołową — razem 7 napadów. Chłopiec w przeciągu tych 5-ciu miesięcy ani razu w przerwach do zwykłego wyglądu, humoru i apetytu nie wracał. Zwracam uwagę, że w jednym z napadów [3 stycznia] były silne dreszcze i osłabienie bez podniesienia ciepłoty, objaw, na który zwraca uwagę w swej pracy prof. FIŁATOW, a czego, o ile wiem, w malarii dotąd nie notowano.

Czy można więc przytoczony obraz chorobowy uważać za jedną organiczną całość i czy nie był to przypadek malarii?

Co do pierwszego—możnaby uważać za recydywy lekkiej grypy, ale nawet w tym przypadku 7 recydyw w przeciągu 5-ciu miesięcy w różnych odstępach czasu dowodzi, że organizm znajduje się cały ten czas pod wpływem pewnego zarazka, który się w nim ciągle odradza [boć trudno przypuścić tylokrotne świeże zakażenie], *resp.* uległ przewlekłemu zakażeniu. Co do drugiego, brak powiększenia śledziony, nieskuteczność chininy, brak typu dostatecznie przemawiają przeciw temu rozpoznaniu. Mimo to nie zdecydowałbym się na podawanie niniejszego opisu, gdyby nie spostrzeżenia FIŁATOWA, zgadzające się zupełnie z opisanym przypadkiem, co pozwala mi uważać go za pewną rzadką [przynajmniej u nas dotąd] formę grypy.

Dwa podobne przypadki, jeden u ucznia 11-letniego, drugi u kobiety czterdziestokilkoletniej, polegały także na kilkakrotnych, co kilka lub kilkanaście dni zapadnięciach, szczegółowo wszakże przezemnie obserwowane nie były; wspomnę tylko, że u chłopca obserwowałem także podobną do odry wysypkę

na twarzy, u kobiety dwukrotnie silne ziębienie z uczuciem ogólnego rozlania i osłabienia, a bez podniesienia ciepłoty ciała. Kol. SOKOŁOWSKI w pracy swojej „O charakterze influenzy“, drukowanej w „Gazecie Lekarskiej“ w r. 1890, o formie takiej nie wspomina; mówi on tylko, że widywał recydywy u ludzi, zbyt wczesnie opuszczających łóżko, ale nigdy w takiej ilości, jak w podanym przypadku. Zdaje się, że podobne formy zaczynają się dopiero teraz zjawiać: może wróżą nam wygaśnięcie epidemii.

II. O OBJAWACH, WYSTĘPUJĄCYCH POD WPŁYWEM ELEKTRYCZNEGO PODRAŻNIENIA

CIAŁKA PRAŻKOWANEGO I WZGÓRKA WZROKOWEGO.

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

Podat

Prof. D-r J. Prus,

dyrektor Instytutu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Lwowskiego.

— — — — —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 43].

Zdając sprawę z własnych badań, muszę w pierwszym rzędzie wydać, że pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciała prążkowanego pojawiają się w ogólności pewnego rodzaju objawy ruchowe oraz wstrzymanie oddechania, podwyższenie parcia krwi i zwolnienie tętna.

Co się tyczy objawów ruchowych, to zależnie od miejsca podrażnienia pojawiają się albo kurcze tężcowe lub kloniczne, albo też ruchy podobne do ruchów, jakie wykonywa zwierzę wśród biegania, albo wreszcie pojawia się typowy napad padaczkowy.

Kurcze kloniczne występują przy drażnieniu tylnej zewnętrznej części ciała prążkowanego. Gdy część tę drażnimy słabym prądem przerywanym, pojawiają się kurcze tężcowe tylko w łapie przedniej przeciwległej, przy czem łapa ta podnosi się nieco do góry i odchyła w bok, t. j. ku zewnątrz. Natomiast pod wpływem silniejszych prądów występuje ogólny tężec, o wiele wybitniejszy w łapkach przednich, niż tylnych. W chwili zaprzestania drażnienia ustępują natychmiast te kurcze tężcowe.

Kurcze tężcowe pojawiają się przy drażnieniu środka powierzchni ciała prążkowanego. Słabe prądy wywołują lekkie kurcze kloniczne w obu łapach po przeciwległej stronie, gdy tymczasem silniejsze prądy sprowadzają wybitne kurcze kloniczne we wszystkich czterech łapach. W miarę znacniejszego wzmocnienia siły prądu zaczynają przeważać kurcze tężcowe, zwłaszcza w łapach przednich, które coraz bardziej się rozstawiają. Kurcze kloniczne trwają tak długo, jak drażnienie.

Ruchy podobne do ruchów, jakie wykonywa zwierzę wśród biegania, czyli tak zwane ruchy bieżne (*Laufbewegungen*), zjawiają się przy drażnieniu części przedniej ciała prądkowanego. Pod wpływem słabych prądów pojawiają się ruchy bieżne tylko w łapie tylnej przeciwległej, silniejsze zaś prądy wywołują bardzo gwałtowne ruchy bieżne w obu tylnych łapach i kurcze kloniczne w przednich łapach, przyczem łapa przednia przeciwległa idzie ku tyłowi, gdy tymczasem łapa przednia po stronie drażnienia wysuwa się ku przodowi i podnosi się ku górze. Ruchy bieżne trwają zwykle dłużej, niż drażnienie.

Napad padaczkowy pojawia się najczęściej po podrażnieniu przyśrodkowej lub przedniej części ciała prądkowanego, rozpoczyna się zaś zwykle od drgań mięśni pyska, poczem występują kurcze tężcowe w mięśniach tułowia i kończyn, a następnie kurcze kloniczne. Napad trwa zwykle dość długo, a łączy się zawsze z cechującymi zmianami w oddechaniu, w parciu krwi i w tętnie oraz z obfitem wydzieleniem się śliny, jak niemniej z oddaniem stołca i moczu. Czasem pojawiają się napady padaczkowe samoistnie wkrótce po ustaniu napadu, wywołanego przez podrażnienie elektryczne ciała prądkowanego. Z naciskiem uwydatnić muszę, że napad padaczkowy, wywołany przez podrażnienie ciała prądkowanego, nie różni się niczem od napadu, wywołanego przez podrażnienie kory mózgowej.

Wpływ podrażnienia ciała prądkowanego na ruchy oddechowe objawia się stale wstrzymaniem oddechania w chwili wdechu. Najsilniejsze i niemal natychmiastowe wstrzymanie oddechania pojawia się podczas drażnienia przyśrodkowej lub tylnej części ciała prądkowanego. Oddech jest wówczas zupełnie wstrzymany przez cały czas drażnienia. Po odjęciu elektrod powraca oddech prawidłowy lub też oddechanie jest nieco wzmocnione. Podczas drażnienia środkowej części ciała prądkowanego wstrzymuje się również oddech na pewien czas, później atoli pojawia się lekkie przyśpieszenie oddechania. Gdy drażnimy przednią część ciała prądkowanego, wstrzymanie oddechania trwa krótko, czasem pojawia się tylko zwolnienie oddechania lub oddechy urywane, później atoli przyśpiesza się zwykle oddechanie.

Parcie krwi podnosi się podczas drażnienia ciała prądkowanego. Najsilniejsze podwyższenie parcia krwi [o 100 mm. Hg] zdarza się wśród drażnienia przyśrodkowej części ciała prądkowanego.

W chwili odjęcia elektrod parcie natychmiast na krótki czas się obniża, poczem wznosi się prawie do pierwotnej wysokości [bez ponownego podrażnienia] lub też pojawiają się silne wahania w parciu, a w każdym razie pozostaje parcie przez dłuższy czas na wyższym stopniu. Dość znacznie podnosi się parcie, gdy drażnimy tylną lub środkową część powierzchni ciała prądkowanego, w tym atoli przypadku parcie wraca wkrótce do stanu prawidłowego po ustaniu drażnienia. Na krzywej parcia widoczne są wahania zależne od oddechania, czyli wahania TRAUBE'go i HERING'a.

Mniej wybitne podwyższenie parcia zdarza się przy drażnieniu przedniej części ciała prądkowanego z wyjątkiem oczywiście tych przypadków, w których drażnienie tego miejsca wywołało napad padaczkowy, w tym razie bo-

wiem pojawia się w ciągu napadu bardzo gwałtowne podniesienie się parcia. Po zaprzestaniu drażnienia opada zwykle parcie poniżej normy. Dodać muszę, że podwyższenie parcia krwi nie zależy od równoczesnego wstrzymania oddechania, albowiem parcie podwyższa się także w tych przypadkach, w których pod wpływem podrażnienia ciała prążkowanego istnieje przyspieszenie oddechania.

Zwolnienie tętna najwybitniej pojawia się podczas drażnienia przyśrodkowej lub tylnej części ciała prążkowanego. W tych przypadkach zwolnienie tętna ma cechy tak zwanego tętna nerwu błędnego (*Vagus puls*). Po podrażnieniu przedniej lub środkowej części tętno nieznacznie tylko się zwalnia.

Wszystkie objawy powyżej opisane potęgują się w miarę użycia silniejszych prądów oraz po wkluciu elektrod wgląd ciała prążkowanego.

Elektryczne podrażnienie *striae corneae*, t. j. miejsca, leżącego na granicy między ciałkiem prążkowanym a wzgórkami wzrokowym, sprowadza najczęściej gwałtowny tęzec ogólny, trwający przez czas drażnienia, a wyjątkowo tylko, a mianowicie podczas drażnienia przedniej, przyśrodkowej części, wywołuje kurcze kloniczne lub ruchy bieżne, nadto pojawia się zwykle wstrzymanie oddechania, podwyższenie się parcia krwi oraz zwolnienie tętna.

Rozważmy obecnie pytanie: jak wytłómaczyć powstanie objawów powyżej skreślonych?

Przedewszystkiem musimy rozstrzygnąć, czy objawy te są wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie nerwów czuciowych ciała prążkowanego.

Pytanie to rozwiązać mogą najłatwiej doświadczenia, w których wyłączywszy wpływ nerwów czucia przez znieczulenie powierzchni ciała prążkowanego kokainą. Do tego rodzaju doświadczeń zachęciła mnie głównie ta okoliczność, że już w pracy mej nad padaczką zastosowaniu kokainy na korę mózgową zawdzięczam wyjaśnienie genezy napadu padaczkowego; okazało się bowiem, że po zapędzłowaniu kory roztworem kokainy drażnienie kory najsilniejszymi nawet prądami nie sprowadza już napadu padaczkowego, że więc padaczka korowa jest wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie nerwów czuciowych kory mózgowej.

Liczne doświadczenia, w powyższym kierunku przedsięwzięte, wykazały, że przy drażnieniu ciała prążkowanego, znieczulonego przez zapędzłowanie 10% roztworem kokainy, pojawiają się tylko albo kurcze tępcowe, albo kurcze kloniczne zależnie od miejsca podrażnienia oraz podwyższenie się parcia krwi i że natomiast wśród tych warunków nie można wywołać ruchów bieżnych lub napadu padaczkowego, ani też wstrzymania oddechania lub zmiany w liczbie tętna.

Wobec tego nie ulega najmniejszej wątpliwości, że objawy, jak: ruchy bieżne, napad padaczkowy, wstrzymanie oddechania i zwolnienie tętna są wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie włókien nerwowych czuciowych, znajdujących się w powierzchownej warstwie ciała prążkowanego,

podczas gdy kurcze tężcowe i kloniczne tudzież podwyższenie parcia krwi zależą od bezpośredniego elektrycznego podrażnienia komórek, względnie nerwów ruchowych, przebiegających w ciałku prążkowanym lub w najbliższym jego sąsiedztwie.

Celem rozstrzygnięcia pytania, czy kurcze tężcowe i kloniczne zawdzięczają swe powstanie podrażnieniu torebki wewnętrznej prądami ubocznymi, przedsięwziąłem doświadczenia, w których najprzód przeciąłem obie piramidy, a następnie dopiero drażniłem ciałko prążkowane, znieczulone kokainą. Dostęp do piramid torowałem sobie za pomocą trepanacji podstawy czaszki, a mianowicie trzonu kości potylicowej. Doświadczenia te wykazały, że mimo przecięcia dróg piramidalnych w obu piramidach pojawiały się obustronne kurcze tężcowe, względnie kloniczne, pod wpływem podrażnienia ciałka prążkowanego znieczulonego. Wobec tego wyniku nie może ulegać wątpliwości, że kurcze tężcowe, względnie kloniczne, nie pochodzą od podrażnienia dróg piramidalnych w torebce wewnętrznej, lecz zależą od podrażnienia komórek lub nerwów ruchowych, znajdujących się w ciałku prążkowanym. Jaką drogą przenosi się stan czynny z podrażnionego ciałka prążkowanego na mięśnie tułowia i kończyn pomimo zupełnej przerwy dróg piramidalnych, trudno rozstrzygnąć. Ze względu na wyniki mych badań nad czynnością wzgórków czworaczych, wyrazić mogę to przypuszczenie, że droga dla przeniesienia się podniet, wywołujących kurcze tężcowe, przebiega przez wzgórek czworaczy przedni, podczas gdy droga dla przeniesienia się podniet, wywołujących kurcze kloniczne, przebiega przez wzgórek czworaczy tylny. Podrażnienie bowiem znieczulonego wzgórka czworaczego przedniego sprowadza kurcze toniczne, podrażnienie zaś wzgórka tylnego wywołuje kurcze kloniczne mimo poprzedniego przecięcia obu piramid. Pomnąc, że kurcze tężcowe występują pod wpływem podrażnienia tylnej i zewnętrznej części ciałka prążkowanego i że kurcze kloniczne pojawiają się po zadrażnieniu środkowej części ciałka prążkowanego, sądzę, że istnieje droga ruchowa pomiędzy tylną zewnętrzną częścią ciałka prążkowanego a wzgórkami czworaczym przednim oraz droga ruchowa pomiędzy środkową częścią ciałka prążkowanego a wzgórkami czworaczym tylnym.

Na tem miejscu nie mogę pominąć pytania: jak wytłómaczyć odmienny wynik wspomnianych badań MINOR'a i BECHTEREW'a, którzy po zniszczeniu dróg piramidalnych przez wycięcie sfery ruchowej w korze nie otrzymywali przy drażnieniu ciałka prążkowanego żadnego efektu ruchowego? Otóż, zdaniem mojem, spostrzeżenie MINOR'a i BECHTEREW'a wyjaśnić można przypuszczeniem, że drogi ruchowe, mające istnieć pomiędzy ciałkiem prążkowanym a wzgórkami czworaczymi, biorą początek w sferze ruchowej kory mózgu i że po zniszczeniu kory ulegają te drogi zwyrodnieniu wtórnemu zstępującemu tak samo, jak i drogi piramidalne.

Co do podwyższenia się parcia krwi, to na podstawie moich badań nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w części przyśrodkowej ciałka

prążkowanego znajduje się ośrodek naczynio-ruchowy, a mianowicie ośrodek zwężający naczynia krwionośne.

Przystępując do bliższego omówienia objawów, zaliczonych do kategorii odruchów, poświęcę najprzód słów kilka tłumaczeniu pojawienia się ruchów bieżnych. Jak już nadmieniałem, ruchy bieżne, występujące pod wpływem podrażnienia ciała prążkowanego, są wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie nerwów dośrodkowych, a mianowicie najprawdopodobniej nerwów czulnych, choćby tylko z tego względu, że badania anatomiczne nie wskazują na istnienie w powierzchniowej warstwie ciała prążkowanego innych nerwów dośrodkowych, jak np. nerwów zmysłowych. Co się tyczy miejsca, w którym przenosi się podrażnienie z nerwów dośrodkowych na nerwy odśrodkowe, to brak mi w tym względzie wszelkich danych. Natomiast pytanie, po jakiej drodze odśrodkowej przenosi się podrażnienie do mięśni, można na podstawie doświadczeń w przybliżeniu rozwiązać. Przedewszystkiem bowiem należy rozstrzygnąć, czy drogi piramidalne pośredniczą w przewodzeniu tych podnieć. Otóż badania w tym kierunku przedsięwzięte wykazały, że drogi piramidalne nie odgrywają żadnej roli w przeniesieniu się podnieć dla ruchów bieżnych, gdyż po przecięciu obu piramid podrażnienie ciała prążkowanego sprowadza mimo tego wybitne ruchy bieżne. Muszą więc istnieć inne drogi ruchowe, które w pojawieniu się ruchów bieżnych pośredniczą. W pracy o padaczce korowej wykazałem, że oprócz znanych nam dróg piramidalnych istnieją jeszcze inne drogi ruchowe, które nazwałem drogami pozapiramidalnymi (*Extrapiramidenbahnen*), a które przebiegają od kory mózgowej przez górną część śródmózdzia i rdzeń przedłużony aż do rdzenia pacierzowego i że te drogi pozapiramidalne przewodzą głównie podnieć dla ruchów skojarzonych oraz pośredniczą w odruchach, wywołanych przez podrażnienie kory mózgowej.

Otóż z uwagi, że ruchy bieżne należą do ruchów skojarzonych i że występują po podrażnieniu ciała prążkowanego w drodze odruchu, sądzę, że właśnie drogi pozapiramidalne pośredniczą w pojawieniu się ruchów bieżnych.

Pojawienie się napadu padaczkowego pod wpływem podrażnienia ciała prążkowanego można z łatwością wytłumaczyć w myśl mojej teorii, przedstawionej w pracy wspomnianej o padaczce. Zdaniem mojem, napad padaczkowy jest wyrazem odruchu złożonego, wywołanego przez podrażnienie nerwów czulnych, znajdujących się w powierzchniowej warstwie ciała prążkowanego, a w uogólnieniu się napadu pośredniczy szara substancja układu nerwowego, a mianowicie śródmózdzia, rdzenia przedłużonego i pacierzowego. Wobec tego, że po całkowitem wyluszczeniu obu półkul mózgowych, podrażnienie ciała prążkowanego sprowadza czasem zupełnie typowy napad padaczkowy, nie ulega żadnej wątpliwości, że obecność sfery ruchowej w korze nie stanowi niezbędnego warunku do pojawienia się napadu padaczkowego, jak to UNVERRICHT, BINSWANGER i inni utrzymują.

Inne objawy, a mianowicie: wstrzymanie oddechania i zwolnienie tętna, nie wymagają szczegółowego omówienia, wiadomo bowiem, że tego rodzaju objawy występują w drodze odruchowej po podrażnieniu rozmaitych nerwów czulnych.

Jak widzimy, badania nasze wykazały dobitnie, że ciało prążkowane można pobudzić prądem elektrycznym i że objawy, występujące pod wpływem podrażnienia elektrycznego ciała prążkowanego, powstają bądźto w drodze odruchu z powodu pobudzenia nerwów czulnych, bądź też zawdzięczają swe powstanie bezpośrednio podrażnieniu dróg ruchowych, znajdujących się w ciałku prążkowanym, a biegnących głównie do wzgórków czworaczych. Do pierwszego działu należą: ruchy bieżne, napad padaczkowy, wstrzymanie oddechania i zwolnienie tętna, do drugiego zaś działu zaliczyć należy: kurcze tężcowe i kurcze kloniczne, tudzież podwyższenie się parcia krwi. [C. d. n.].

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

III. NIEDOROZWÓJ PSYCHICZNY I JEGO STOSUNEK

DO RÓŻNYCH KATEGORYI ZBOCZEŃ MOWY.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 26 września r. b.

przez

D-ra Władysława Oltuszewskiego.

— † — † — † —
[Dokończenie — Patrz Nr. 44].

Zachodzi pytanie, jaki liczebny stosunek zajmuje niedorozwój psychiczny w etyologii zboczeń mowy. Pozwalam sobie przytoczyć w tym względzie odnośne liczby, oparte na materiale klinicznym z ostatnich siedmiu lat. Na 232 przypadki niemoty u dzieci znalazłem niedorozwój psychiczny w 60 przypadkach, a porażenia mózgowe wieku dziecięcego w 20. Na 58 przypadków bełkotania było 22 przypadki niedorozwoju, a 11 porażen mózgowych. Na 229 przypadków wadliwego wymawiania niedorozwój okazał się w 22. Na 54 przypadki mowy nosowej niedorozwój powodował to zбочzenie w 7 przypadkach, a porażenia w 4. Nakoniec na 641 przypadków jąkania niedorozwój, jako moment etyologiczny, dawał się wykazać w 10 przypadkach, a porażenia w 2. Włączając w to 38 przypadków niemoty u dorosłych oraz 8 przypadków trzepotania, które nie łączyły się z pomienionymi zбочzeniami, okazuje się, że ogółem na 1260 przypadków zboczeń mowy, spostrzega-

nych do d. 1. VIII. 1899 r., niedorozwój łącznie z porażeniami powodował zбочenia mowy w 158 przypadkach. Liczbę tę uważam jedynie za przybliżoną, gdyż faktycznie jest ona daleko większą, a to z powodów, które wyliczyłem, mówiąc o stosunku porażen mózgowych do różnych kategorii zбочen mowy [brak w wielu przypadkach ścisłych wywiadów, trudności przedstawiające się przy określaniu sfery umysłowej u małych dzieci i t. d.]. Wyłączając wrodzoną, zupełną głuchotę, jako bardzo częstą przyczynę niemoty u dzieci i zestawiając procentowy stosunek niedorozwoju psychicznego łącznie z porażeniami przy niemocie, bełkotaniu oraz mowie nosowej, okazuje się, że w pomienionych zбочeniach odgrywa on niezmiernie ważną rolę, jako moment etyologiczny. Zgadza się to w zupełności z przedstawioną powyżej podstawą psychofizjologiczną rozwoju mowy i stosunkiem umysłu do mowy, uwydatniając, że mowa jest pierwszorzędnym objawem psychicznym, a przy osłabieniu sfery umysłowej łatwo mogą występować różne zбочenia mowy.

Jak to zaznaczyłem, zбочenia mowy u niższych zwyrodniałych należą do objawów degeneracyjnych, uwarunkowanych zmianą anatomiczną lub wadliwą czynnością mózgu. Ponieważ daleko większa część jękających się daje się zaliczyć do tak zwanych wyższych zwyrodniałych, przeto wogóle zwyrodnienie w etyologii zбочen mowy odgrywa ważną rolę, a z tego względu naukę o zбочeniach mowy skłonny jestem odnieść do działu psychopatologii ¹⁾.

Na rokowanie w niedorozwoju psychicznym największy ma wpływ stan sfery umysłowej. Idyota niezupełny, a tembardziej głuptak oraz zacyfany, przedstawiają znaczną szansę podniesienia ich sfery psychicznej i czynienia mniej lub więcej użytecznymi członkami społeczeństwa. Uleczalność zбочen mowy przy idyotyzmie niezupełnym nie podlega żadnej wątpliwości. Absolutne małogłowie, przewlekłe zapalenie opon i mózgu, skleroza nodularna, ewentualnie płatowa na większej przestrzeni, przedstawiają niekorzystne warunki do leczenia. Niepomyślnem jest także rokowanie u idyotów emocyjnych [bojaźliwych], podlegających drganiom, napadom padaczki oraz ekscytacyi i depresyi. Klinika stwierdza również, że idyotyzm nabyty przedstawia daleko mniejszą szansę wyleczalności, aniżeli wrodzony.

Niedorozwój psychiczny jest taką samą ogólną, nie ścisłego nie oznaczającą nazwą co do możliwości leczenia, jak np. suchoty. Jak te ostatnie, odpowiednio do formy, przebiegu i t. d., przedstawiają różne stopnie uleczalności, tak również niesłusznem byłoby mniemać, że działalność lekarza odnośnie do idyotyzmu ogranicza się tylko do rozpoznania i określenia zmian pośmiertnych. Idyoty nie można porównać ani z dzieckiem w pewnym okresie jego rozwoju, ani też z człowiekiem dzikim. Jest to istota, rzec można, *sui generis*. W rudymenarnym jego mózgu prawie zawsze można znaleźć pewną okolicę mniej lub więcej prawidłowo rozwiniętą. Tę właśnie odszukać i właściwie spożytkować — oto zadanie leczenia. Pomijam stosowanie odpowiednich środków leczniczych, ogólnie działających na układ nerwowy.

¹⁾ Zwyrodnieniu oraz jego stosunku do różnych kategorii zбочen mowy zamierzam poświęcić następną pracę.

Brak miejsca nie pozwala mi tu również szczegółowo zastanawiać się nad sposobami kształcenia władz duchowych dzieci z niedorozwojem psychicznym; zaznaczam więc tylko, że, oprócz wyrobienia odnośnej zręczności do ruchów zwykłych czynności, polega ono na kształceniu zmysłów, wyrabianiu uwagi, kojarzeń, uogólnień, porównań, pojęć towarzyskości, oraz przygotowaniu do życia społecznego. Natomiast nieco szczegółowiej uwzględnię sposób leczenia zboczeń mowy, towarzyszących niedorozwojowi. Mowa, jak to wyżej powiedziałem, stanowi do pewnego stopnia wykładnik inteligencji, a do jej wytworzenia się potrzebne są te same czynniki, co do rozwoju poznania, mianowicie: pamięć słowna, uwaga oraz zdolność do kojarzeń. Oto powód, dla czego przy leczeniu zboczeń mowy u idyotów należy brać jednocześnie pod uwagę rozwijanie ich sfery umysłowej. Leczenie niemoty polega na wzmacnianiu lub przywracaniu pamięci słownej zwysłowej, oraz kojarzeń w ośrodku średnim [mowa automatyczna] lub tylnym [pojęcia słowne, mowa samodzielna]. Rozumie się, że leczenie niemoty, zależnej tylko od osłabienia sfery intelektualnej, będzie łatwiejsze, aniżeli uwarunkowanej zmianą anatomiczną. Możliwość leczenia niemoty, stwierdzona tak własnym doświadczeniem, jako też i innych, nie powinna nas bynajmniej dziwić, jeśli przyjmiemy pod uwagę: 1) że pamięć słowną zmysłową lub skojarzeniową można wyrobić lub przywrócić, stosując właściwe ćwiczenia, podobnie jak to ma miejsce przy rozwijaniu poznania, 2) że nawet przy zmianie anatomicznej w jakimś ośrodku słownym zmysłowym lub skojarzeniowym rzadko się przytrafia, aby całe jego pole uległo zniszczeniu, pozostałe więc komórki mogą wziąć na siebie rolę zastępczą, 3) że niema dobrej racji zaprzeczać temu, aby i półkula prawa nie mogła przyjąć w tym względzie pewnego udziału. Skuteczność leczenia niemoty zależy od dokładnego określenia wszystkich wyżej omówionych jej form. Wytworzenie brakujących dźwięków lub poprawienie nieprawidłowo wygłaszanych przy wadliwym wymawianiu, a łącznie z tem uświadomienie porządku następowania po sobie głosek lub sylab przy bełkotaniu, stanowi zasadę leczenia obu tych zboczeń i daje zupełnie dobre wyniki. Leczenie mowy nosowej polega na usuwaniu towarzyszącego jej bełkotania, oraz odpowiedniej gimnastyce podniebienia miękkiego, mającego za zadanie przywrócić ścisłego rozgraniczenia jamy ustnej od nosogardzielowej przy wygłaszaniu dźwięków. Nawet przy skróceniu podniebienia twardego leczenie to znajduje swoje zastosowanie i daje dobre wyniki. Nakoniec leczenie jąkania, obok stosowania w wielu przypadkach środków ogólnie działających na układ nerwowy, polega na usuwaniu skurczów w oddechu, głosie i artykulacji przy pomocy odpowiednio zastosowanej świadomej gimnastyki.

O ważności leczenia zboczeń mowy przy niedorozwoju psychicznym chyba rozwodzić się nie potrzeba. Najjaskrawiej dowodzą tego przypadki z niemotą ruchową ewentualnie bełkotaniem przy porażeniach mózgowych, dalej przypadki mowy nosowej przy upośledzonej sferze umysłowej i t. d., gdzie nieleczone zboczenie mowy pozostaje bez zmiany do okresu przedszkolnego, a nawet i później, uniemożliwiając rozwój sfery umysłowej.

Oto w głównych zarysach podstawa leczenia niedorozwoju psychicznego.

Ułudne nadzieje, pokładane w kraniektomii [LANNELONGUE], wychodzące z fałszywej zasady, że małowłowie zależy od przedwczesnego zrośnięcia szwów czaszki, znalazły słusznego przeciwnika ze strony BOURNEVILL'a (*Crânes et cervaux d'idiots, Craniectomie*), TOCQUET'a (*Contribution à l'étude de l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots*) i wielu innych, oraz zwróciły lekarzy na drogę racjonalnego leczenia idyotyzmu, zapoczątkowanego już przez SÉGUIN'a, a kontynuowanego przez F. VOISIN'a, BOURNEVILL'a i J. VOISIN'a. Że droga ta, lubo mozolna, jest jedyna, o tem świadczą dobre wyniki, jakie miałem sposobność stwierdzić za granicą, oraz we własnym zakładzie.

Dla ilustracyi niedorozwoju psychicznego pozwalam sobie przytoczyć kilka odnośnych spostrzeżeń. Podaje tylko te, w których udało mi się przeprowadzić do końca systematyczne leczenie, pomijam zaś spostrzeżenia, należące do kategorii porażień mózgowych, szczegółowo opisane w pracy zesłorocznej: O stosunku porażień mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategorii zbożeń mowy.

Z działu niemoty przytaczam następujące 2 spostrzeżenia idyotyzmu niezupełnego.

Eugenia K., lat 14. W rodzinie złożonej z 6 dzieci pozostało 2 dziewczynki, z których ona jest młodsza. Starsza siostra zupełnie zdrowa. Babka ze strony matki cierpiała na zбочenie umysłowe. W drugim roku życia przebywała płonice z wyciekami z uszu, a przed pięciu laty tyfus. Osłabienie inteligencji zdradzało się już podobno od bardzo wczesnego dzieciństwa. Do 7-go roku zanieczyszczała się, śliniła, nie rozumiała mowy, oraz nie wymawiała żadnych dźwięków. Obecny stan następujący: Wyraz twarzy głupowaty, usta otwarte, brzuch duży, chora chodzi niezgrabnie i trzyma się pochyło. Widocznej asymetryi głowy nie daje się zauważyć. Słaba asymetrya szczęki dolnej wyraża się większą łukowatością z lewej strony. Szczeka górna zachodzi na dolną, uzębienie prawidłowe, podniebienie dosyć wysokie. Badanie kraniometryczne dało wynik następujący: największa długość czaszki 17,6, największa szerokość czaszki 15, wskaźnik szerokości 85,2, obwód głowy 54. Badanie przy pomocy taśmy ołowianej wykazało skośność kości czołowej z lewej strony (*plagiocephalia*). Przy badaniu sfery umysłowej zauważyłem, co następuje: Percepcya mniej więcej prawidłowa z wyjątkiem rozpoznawania kolorów. Spostrzeganie zmysłowe, oraz rozpoznawanie ogranicza się zaledwie do najbliższego otoczenia, wyróżnianie bardzo upośledzone, uwagi zaś oraz zainteresowania ani śladu. Rozumie się, że o wyższych czynnościach duchowych, jak: uogólnianiu, porównywaniu i wnioskowaniu, nie mogło być mowy. Uczucia zmysłowe, jak: ból, pragnienie i t. d. mniej więcej prawidłowe. Popędu do naśladownictwa niema, ruchy zamiarowe bardzo niezgrabne, a koło siebie dziewczynka nie potrafi nic samodzielnie zrobić. Rozumienie mowy ogranicza się do najprostszycy poznań zmysłowych. Brak mowy samodzielnej, a z oddzielnych dźwięków istnieje zaledwie kilka łatwiejszych wybuchowych, jak: p, b, t, oraz z nosowych m. Na zasadzie zebranych wywiadów, oraz badania przedmiotowego, rozpoznałem idyotyzm niezupełny prawdopodobnie wrodzony

łącznie z niemotą, a ze względu na nieznaczny stopień umysłowy, oraz napady ekscytacji i depresji, jakim chora od czasu do czasu podlegała, postawiłem rokowanie nie bardzo pomyślne. Leczenie rozpoczęto 25. XI. 1896 r. od systematycznego rozwijania sfery umysłowej, wyrabiania dźwięków, a następnie składania je w sylaby i wyrazy, które łączono z odpowiednimi pojęciami, w następstwie zaś niższymi pojęciami. Już po 8-miesięcznym leczeniu dziewczynka zrobiła znaczny postęp, gdyż nauczyła się wszystkich dźwięków, powtarzania sylab oraz wyrazów, a mowę swą samodzielną zaczęła poprawnie wygłaszać oddzielnymi wyrazami. Pacjentka pozostawała około dwu lat w zakładzie, a osiągnięty wynik przedstawił się bardzo dodatnio, gdyż sfera umysłowa znacznie się podniosła, a poznania swe i pojęcia wyrażała zupełnie prawidłową mową. Pomyślny wynik leczenia stwierdzili kol. GAJKIEWICZ i KORNIŁOWICZ oraz kol. ROSZKOWSKI, który chorą tę spostrzegał wspólnie ze mną od samego początku.

Stefania G., lat 11. W rodzinie 3 dzieci, ona najstarsza, tamte prawidłowe. W dalszej rodzinie obłąkanie. Matka w czasie ciąży spadła z wysokości $1\frac{1}{2}$ metra i chorowała przez dwa miesiące. Poród był ciężki. Podobno do pół roku nie różniła się od prawidłowego dziecka. Około tego czasu podlegała drgawkom, które kilkakrotnie się powtarzały. Zaczęła chodzić w 4 roku, zanieczyszcza się do obecnej chwili. Wyraz twarzy nie zdradza zbyt upośledzonej inteligencji, trzyma się pochyło, ruchy dość niezgrabne, brzuch duży, usposobienie spokojne. Forma głowy prawidłowa, zęby się nie schodzą. Wymiar przednio-tylny czaszki 16,2, poprzeczny 14,2, wskaźnik 87,6, obwód 54. Badanie zmysłowych percepcji, utrudnione z powodu niepełnego rozumienia mowy, wykazuje znaczne ich upośledzenie. Pamięć względem wrażeń zmysłowych zwierzo otrzymanych po części zachowana. Rozpoznawanie i rozróżnianie istnieje w bardzo ograniczonych rozmiarach. Wyższe procesy duchowe nie mają miejsca, oraz zupełny brak uwagi, zainteresowania się i wyobraźni. Uczucia zmysłowe zachowane, z uczuć egoistycznych daje się zauważyć radość i gniew, z pożądań chęć do spaceru i jedzenia, z sympatycznych zaś pewne przywiązanie do matki. Naśladownictwo upośledzone, a ruchy samodzielne, oprócz chodzenia, bardzo niezgrabne. Czyny dowolne redukują się do najprostszych pożądań. Rozumienie mowy upośledzone. Brak prawie wszystkich dźwięków, a mowa samodzielna ujawnia się zaledwie kilkoma bełkotliwie wymawianymi wyrazami. Ze względu na niski stopień umysłu rokowanie w przypadku tym postawiłem również nie bardzo pomyślne. Leczenie rozpoczęto w zakładzie dnia 14. X. 1898 r. Do obecnej chwili dziewczynka zrobiła znaczny postęp, gdyż władze jej psychiczne znakomicie stę rozwinęły, nauczyła się wszystkich dźwięków, oraz łączenia się w sylaby i wyrazy, a swe poznania i pojęcia wyraża już zupełnie prawidłowo wymawianymi wyrazami. Na zasadzie dotychczas otrzymanego wyniku sędzę, że mamy wszelką szansę jeszcze większego podniesienia jej poziomu umysłowego, oraz przywrócenia mowy prawidłowej.

W dziale bełkotania zasługuje na uwagę następujący przypadek wspólnie spostrzegany z kol. ZIELIŃSKIM.

Marcin B., 9 lat liczący, pochodzi z rodziny, złożonej z 7 prawidłowych dzieci. Zaczął chodzić, mając dopiero 2 lata. Mowa rozpoczęła się w 4 roku od kilku słów niezrozumiale wygłaszanych. Dopiero od pół roku mówi nieco więcej, ale najzupełniej niezrozumiale. Na czaszce chłopca dobrze odżywionego i prawidłowo zbudowanego znajdujemy ślady przebytej krzywicy; jama noso-gardzielowa nie przedstawia żadnych zmian. Rozumienie mowy zupełne, powtarzanie, jak również mowa samodzielna niezrozumiale. Badanie inteligencji wykazuje zacofanie pod względem umysłowym. Leczenie rozpoczęto od wytworzenia brakujących dźwięków, poprawienia wadliwie wymawianych, oraz uświadomienia porządku następowania po sobie głosek, co jednocześnie z łączeniem prawidłowo już wymawianych wyrazów z odpowiednimi wyobrażeniami i pojęciami dało wynik bardzo dobry. Po 4-miesięcznym leczeniu chłopczyk zaczął używać mowy zupełnie prawidłowej i opuścił zakład w stanie dostatecznie przygotowanym do rozpoczęcia systematycznego kształcenia przedszkolnego. O ile wiem od kolegi Z., malec obecnie chodzi do szkoły.

Pomijając leczone przypadki wadliwego wymawiania i jąkania u dzieci z niedorozwojem psychicznym, opisane w pracy zaszlorocznej, oraz w drukowanych dotychczas „Przyczynkach o zбочeniach mowy“, jako przedstawiające mniej interesu dla czytelnika, pozwolę sobie jeszcze przytoczyć niektóre tu odnoszące się przypadki mowy nosowej.

Helena O., 22 lat licząca, skierowana do mnie przez kol. HERYNGA i HEINRYCHA. W rodzinie 4 dobrze mówiących dzieci. Mowa zaczęła się w 6 roku od razu bełkotliwie i z odcieniem nosowym. Bełkotanie to powoli zmniejszało się, mowa jednak nosowa pozostała dotychczas. Sfera umysłowa nieco upośledzona. Kol. HERYNG usunął w niewielkiej ilości znajdujące się wyrosłe, wynik jednak tego zabiegu był ujemny. Obecnie jama nosowo-gardzielowa nie przedstawia żadnych wybitnych zmian, a podniebienie miękkie przy wygłaszaniu dźwięków unosi się do góry w sposób prawidłowy. Po 2-miesięcznym leczeniu chora się wyleczyła.

Jadwiga O., lat 16 licząca, pochodzi z rodziny zdrowej, złożonej z 7 prawidłowo mówiących dzieci. Dziewczynka zaczęła mówić w 4 roku bardzo niewyraźnie i z odcieniem nosowym. Już od wczesnego dzieciństwa inteligencja jej była upośledzona, co i dotychczas z łatwością zauważyć się dało. Obecnie, oprócz silnie wyrażonego oddźwięku nosowego, mieliśmy bardzo niewyraźne wymawianie wielu głosek, co razem czyniło mowę trudno zrozumiałą. W ciągu 3 miesięcy chora się wyleczyła, a umożliwiające rozpoczęcie kształcenia umysłowego, o ile wiem, daje obecnie jak najlepsze wyniki. Przedstawiłem ją w Tow. Lek. d. 30. IV. 1895 r.

Kamilla K., lat 13. W rodzinie 2 dzieci, starszy brat mówi prawidłowo. Mając 7 miesięcy, przebywała jakąś chorobę mózgową połączoną z drgawkami i od tego czasu matka zauważyła pewne upośledzenie inteligencji dziecka, trwające dotychczas. Zaczęła mówić w drugim roku niezrozumiale i z odcieniem nosowym. Obecny stan następujący. Dziewczynka błada dobrze odżywiona. Przy badaniu jamy noso-gardzielowej znalazłem przewlekły nieżyt. Przy wygłaszaniu dźwięków podniebienie miękkie unosi się do góry w sposób

prawidłowy. Sfera umysłowa upośledzona [dziecko zacofane]. Mowa samodzielna zupełnie niezrozumiała zarówno z powodu nosowego odcienia, jako też braku wielu dźwięków, oraz przeróżnych ich zamian. Po dwumiesięcznym leczeniu dziewczynka odzyskała prawidłową mowę.

Z tego, cośmy dotychczas powiedzieli, czytelnik przekonał się, że zboczenia mowy pozostają w ścisłym związku z niedorozwojem psychicznym tak pod względem przyczyny, jako też i metody leczniczej, że lekarz, zajmujący się zboczeniami mowy, winien być obeznany z jego patogenezą, a zakład dla zboczeń mowy jest nieodzowny dla dzieci z niedorozwojem, przedstawiających pewne szanse leczenia, tembardziej, że najcięższe formy zboczeń mowy, a mianowicie uwarunkowane zmianą anatomiczną, zazwyczaj zostają tu kierowane. Zwiędzając zakłady zagraniczne dla idiotów, bardzo często, szczególnie w Francji, spotykałem dzieci wprawdzie posunięte pod względem umysłowym, ale nieme lub bełkoczące, mimo to, iż według mego doświadczenia przypadki te najzupełniej nadawałyby się do leczenia. Stanowi to niewątpliwie ujemną ich stronę, obok bezprzecznie wielkich zalet pod względem pedagogicznym.

IV. SAMOISTNE CIERPIENIA SERCA (PRZEROST I ROZSZERZENIE).

STUDYUM KLINICZNE.

Napisał

Stanisław Pechkranc.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 44].

Z zabiegów mechanicznych, stosowanych miejscowo na okolicę serca i mogących służyć za dopełnienie innych metod leczenia, wspomnimy o następujących.

1) OERTEL (79), zalecił stosowanie ręcznego uciskania bocznych ścian klatki piersiowej. Zabieg ten, mogący, zdaniem OERTEL'a, wywierać wpływ na ciśnienie krwi w aorcie, ułatwia czynność serca przez przyspieszenie odpływu krwi z klatki piersiowej i wzmożenie dopływu krwi do tętnic wieńcowych. OERTEL zaleca ten zabieg szczególnie jako uzupełnienie swego sposobu mechanicznego leczenia przewlekłych chorób serca przez wspinanie się. Metoda ta dotychczas mało została wypróbowaną, wskutek czego nie można jeszcze wydać sądu o jej skuteczności. Bądź co bądź, wykonywanie jej nie jest połączone z żadnym niebezpieczeństwem.

2) Wykonywanie ręką lekkich i równomiernych drgań w okolicy serca [LORAND (80)], dalej lekkie opukiwanie naprzemian z głaskaniem. Czas trwania zabiegu wynosi około $\frac{1}{2}$ godziny. Potrzebna jest doświadczona ręka. Pod wpływem tego zabiegu znikają niekiedy, podług LORAND'a, najuciążliwsze objawy dyskompensacji.

ROSENBACH, przeciwnik gimnastyki, która, zdaniem jego, przy osłabieniu serca ma w następstwie nie wzmocnienie tego narządu, lecz jedynie szkodliwe trwonienie pozostałych jeszcze zasobów energii, uznaje tylko jedną postać ćwiczeń gimnastycznych, mianowicie metodyczne, niezbyt głębokie wdechania, oraz bardzo lekkie skurcze mięśniowe w położeniu siedzącym lub stojącym. Metodyczne, nieforsowne oddechanie, bez unieruchomienia kręgosłupa, ma tę zaletę, że przyspiesza prąd krwi w krążeniu płucnym, a pośrednio w układzie żylnym wogóle, przez co praca serca zostaje ułatwioną, podczas gdy głębokie wdechania utrudniają skurcze serca. Lekkie ćwiczenia mięśniowe, zalecane przez ROSENBACH'a, które niekiedy lepiej jest zastąpić ćwiczeniami biernymi lub mięsieniem, polegają na dowolnych, słabych skurczach i rozkurczach rozmaitych grup mięśniowych, bez wszelkiego obciążenia i prawie bez wykonywania pracy. Zmniejszają one pracę serca, ułatwiając dowóz krwi do mięśni, wywierają więc działanie przeciwne, niż natężone ćwiczenia, przy których praca serca, wskutek zahamowania krążenia krwi w mięśniach, pozostających w długotrwałym skurczu (*Selbsthemmungs* i *Widerstandsgymnastik*), oraz zwiększenia zapotrzebowania tlenu ze strony pracujących mięśni, musi ulegać wzmocnieniu. Ten mechaniczny sposób leczenia przewlekłych chorób serca daje, zdaniem ROSENBACH'a, wyniki zupełnie zadawalające, szczególnie w połączeniu z umiarkowaniem ciepłymi kąpielami, zawierającymi bezwodnik węglany lub sole mineralne.

Co się tyczy dyetetyczno-mechanicznego leczenia OERTEL'a (49), polegającego, jak wiadomo, na ograniczeniu dowozu płynów i zastosowaniu pracy mięśniowej przez wspinanie się pod górę, to cierpienia serca, powstałe wskutek przemogi, nie dają do tej metody żadnego wskazania. Początkowo metoda OERTEL'a stosowana była tylko przy otłuszczeniu serca, później przeniesiono ją i na inne przewlekłe cierpienia serca. Cel jej [części mechanicznej] polega na tem, ażeby przez wzmocnienie pracy serca za pomocą pracy mięśniowej wywołać zwiększone odżywianie jego i przyrost substancji mięśniowej. Najszkodliwszy czynnik dla serca upatruje się powszechnie w zwiększonym ciśnieniu krwi. Zgodnie z tem zalecił OERTEL wspinanie się pod górę, gdyż ciśnienie tętnicze przez to stosunkowo mniej się zwiększa, niż przy chodzeniu po równinie. Bardzo ważnym czynnikiem jest tu głębokie oddechanie, z którym połączone są ruchy wspinania.

Dobre strony leczenia OERTEL'a w stacyach górskich stanowią: ruch na świeżem powietrzu, dobre pożywienie, usunięcie kłopotów i trosk, co wszystko przyczynia się do wzmocnienia ustroju, a tem samem i do wzmocnienia serca. Niebezpieczną zaś stroną stanowi niemożność, pomimo ustalenia dróg o różnych stopniach pochyłości, dokładnego dawkowania, z czem połączone jest niebezpieczeństwo wywołania przemogi i rozszerzenia serca. Że podobne wydarzenia nie należą do rzadkich, o tem świadczy wielu autorów [LEYDEN, SCHOTT, HIRSCHFELD, ROSENBACH i inni].

Podobne nieprzyjemne zdarzenia nie przemawiają jednak przeciw samej metodzie, lecz zmuszają tylko do ustalenia ściślejszych wskazań do jej stosowania. Więcej, niż przy innych metodach leczenia, należy tu unikać szablonu,

ściśle indywidualizować każdy poszczególny przypadek, dokładnie za każdym razem obznajmić się ze stopniem fizjologicznej sprawności serca, ze skalą reagowania serca na podniety ruchowe. Niezbędną jest nadto ustawiczna kontrola lekarza, a szczególnie baczyć należy na to, aby chorych powstrzymywać w zapędach, nie dopuszczać do nadużyć, do przesady, jaką wielu chorych często grzeszy.

Ogólnie biorąc, nie nadają się do leczenia OERTEL'owskiego cierpienia serca, powstałe wskutek przemogi. Możliwe jest jeszcze zgodzić się na bardzo ostrożne, powoli stopniowane stosowanie tej metody przy lekkim osłabieniu serca, gdy wyłączyć można zmiany organiczne mięśnia sercowego, albo w okresie zdrowienia, chociaż i tu pewniej działają inne metody, jak: mięsienie, kąpiele, gimnastyka bierna i czynna i t. d.

Czynny, niepowikłany przerost serca nie nadaje się ani do tego, ani do żadnego innego mechanicznego leczenia. Przerost taki jest wyrazem dążności wyrównawczych ustroju. Przy braku zaburzeń cyrkulacyjnych usiłowania zmniejszenia przerostu byłyby, podług wyrażenia CORIGAN'a, walką medycyny z naturą. Dopiero wówczas, gdy sprawność takiego przerosłego mięśnia sercowego została obniżoną, można spróbować, przez ostrożne zastosowanie zabiegów mechanicznych, przywrócić mu dawną energię, jakkolwiek i tu metoda oszczędzania pochwalić się może lepszymi wynikami.

U ludzi, u których powiększenie serca rozwinęło się w następstwie nadmiernego dowozu pokarmów i napojów, przerost serca rzadko tylko jest czystym, niepowikłanym, w większości przypadków ma się, prócz przerostu, także otłuszczenie serca. Tu jest właściwe pole dla zastosowania kuracji OERTEL'a i tu oddaje ona często najlepsze usługi. Serca ludzi otyłych nie są, właściwie mówiąc, chore, są one tylko osłabione, mniej wydolne dla braku ćwiczeń cielesnych (*e functione minima*). Tem się tłumaczy skuteczność w takich razach metody leczenia OERTEL'a, jakoteż wszelkich innych zabiegów mechanicznych. Winniśmy jeszcze na zakończenie dodać, że nawet tam, gdzie jest wskazaną metoda OERTEL'a, z mniejszym ryzykiem i z nadzieją większej skuteczności zastosować ją można wówczas, gdy poprzednio serce zostało już wzmocnione innemi, mniej ryzykownemi, metodami, jak: mięsienie, kąpiele gimnastyka.

L I T E R A T U R A .

- 1) CHEŁCHOWSKI. Przerost i rozszerzenie serca pierwotne. Gaz. Lek. 1881. Nr. 34 i 36.
- 2) WOLFRAM. Przyczynek do nauki o samoistnem znużeniu serca. Przegląd Lekarski. 1883. Nr. 47 i następne.
- 3) O. FRAENTZEL. Ueber idiopathische Herzvergrößerungen. Charité-Annal. T. X. 1885.
- 4) Tenże. Einige Bemerkungen über idiopathische Herzvergrößerungen. Charité-Annalen, V Jahrgang. 1880.
- 5) O. ISRAEL. Ueber die secundären Veränderungen der Kreislaufsorgane bei Insufficienz der Nierenthätigkeit. Berlin. klin. Woch. 1892. Nr. 19.
- 6) KREHL. Beitrag zur Kenntniss der idiopathischen Herzmuskelerkrankungen. Arb. aus der med. klin. zu Leipzig. 1892.

- 7) SCHROETTER Die Krankheiten des Herzfleisches, w podręczniku patologii i terapii szczeg. ZIEMSSEN'a. T. 6 1876.
- 8) OESTREICH. Die Ueberanstrengung des Herzens. Berlin. klin. Woch. 1892. Nr. 14.
- 9) SEITZ. Zur Lehre von der Ueberanstrengung des Herzens. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 11 i 12. 1873—1874.
- 10) MÜNZINGER. Das Tübingen Herz. Ein Beitrag zur Lehre von der Ueberanstrengung des Herzens. D. Arch. f. klin. Med. T. 19. 1877.
- 11) LEYDEN. Ueber die Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung. Zeitschrift für klin. Med. T. 11. 1886.
- 12) TH. SCHOTT. Zur acuten Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung. 2 wydanie. Wiesbaden. 1895.
- 13) Por. W. FRIEDRICH. Ueber die durch Arbeit verursachte acute Herzdilatation. Klinisch-therap. Wochenschr. 1898. Nr. 2—4.
- 14) RIEDER. Zur Kenntniss der Dilatation und Hypertrophie des Herzens infolge von Ueberanstrengung und der idiopathischen Herzerkrankungen überhaupt. Deutsch. Arch. f. klinisch-Med. T. 55. 1895.
- 15) J. BAUER i O. BOLLINGER. Ueber idiopathische Herzvergrößerung. Festschrift... für Pettenkoffer.
- 16) MAXIMOWITSCH i RIEDER. Untersuchungen über die durch Muskelarbeit und Flüssigkeitsaufnahme bedingten Blutdruckschwankungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 46. 1890.
- 17) O. ROSENBACH. Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. 1897.
- 18) TH. SCHOTT. Experimente mit Röntgenstrahlen über acute Herzüberanstrengung. Deutsche med. Wochenschr. 1897. Nr. 31.
- 19) MENDELSON'a sprawozdanie: w Verein für innere Med. in Berlin. 1896. Styczeń.
- 20) ALBU. Berlin. med. Gesellsch. Posiedz. 17 lutego. 1897.
- 21) HERSHELL. On cycling as a cause of heart disease. Lancet. 1894. March. 2. Podług streszczenia w VIRCHOW's Jahresberichte. 1895.
- 22) L. H. PETIT. Société méd. des hôp. Posiedzenie 4 czerwieca. 1897.
- 23) LANNOIS. Société méd. des hôp, Posiedzenie 15 grudnia 1896.
- 24) R. BERNHEIM. Ueber die durch Cotusion u. Erschütterung entstehenden Krankheiten des Herzens. Zeitschr. f. klin. Med. T. 29. Zesz. 5 i 6. 1896.
- 25) ZUNTZ i SCHUMBERG, Deutsche militärärztliche Zeitschr. 1895. Luty. Podług autoreferatu w Berlin. klin. Woch. 1895. Nr. 34.
- 26) CHRIST. Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit. Deutsche Arch. f. klin. Med. T. 53. 1894.
- 27) L. FEILCHENFELD. Ueber die Erschlaffung des Herzens. Berl. klin. Woch. 1898. Nr. 9.
- 28) BACHUS. Ueber Herzerkrankungen bei Masturbanten. Deutsche Arch. f. klin. Med. T. 54. 1894.
- 29) KISCH. Ueber eine bei Officieren beobachtete Form nervöser Herzbeschwerden. Berliner klin. Woch. 1897. Nr. 5.
- 30) HAMPELN. Ueber Erkrankungen des Herzmuskels. 1892. Podług referatu.
- 31) VAQUEZ i MILLET. Du coeur dans la grossesse normale. La presse méd. 1898. Nr. 11.
- 32) TH. SCHOTT. Zur Aetiologie der chronischen Herzkrankheiten. Berlin. klin. Wochenschrift. 1892. Nr. 31—32.
- 33) SPRINGER. La croissance et les cardiopathies. La sem. médic. 1895. Nr. 57.
- 34) JACOB Einige Ursachen der Herzerweiterung, der Brady- und Tachycardie, der Pulsformation, des Angiospasmus und die Beläge für ein neues Krankheitsbild: die „angiospastische Herzerweiterung. Zeitschr. f. klin. Med. T. 28. Zesz. 3 i 4. 1895.
- 35) STRÜBING. Ueber die Bradycardie bei Erkrankungen des Herzens. Deutsche med. Wochenschr. 1893. Nr. 4 i 5,
- 36) BASCH. Allgemeine Physiologie u. Pathologie des Kreislaufes. Wien. 1892.
- 37) F. HIRSCHFELD. Ueber die Anwendung der Muskelthätigkeit bei Herzkranken. Deut. med. Woch. 1897. Nr. 7.

- 38) Tenže. Zur diätetischen Behandlung der Herzkrankheiten. Berlin. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 35.
- 39) Tenže. Zur diätetischen Behandlung von Herzkrankheiten. Berl. kl. Woch. 1892. N. 11.
- 40) N. ZUNTZ. Die Ernährung des Herzens und ihre Beziehung zu seiner Arbeitsleistung. Deutsch. med. Woch. 1892. Nr. 6.—Odczyt.—Patrz także dyskusję nad tym odczytem ZUNTZ'a na posiedz. 21 grudnia. 1891 r. w Verein f. inn. Medicin.
- 41) J. SOMMERBRODT. Die reflectorischen Beziehungen zwischen Lunge, Herz und Gefäßen. Zeitschr. f. klin. Med. T. II. 1881.
- 42) Tenže. Darlegung der Hauptbeding. für die Ueberanstrengung des Herzens. Berlin. klin. Wochenschr. 1889. Nr. 5.
- 43) SMITH. 68 zebranie towarzystwa niemieckich przyrodników i lekarzy we Frankfurcie nad M. 21—26 września 1896.
- 44) DOMENICIS. Sur la patogenesi della ipertrofia del cuore nelle malattie renali. Gaz. d. Ospit. 1895. Cytow. u DOMENICIS'a pod (45).
- 45) Tenže. Ueber idiopathische Herzhypertrophie. Wiener med. Woch. 1897. Nr. 21—24.
- 46) HASENFELD. Ueber die Herzhypertrophie bei Arteriosclerose nebst Bemerkungen über die Herzhypertrophie bei Schrumpfniere. Deutsch. Archiv f. klin. Medic. T. 59. Z. 3 i 4. 1897.
- 47) LAACHE Ueber die idiopathische Hypertrophie des Herzens und die Degeneration des Herzmuskels. Wien. medic. Presse. 1893. Nr. 14. Odczyt, wygłoszony na ostatnim zjeździe w Rzymie.
- 48) v. FREY. Physiologische Bemerkungen über die Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 46. 1890.
- 49) OERTEL. Dyetetyczno-mechaniczne leczenie chorób serca. Odczyty klin., wydawane przez Red. Gaz. Lek. Nr. 9 i 10. 1889.
- 50) LIEBERMEISTER. Endocarditis und Klappenfehler des Herzens. Deutsche med. Wochenschrift. 1891. Nr. 19, 20, 21.
- 51) SCHREIBER. Ueber eine neue Eintheilung der Herzbewegungen [Systole, Diastole] und die LUDWIG'sche Herzstosstheorie. Zeitschr. f. klin. Med. T. 28. Zesz. 5 i 6. 1895.
- 52) BENNO LEWY. Die Arbeit des gesunden und des kranken Herzens. Zeitschr. f. klin. Medic. T. 31. Zesz. 3 i 4. 1896.
- 53) R. BALINT. Experimentelle Untersuchungen über die Ursachen der Incompensation bei Herzklappenfehlern. Deutsch. med. Woch. 1898. Nr. 1 i 2.
- 54) GERMAIN SÉE. Klinik der Herzkrankheiten. Paris. 1890.
- 55) GUMPRECHT. Ueber Herzpercussion in vornübergebangter Körperhaltung. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 56. Zesz. 5 i 6.
- 56) PAWIŃSKI. Ueber gleichmässigen [pendelartigen] Rhythmus der Herztöne und dessen Beziehung zum Galopprrhythmus. Deutsch. med. Woch. 1891. Nr. 4.
- 57) MARTIUS. Cardiogram und Herzstossproblem. Deutsch. med. Woch. 1893. Nr. 29.
- 58) HÜRTHLE. Ueber die Erklärung des Cardiogramms mit Hilfe der Herztonmarkirung und über eine Methode zur mechanischen Registrirung der Töne. Deut. med. Woch. 1893. Nr. 4.
- 59) KAUDERS. Ueber einige Experimente zur Lehre von der Dyspnoe. Wiener klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 9.
- 60) GROSSMANN. Weitere experimentelle Beiträge zur Lehre von der Lungenschwellung und Lungenstarrheit. Zeitschr. f. klin. Med. 1892. T. 20.
- 61) ZERNER. Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die cardiale Dyspnoe. Zeitschr. f. klin. Med. 1895. T. 27.
- 62) H. BEER. Ueber Herzepilepsie. Klinisch-therapeut. Wochenschr. 1898. Nr. 37.
- 63) K. DEHIO. Die Entstehung und Bedeutung des gespaltenen zweiten Herztons. St. Petersburg. med. Wochenschr. 1891. Nr. 32
- 64) HUCHARD. Sociétéé mēdic. des hôpitaux. Posiedz. 22 października. 1897 r.
- 65) HEITLER. Arrhythmie durch Reizung des Pericardiums. Wiener klin. Wochenschrift. 1898. Nr. 3.
- 66) Tenže. Experimentelle Studien über Herzarhythmie. Wien. klin. Woch. 1898. Nr. 8.
- 67) BIEGAŃSKI. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrzných.

- 68) BIERNACKI. Przegląd metod fizykalnych w dyagnostyce chorób serca i płuc. Odczyty klin., wydawane przez Red. Gaz. Lek. Nr. 88 i 89. 1896.
- 69) SCHOTT. 10 zjazd lekarzy wewnętrznych 6—9 kwietnia 1891. Patrz Deutsch. med. Woch. 1891, str. 809.
- 70) KISCH. Herzkrank oder magenkrank. Ein Beitrag zur Kenntniss der Innervationsstörungen des Herzens. Deutsch. med. Woch. 1892. Nr. 32.
- 71) FREYHAN. Ueber paroxysmale Tachycardie. Deutsch. med. Woch. 1892. Nr. 39.
- 72) LEYDEN. Verein f. innere Med. Pos. 11 t 18 stycznia 1897. Dyskusya nad odczytem HIRSCHFELD'a: Ueber die Anwendung der Muskelthätigkeit bei Herzkranken.
- 73) GLAX. Zur diätetischen Behandlung chronischer Herzkrankheiten. Wiener med. Presse. 1894. Nr. 36.
- 74) SCHOTT. Zur Behandlung des Fettherzens. Deutsch. med. Woch. 1894. Nr. 27 i 28.
- 75) PAWIŃSKI. O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek Gazeta Lekarska. 1892. Nr. 1—10.
- 76) SCHOTT. Ueber die Behandlung chronischer Herzkrankheiten mittelst Bäder und Gymnastik. St. Petersburg. medic. Wochensh. 1898. Nr. 16.
- 77) Por. BARIÉ. Semaine médicale. 1897. Nr. 52.
- 78) ZABLUDÓWSKI. Massage bei chronischen Herzkrankheiten. Berliner klin. Wochen. 1896 r. Nr. 20.
- 79) OERTEL. Ueber Massage des Herzens. Monachium. Podł. referatu.
- 80) LORAND. Ueber die manuelle Behandlung der Herzkrankheiten. Wien. med. Presse. 1894 r. Nr. 40.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

107. Fessel. O zachowaniu się bromu w ustroju zwierzęcym.

Intensywność trującego działania bromu zależy w znacznym stopniu od właściwości osobniczych ustroju, jest ono np. dużo większe dla kota, niż dla psa, ale i u tego ostatniego dają się zauważyć objawy bromizmu, jeżeli rozpoczniemy od razu dawać mu większe dawki.

Co do wydalania bromu, to w pierwszym okresie pozostaje ono daleko po za wprowadzaniem go; wzrasta ono jednak stopniowo, póki nie nastąpi równowaga między obu sprawami: chwila ta przy różnych dawkach bromu w różnych zjawia się odstępach czasu. Gdy nadal zwiększać będziemy ilości wprowadzanego bromu, stosunek ten się odwraca, i więcej go wydalać się będzie, niż pozostawać w organizmie. Proces ten wydalania bromu znacznie przyspieszyć można przez podawanie soli kuchennej w dużych ilościach, co dla terapii bromizmu ma ważne znaczenie. Po przesyleniu ustroju bromem, ten ostatni wydziela się bardzo wolno.

Co do rozmieszczenia bromu w pojedynczych narządach, to najobficiej nagromadza się on we krwi, w której po części zastępuje miejsce soli kuchennej, ta zaś wydalana bywa w znacznej ilości wraz z moczem; prawdopodobnie część krążków czerwonych krwi przytem ulega zniszczeniu, gdyż w moczu znajdował autor dużą względnie zawartość żelaza. W tkance nerwowej [mózg] osiada brom też w znacznej ilości, jak również i w nerkach. Natomiast w wątrobie i śledzionie wcale się nie zatrzymuje, a ślady bromu, jakie tu konstatujemy, zależą od niedostatecznego odkrwienia tych narządów przed ich badaniem. W żółci ani śladu niema soli bromowych.

Czy brom w gruczole tarczowym zastępuje jod, to wymaga badań dalszych; w każdym razie autor stwierdził fakt niezawodny, że przy karmieniu zwierzęcia bromem zawsze w moczu udawało się wykryć jod, a zja-

wisko to inaczej nie daje się wytłumaczyć [autor starannie wypróbował czystość chemiczną używanych związków bromowych].

(*Münch. med. Woch. Nr. 39. 1899.*)

Lande.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dn. 30. V. i 6. VI. 1999.

1) MIKŁASZEWSKI przedstawia starca 80-letniego z licznymi włókniakami mięczakowymi skóry (*fibroma molluscum multiplex*).

2) STANKIEWICZ mówił: „O korzyściach szwu kostnego przy złamaniu rzepki“. S. leczył złamanie rzepki za pomocą zeszcicia w 12 przypadkach; zrost następował zawsze w sposób należyty i chorzy szybko powracali do zdrowia. Jednego z pacjentów swoich S. przedstawia na posiedzeniu.

3) RYCHLIŃSKI wygłosił część pierwszą odczytu p. n.: „Przyczyny powstawania bezwładu postępującego“.

Na posiedzeniu z dn. 6. VI. prelegent odczyt swój dokończył.

Głównym celem odczytu było omówienie związku bezwładu postępującego z syfilisem. Za istnieniem takiego związku przemawia głównie FOURNIER, dowody jednak tego autora coraz mniej obecnie uważać można za przekonujące: bezwładowi postępującemu ulegają coraz częściej kobiety, a badanie pośmiertne zmarłych na bezwład nie tak często, jak sądził FOURNIER, wykazuje zmiany syfilityczne.

Powołując się na spostrzeżenia THOMSEN'a i BREHM'a, R. uważa za niewłaściwą nazwę „wiado-paraliż“, jaką FOURNIER nadaje bezwładowi postępującemu: w klinice i na stole anatomicznym dość rzadko spotykamy kombinację bezwładu z cierpieniem pęczków tylnych rdzenia. Pomimo, że naukowo dowieść nie można wpływu syfilisu na powstawanie bezwładu postępującego, to jednak istnienie takiego wpływu uznać należy. Gdy jedni autorowie wpływ ten tłómaczą osłabieniem układu nerwowego pod wpływem zarazka syfilisu, inni widzą w bezwładzie t. zw. objaw parasyfilityczny. Panujące obecnie teorie o późnych objawach syfilisu przemawiają za tem drugim przypuszczeniem. Obok syfilisu na powstawanie bezwładu wpływają według R. i inne czynniki: nadużycia napojów wysokokowych, nadmierna praca umysłowa, wstrząśnienia moralne, urazy. Wszystkie te czynniki pojedyncze przyśpieszyć mogą wybuch bezwładu, wywołać go jednak nie są w stanie. U pijaków nałogowych można nieraz spostrzegać objawy, bardzo bezwład postępujący przypominające, podobnie zresztą, jak to bywa w przebiegu syfilisu i choroby cukrowej. Nowsze poglądy mówią, że bez usposobienia swoistego ani syfilis, ani też szereg innych przyczyn nie wywołują bezwładu [NAECKE]; teorię podobną uważa R. za niedość jeszcze ugruntowaną. Inna teoria [MAIRET i VIRES] głosi, że bezwładowi podlegają głównie ludzie, usposobieni dziedzicznie do cierpień artrytycznych; syfilis i inne czynniki wywierają bardzo mały wpływ na powstanie choroby lub nie wywierają żadnego.

Po rozważeniu wszystkich wąpliwości, jakie powstać mogą w umyśle każdego, kto się zastanawia nad etyologią bezwładu postępującego, wypowiada R. zdanie, że syfilis w etyologii tej odgrywa pewną rolę, jako czynnik, przygotowujący grunt, na którym bezwład następnie się rozwija. Według R., badanie samego tylko mózgowia paralityków są niedostatecznym środkiem do poznania sposobu powstawania choroby, całej różnorodności jej postaci i wpływu na nią różnych czynników: należy badać wszystkie narządy zmarłych na bez-

wład postępujący, a wtedy łatwiej może znaleźć się odpowiedź na to, co dotychczas jest jeszcze ciemne.

W dyskusji MARKUSFELD przypomina, że w odczycie swoim: „O leczeniu objawów parasyfilitycznych“, wygłoszonym w Towarzystwie w r. 1897, rozbił sprawę etyologii bezwładu postępującego i doszedł do odmiennych nieco wniosków. Twierdzenia FOURNIER'a, że na zależność bezwładu od przebytego syfilisu wskazuje większa liczba chorych na bezwład mężczyzn, nie można obalić na zasadzie statystyki szpitalnej, która w ostatnich czasach wykazuje wzrost liczby przypadków bezwładu wśród kobiet; statystyka szpitali nie jest pewna, bo mała tylko część chorych znajduje w nich przytułek, o liczbie zaś chorych, nie leczących się w szpitalach, nie nie wiemy. Zdaniem M., prelegent niesłusznie odrzuca wiano-paraliż, jako postać chorobową; zmiany w rdzeniu znajdowano w kolosalnej większości przypadków bezwładu postępującego, zmiany przytem te same, jakie spostrzegać się dają w mózgowiu; w wielu przypadkach wiano rdzenia oraz bezwładu postępującego spotykamy identyczne objawy [bezwład mięśni oczu, brak odczynu źrenic na światło przy zachowaniu oddziaływania na akomodację, zmiany w koordynacji ruchów, zmiany czucia, zmiany troficzne i t. d.].

NUSBAUM sądzi, że pomiędzy wiano rdzenia i bezwładem postępującym jest pewna analogia, a w etyologii tych cierpień syfilis odgrywa ważną rolę. Mówca wyjątkowo tylko widywał chorych na wiano rdzenia, którzy syfilisu nie przechodzili. Obok syfilisu jednym z najczęstszych i najważniejszych czynników powstawania bezwładu postępującego jest przepracowanie umysłowe i wstrząśnienia moralne.

CIĄGLIŃSKI utrzymuje, że przy odróżnianiu przyczyn wiano rdzenia i bezwładu postępującego należy być ostrożnym ze statystyką. Zdaniem C., istnieje związek przyczynowy między wiano rdzenia i bezwładem postępującym z jednej strony, a syfilisem z drugiej.

Zdaniem prof. BARANOWSKIEGO, nawet tam, gdzie widocznym się wydaje związek między syfilisem a cierpieniem ośrodków nerwowych, nie należy uważać syfilisu za jedyną przyczynę wiano lub bezwładu; mogły tu działać i inne przyczyny, jak: wstrząśnienia moralne, przeciążenie pracą, nadużycia, dziedziczne usposobienie tkanek i t. p. Podczas leczenia syfilisu chorzy nie powinni oddawać się zwykłym zajęciom, które przyczyniać się mogą do powstawania chorób ośrodków nerwowych.

Prof. BRODOWSKI stara się wyjaśnić pytanie, dlaczego syfilis w pewnych przypadkach wywołuje objawy sprawy ogniskowej, w innych zaś rozlanej. W wielu przypadkach syfilisu powstaje *endoarteritis obliterans*; otóż jeżeli zmianom ulegną gałązki końcowe tętnic na podstawie mózgu, to wskutek zamknięcia światła jednej lub wielu takich tętniczek następuje swego rodzaju zgorzel tkanki mózgowej w postaci rozmiękczenia. Zamknięcie światła tętniczek kory mózgowej, gdzie krwiobieg łatwo się wyrównywa, daje objawy sprawy rozlanej.

Posiedzenie z dn. 20. VI. 1899.

1) STEINHAUS przedstawia preparaty mięsaka błony maziowej prawego stawu kolanowego 41-letniego mężczyzny, operowanego przez ODERFELDA. Guz ten, wielkości głowy dziecka, wychodził z więzów krzyżowych; posiadał on barwę bladą-żółtawą, dość znaczną konsystencję, powierzchnię przekroju gładką, lśniącą. Jak wykazało badanie drobnowidzowe, było to *sarcoma variocellularis*, miejscami zaś *alveolaris*. Jest to pierwszy przypadek mięsaka, wychodzącego z błony maziowej.

2) SOŁOWIEJCZYK przedstawił 35-letniego mężczyznę, którego przed 3 miesiącami przywieziono do szpitala z ranami na głowie. Nazajutrz przy badaniu chorego spostrzeżono porażenie nerwu twarzowego lewego i podjęzykowego lewego, porażenie kończyny dolnej lewej oraz przykurczenie kończyny górnej lewej w stawie łokciowym. Na czaszce znaleziono zmiążdżenie kości z rozdarciem opony twardej, uszkodzeniem kory mózgowej i wtłoczeniem odłamków kości wzdłuż *linea biawicularis* z prawej strony; nadto na granicy pomiędzy okolicą potylicową i ciemieniową z lewej strony kość była wklęśnięta. Po rozszerzeniu ran części miękkich usunięto wtłoczone odłamki kości i rany częściowo zaszyto. Po operacji objawy porażenia zniknęły; po czterech tygodniach, gdy znowu wystąpił bezwład nerwu twarzowego i podjęzykowego lewego, w ranie pierwszej znaleziono ropień, który otworzono. Po 2 miesiącach pobytu w szpitalu pacjent wypisał się jako uleczony.

STEINHAUS okazał preparaty drobnowidzowe z kawałków mózgu, wyciętych w powyższym przypadku.

3) SKOWROŃSKI przedstawił 9-letniego chłopca rachitycznego, który w 4 roku utracił zęby mleczne, a stałych dotąd nie ma.

4) GĄBSZEWICZ mówił o przypadku kamienia gruczołu krokowego. Rzecz ta zamieszczona zostanie w całości w Gazecie.

Posiedzenie z dn. 27. VI. 1899.

1) KRAJEWSKI przedstawia 10-letniego chłopca, operowanego przed 14 dniami z powodu przewlekłego wgłobienia jelit. Przed operacją rozpoznano wgłobienie кишки cienkiej do grubej. Po otworzeniu jamy brzusznej znaleziono wgłobienie кишки czezej i ślepej do poprzecznicy, wgłobienie wyrostka robaczkowego oraz polip na brzegu otworu, prowadzącego do światła wyrostka. Zrobiono enteroanastomozę między kiszka czezą a okrężnicą wstępującą oraz resekowano wyrostek robaczkowy wraz z polipem.

2) MINKIEWICZ przedstawia preparat torbieli skórzastej lewego jajnika 10-letniej dziewczynki.

3) BREGMAN przedstawia 9-letniego chłopca z postępującym zanikiem mięśni (*dystrophia musculorum progressiva*).

4) MIKLASZEWSKI przedstawił niezwykley przypadek porażenia opuszkowego. Chora, 45-letnia wyrobnica, przybyła w maju r. b. na oddział CHEŁMOŃSKIEGO z powodu ogólnego osłabienia, zawrotów głowy, bólów w piersiach i bokach. Choroba trwa od 6 lat, a zaczęła się od upośledzenia słuchu i trudności mówienia; po roku trwania tych objawów wystąpiło skrzywienie się ust w lewą stronę, opadanie powiek górnych, szczególnie lewej, bóle głowy i trudności w chodzeniu.

Badanie, oprócz gruźlicy płuc, wykazało następujące zmiany: asymetryę twarzy [lewy kąt ust wyżej od prawego i dalej od linii środkowej; brózda no-so-wargowa lewa głębsza od prawej], drżenie włókienkowe mięśni twarzy, opadnięcie powieki górnej lewej do połowy. Język wysunięty zbacza na lewo i drży; objętość języka do połowy zmniejszona; niedowład podniebienia miękkiego; języczek zbacza nieco nalewo. Prawa struna głosowa nie porusza się zupełnie, lewa wykonywa nieznaczne ruchy; tylne części obu stron nie schodzą się. Wszelkie rodzaje czucia są zachowane, również jak czynności narządów zmysłów, oprócz słuchu, który jest znacznie upośledzony przy braku zmian w części przewodzącej. Odruchy ścięgniste znacznie wzmożone; odruchy skórne i błon śluzowych osłabione. Żrenice, umiarkowanie rozszerzone, reagują prawidłowo. Pobudliwość nerwów faradyczna i galwaniczna na twarzy znacznie zmniejszona po stronie prawej. Odczynu zwyrodnienia w porażonych mięśniach twarzy i języka niema. Mowa znacznie utrudniona; zauważyć mo-

zna skandowanie. Zdolności umysłowe znacznie upośledzone. W ciągu 1½-miesięcznego pobytu chorej w szpitalu nie zauważono zmian w jej stanie. Tętno przez cały ten czas było przyspieszone [108—140].

W dyskusyi ORŁOWSKI STAN. wyraża zdanie, że porażenie opuszkowe w danym przypadku jest w związku ze *sclerosis lateralis*; objawów ze strony rdzenia niema wprawdzie, ale można przypuszczać, że wystąpią.

Według FLATAUA w przypadku przedstawionym mamy do czynienia z nietypowym porażeniem ruchowych nerwów czaszkowych; mamy wszystkie objawy *paralysis glosso labialis* DUCHENNE'a.

Posiedzenie z dn. 19. IX. 1899.

GĄBSZEWICZ odczytał rzecz p. n.: „Wysadzenie gałki ocznej tętniącej (*exophthalmus pulsans*)“. Praca ta będzie drukowana w „Gazecie“.

Posiedzenie z dn. 26. IX. 1899.

1) ŚMIECHOWSKI przedstawił 4-miesięczne dziecko, któremu przed 5 tygodniami wyluszczył *meningocele* na plecach. Guz leżał na środku pleców między 4 a 8 kręgiem grzbietowym i posiadał wielkość pięści dziecka.

2) OLTUSZEWSKI wygłosił odczyt p. n.: „Niedorozwój psychiczny i stosunek jego do różnych kategorii zbroczeń mowy“. Odczyt ten drukuje się w „Gazecie“.

W dyskusyi RYCHLIŃSKI wyraża zdanie, że w przypadkach cięższych zmian anatomicznych mózgu [ostre i przewlekłe zapalenie opon mózgowych, *meningo-encephalitis chronica*, stwardnienie mózgu na dużej przestrzeni i t. d.], jak i przy zbroczeniach teratologicznych, leczenie idyotyzmu nie da wyników dobrych: nie można leczyć idyotów, lecz trzeba ich wychowywać. Tylko w lżejszych przypadkach idyotyzmu może nastąpić niekiedy poprawa mowy, ale dzieje się to bez udziału lekarza.

GĄJKIEWICZ uważa zdanie RYCHLIŃSKIEGO za zbyt absolutne i teoretyczne: w wielu lżejszych przypadkach idyotyzmu leczenie może dać dobre wyniki.

HEWELKE zwraca uwagę na to, że leczenia zbroczeń mowy nie należy utożsamiać z leczeniem idyotyzmu: jest to tylko jedna z dróg, dążących do wychowania idyotów.

RYCHLIŃSKI kładzie nacisk na wyrabianie u niepełnych idyotów pojęć, a nie wyrazów.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

Wydział higieny szpitali i przytułków.

Posiedzenie z dnia 22 września 1899 roku.

D-r Z. KRAMSZYK. O służbie szpitalnej w szpitalu dla starozakonných.

Zasadnicze warunki, jakich od służby szpitalnej żądać potrzeba, są: 1) odpowiednie przygotowanie; 2) oddanie się wyłącznie temu zawodowi; 3) zupełna zależność od zwierzchności szpitalnej.

W szpitalu starozakonných od lat 50 funkcyonowało towarzystwo dyżurnych nocnych. W ustawie, jako cały motyw istnienia towarzystwa, podano ulżenie pracy „posłudze” szpitalnej. Posługi było wtedy mało. Lecz stosunki zmieniły się. Może ze wszystkich szpitali w Warszawie największą ilość służby

ma szpital starozakonnych ma oddzielną i kompletną służbę dzienną i nocną. Wobec tego towarzystwo straciło rację bytu, a tymczasem coraz się rozszerzało. Nie mając co robić istotnie w szpitalu, przez samo obchodzenie sal, budzenie chorych, podawanie herbaty tym, którym ruszać się zabroniono, wnosili dyżurni zgiełek i nieporządek do instytucji, która przedewszystkiem ciszy potrzebuje; ponieważ członkami towarzystwa byli przeważnie rzemieślnicy i drobni handlarze, więc wraz ze zgiełkiem wnosili brudy swych warsztatów i handłów. Kilkunastu ludzi zebranych w nocy już swojemi rozmowami niepokoił szpital. Najgorszem było ich niewyraźne, samodzielne stanowisko; mieli oni swoich przełożonych, sami dobierali członków. Łatwo pojąć bezustanne kolizye pomiędzy członkami towarzystwa, którzy czuli się upoważnieni wtrącać się do wszystkiego, a administracją i lekarzami szpitala. Było to źródło wiecznych niepokojów, sporów i rozgoryczenia.

Z tych właśnie powodów lekarze szpitala przed dwoma laty wykazali w podaniu zbiorowem zbytętność i szkodliwość dyżurnych i prosili o zwinienie towarzystwa. Rada Miejska uwzględniła to żądanie, niestety, nie w sposób stanowczy i ostateczny. Czynności towarzystwa zawieszono tylko. Przez porównanie przekonaliśmy się tylko najdowodniej, ile porządek w szpitalu zyskał na tem dobrodziejstwie. Ale wciąż istnieją usiłowania odnowienia tej instytucji i ciągle grozi szpitalowi powrót do dawnych stosunków.

Wydział higieny szpitali i przytułków, jako kompetentne w tej sprawie ciało, powinien wyrazić zdanie, czy w zasadzie podobne towarzystwo może istnieć z pożytkiem, a choćby tylko bez szkody dla szpitala.

W dyskusji wszyscy mówcy [HEWELKE, POLAK, SOKOŁOWSKI, SAWICKI, MANDUK, JAKIMIAK i inni] podzielili zdanie prelegenta, uznając istnienie towarzystwa dyżurów nocnych za anomalię względnie do wyników praktyki szpitalnej całego świata i zasad ogólnych szpitalnictwa. Fakt istnienia w obecnych czasach podobnej instytucji o tyle tylko może być zrozumiałym, o ile widzi się w nim pozostałość dawnych czasów, dawnych stosunków i pojęć o szpitalnictwie.

POLAK i SOKOŁOWSKI, uznając w zasadzie szkodliwość instytucji dla szpitala w obecnej jej postaci, sądzą, że możnaby jej wyznaczyć inną rolę, skierować działalność towarzystwa w innym kierunku: w kierunku opieki nad rodziną chorych i chorymi po wyjściu ich ze szpitali.

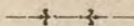
W końcu przyjęto następujący wniosek:

Wydział higieny szpitali i przytułków po wysłuchaniu odczytu d-ra Z. KRAMSZTYKA o stowarzyszeniu dyżurnych nocnych w szpitalu starozakonnych w Warszawie i po wyczerpującej dyskusji doszedł do następującego wniosku:

Służba szpitalna składać się powinna wyłącznie z ludzi odpowiednio przygotowanych, jedynie temu zawodowi oddanych i zależnych całkowicie od zwierzchności szpitala; ludzie innych zawodów, którzy przygodnie spełniają obowiązki służby szpitalnej, zamiast pożytku, szkodę mogą przynosić szpitalowi.

W. M.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY REDAKTORZE!

Zwracam się do Szanownego Redaktora z prośbą o wydrukowanie mojej odezwy do kolegów chirurgów i ginekologów w sprawie następującej.

Większość współczesnych ginekologów uważa za stwierdzoną możliwość doświadczonego wyleczenia raka macicy na drodze operacyjnej. Co się tyczy wyboru

sposobu operacyjnego, najbardziej odpowiedniego dla osiągnięcia doszczętnego wyleczenia, to pod tym względem zdania znacznie się różnią. Gdy jedni uważają częściowe usunięcie zajętej chorobowo tkanki macicznej za wystarczające, inni głosują za całkowitem usunięciem macicy, inni zaś w końcu nie zadawalniając się i takowem, utrzymują, iż oprócz usunięcia całkowitego macicy, koniecznem jest również wyluszczenie gruczołów na przebiegu naczyń chłonnych, idących od narządów płciowych. Rozumie się, iż każdy z tych sposobów leczniczych, pomimo wywodów teoretycznych, powinien być ściśle uzasadnionym na mocy wyników praktycznego jego zastosowania. Chcąc więc mieć pewną podstawę dla rozstrzygnięcia tego pytania, koniecznymi są statystyczne wywody, osiągnięte z większych, odpowiednio opracowanych liczbowych danych.

O ile mi wiadomo, w ruskiej i polskiej lekarskiej literaturze nie drukowano w ciągu mniej więcej ostatniego dziesięciolecia, żadnych prac, mających na celu zarejestrowanie wyników rozmaitych sposobów operacyjnych, stosowanych przez rozmaitych operatorów, jakkolwiek operacyjne leczenie raka macicy, głównie na drodze całkowitego usunięcia tego narządu, w ostatnich czasach szczególnie się rozwinęło. Chcąc uzupełnić ten brak, postanowiłem zebrać i opisać jak największą liczbę operacji tego rodzaju, dokonanych w Rosyji i Król. Polskiem, i przedstawić statystyczne wywody, dotyczące bezpośredniego zejścia pooperacyjnego, jakoteż, i to głównie, dalszych wyników, t. j. pod względem doszczętnego wyleczenia. W tym celu ośmielam się zwrócić do russkich i polskich chirurgów ginekologów z prośbą o łaskawe zawiadomienie mnie o wszystkich przypadkach, w których zastosowali metodę operacyjną dla doszczętnego wyleczenia powyższej choroby. Jeżeli powyższe dane były już gdziekolwiek ogłoszone, to proszę o łaskawe wskazanie mi takowych; jeżeli zaś podobny materyał, choćby nawet dotyczył pojedynczych przypadków, nigdzie nie był ogłoszony, to upraszam o zakomunikowanie mi go, przyczem koniecznem jest w celu lepszego przeglądu i usystematyzowania materyału, aby zakomunikowane mi dane odpowiadały następnym pytaniom:

- 1) Zajęcie i wiek chorej.
- 2) Anamneza i czas trwania choroby.
- 3) Wyniki obiektywnego badania, a głównie stopień zajęcia rakowatego.
- 4) Wygląd raka [gatunek] makroskopijny i mikroskopijny [jeżeli podobne badanie dokonaniem było].
- 5) Krótki opis operacji i okresu pooperacyjnego.
- 6) Zejście bezpośrednie po operacji. W przypadku zejścia śmiertelnego -- przyczyna jego, a także rozpoznanie dokonane przy sekcji pośmiertnej.
- 7) Wynik dalszy pooperacyjny pod względem nawrotu [recydywy] z oznaczeniem czasu, który upłynął po operacji.

Rozumie się, że nazwiska operatorów, a także i autorów zawiadomień będą podane w pracy, pojawić się mającej w języku rosyjskim, jakoteż i w jednym z języków cudzoziemskich, przyczem zaznaczone zostaną wszelkie szczególne właściwości materyału, techniki operacyjnej, jak również i środowiska, wśród którego były obserwowane i operowane przypadki pojedynczych autorów.

W końcu wszystkie otrzymane zawiadomienia posłużą jako materyał do komunikatu na przyszłorocznym międzynarodowym Zjeździe w Paryżu, którego komitet organizacyjny wyznaczył powyższy temat, z powodu nadzwyczajnej jego ważności, dla szczegółowego roztrząsnięcia, zapraszając na referenta doń prof. D. O. Orta z Petersburga. Tuszę sobie, że koledzy zechcą prośbie mojej zadosyć uczynić ze względu, iż otrzymane dane jako cenny naukowy materyał, nie tylko przyczynią się do postępu ginekologii wogóle, ale także dadzą cudzoziemcom pojęcie i obraz działalności russkich i polskich ginekologów.

Pozwolę sobie dodać, że w interesie sprawy zależy na pośpiechu w dostarczeniu mi wskazanego materiału, a mianowicie nie później, niż do końca bieżącego roku. Redakcye pism lekarskich polskich upraszam gorąco o powtórzenie tej odezwy.

St. Petersburg, Listopad 1899 r.

Ul. Znamenska, № 14, m. 4

Asystent Cesarskiego Instytutu klinicznego

W. Ks. HELENY PAWŁOWNY.

A. Dranicyn.

Wiadomości bieżące.

— Dla zapobieżenia możliwości wybuchu dżumy dozwolono czynić badania z lasecznikiem dżumy jedynie w pracowni bakteryologicznej w Kronsztadzie.

— Prof. MIKULICZ otrzymał urzędowe pozwolenie podpisywania się „von MIKULICZ-RADECKI“.

— Na wzór istniejących przy uniwersytetach niemieckich, odbędą się w Krakowie kursa wakacyjne dla lekarzy w miesiącu grudniu. Oto ich program. Czas trwania 4 tygodnie; od 26 listopada do 23 grudnia r. b.

Wykłady: 1) Chirurgia. Docent KRYŃSKI. Kurs operacji chirurgicznych na trupach [ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej], 8 godzin na tydzień. Oplata 30 złr.

2) Dentystyka. Docent ŁEPKOWSKI. Kurs plombowania i wyjmowania zębów. Codziennie 1½ godziny. Oplata 50 złr.

3) Medycyna wewnętrzna. Docent KOROZYŃSKI. Metody ściślejszego badania klinicznego [mikroskopia i chemia kliniczna] z demonstracją przypadków klinicznych. Codziennie 1½ godziny. Oplata 20 złr.

4) Okulistyka. Docent SROCYŃSKI. Kurs wzornikowy chorób oka. 4 godziny na tydzień. Oplata 20 złr.

5) Pedyatria. Docent RACZYŃSKI. Ćwiczenia w dyagnostyce chorób dzieci. Szczegółowo: błonica i jej leczenie. Ćwiczenia w intubacji. 2 godziny dziennie. Oplata 20 złr.

6) Bakteriologia. Docent NOWAK. Kurs praktyczny bakterjologii. Codziennie 1 godzina. Oplata 20 złr.

7) Histologia patologiczna. Docent CIECHANOWSKI i docent NOWAK. Ćwiczenia praktyczne. 3 godziny na tydzień. Oplata 20 złr.

8) Ćwiczenia w sekcjach patologicznych. Docent CIECHANOWSKI. Codziennie 1 godzina. Oplata 20 złr.

Każdy z wymienionych kursów odbędzie się wówczas, gdy zapisanych będzie przynajmniej pięciu uczestników. Zgłoszenia, zarówno jak i opłatę za kursa przyjmuje kwestor Uniwersytetu Jagiellońskiego, O. SOŁTYSEK (*Collegium novum*).

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 43. H. HALBAN. O wrzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci. R. RENCKI. Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidzowego krwi w raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej. S. SZUMAN. O zaburzeniach układu nerwowego, a w szczególności o nerwicach, wywołanych rażeniem słonecznym. KROKIEWICZ. Zachowanie się krwi w przebiegu raka żołądka (*Carcinoma ventriculi*). Kilka uwag w sprawie istoty charłactwa rakowego. [Dok.]. — *Medycyna*. № 43. S. GROSELIK. O wartości leczniczej urotropiny w chorobach zakaźnych narządu moczowego. [Dok.] K. SACEWICZ. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. [C. d.]. — *Kronika Lekarska* № 21. HEWELKE. Przypadek ropnia migdałka gardzielowego (*tonsilla LUSCHKA'e*). — *Przegląd Dentystyczny* Z. 10. C. ZBORIL. Porcelana i emalia w dentystyce. [C. d.].

W Płocku

osiedlił się i rozpoczął praktykę

D-r Władysław Biesiekierskikilkoletni asystent przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. 6—1
Choroby chirurgiczne, kobiece i moczopłciowe.**Dr. S. Gościcki**

4—1

Stosuje psychoterapię (leczenie hypnotyzmem) w cierpieniach nerwowych czynnościowych, głównie zaś w hysteryi i chorobliwych nałogach (onanizmie, enuresis nocturna i t. p., **Chmielna 9**, od 5 do 7.**O J C Ó W.**

4—1

Zakład leczniczy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne.—Poczta i telegraf na miejscu.—Ceny mieszkań i stołowania w czasie zimowym niższe.—Chorych umysłowo Lecznicza nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu D-r St. NIEDZIELSKI.

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, Weśółowski, J. Wojciechowski, T. Żera. 25—3

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 (cierpień górnego odcinka dróg oddechowych, katarów oskrzeli, rozedmy płuc).

Fizyczno - 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 F. W E N D Y Krakowskie Przedmieście 45.

Sprzedaż we wszystkich aptekach

Literatura bezpłatnie