

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Figówka (Sycosis) wargi górnej, jako skutek cierpienia nosa. Podał Z. Srebrny. (Dokończenie). — Czwartą przyczynę do nauki o zбочenach mowy, przez d-ra W. Oltuszewskiego. (Dokończenie). — Walka z epidemią błonicy w powiecie Kozłowskim gubernii Tambowskiej. Podał B. Margulies. (Ciąg dalszy). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 15 września r. b. — Wystawa higieniczna w Warszawie. — Korespondencya Medycyny. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Z. Srebrny — Syçose de la lèvre supérieure comme conséquence des maladies du nez. 2) D-r W. Oltuszewski — Nouvelle contribution à l'étude des anomalies de la parole.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obożna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Z. Srebrny — Syçose der Oberlippe als Folge von Nasenkrankheiten. 2) D-r W. Oltuszewski — Der vierthe Beitrag zur Lehre ueber Sprachanomalien.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obożna str. 5.

Figówka (Sycosis) wargi górnej,

jako skutek cierpienia nosa.

Podał Z. SREBRNY.

(Dok.—Zob. N. 41).

Z pomiędzy czterech powyższych spostrzeżeń zatem, w dwóch mieliśmy do czynienia z ropieniem, względnie martwicą komórek sitowych, w dwóch zaś z martwicą kości klinowej. W 3-ch przypadkach cierpienie nosa było obustronne, w jednym jednostronne. Czy zawsze w przypadkach figówki wargi górnej pochodzenia nosowego cierpią znalezione przezemnie okolice; czy nie bywa ona następstwem ropienia w innych zatokach lub martwicy innych części kośćca nosa, — tego na zasadzie zbyt szczupłego materiału dotychczasowego powiedzieć nie mogę. To tylko zaznaczyć mi wypada, że na 40 przypadków ropienia w zatoce szczękowej, na 17 przypadków ropienia w zatoce czołowej i na 2 przypadki skombinowanego ropotoku jamy szczękowej i czołowej oraz jamy szczękowej i komórek sitowych — powikłania figówką wargi górnej nie widziałem.

Nie zamierzam na tem miejscu kreślić dokładnego obrazu klinicznego cierpienia komórek sitowych i jamy klinowej, pokrótce jednak wspomnę o etyologii tej choroby wogóle oraz o objawach i leczeniu w powyżej podanych spostrzeżeniach.

Przedewszystkiem zaznaczam, że u żadnego z chorych, dotkniętych martwicą kości sitowej lub klinowej, nie znalazłem żadnych objawów przymiotu, ani gruźlicy; żaden z chorych nie wymienił w wywiadach przymiotu. Wyłączając dalej przypadki wtórnego zajęcia tych zatok oraz przypadki ostre, przyznać muszę, że nie mogłem ze spostrzeżeń swoich wysnuć żadnych wniosków, dotyczących etyologii omawianej choroby. GRÜN WALD ¹⁾ w tym względzie ważną rolę przypisuje chorobom zakaźnym, przeważnie tyfusowi, płonicy, grypie i róży, opierając się przytem na znanych z literatury wynikach badania zwłok w przypadkach, w których po powyższych chorobach znajdowano ostre ropienia w jamach obocznych nosa. Jeżeli jednak związek ropienia ostrego z chorobą zakaźną jest łatwy do wyśledzenia, to nie można tego powiedzieć o ropieniach przewlekłych, które od przebytej choroby zakaźnej przedziela nieraz bardzo znaczny okres czasu. A zresztą ludzi, którzy chorowali na tyfus, płonicę i grypę, jest tak dużo, że nic dziwnego i przekonującego w tem niema, jeżeli dotknięty cierpieniem jamy klinowej lub sitowej osobnik wspomina, że przechodził kiedyś jedną z powyższych chorób. Trudno też orzec, czy przewlekły nieżyt nosa, przeniosłszy się na owe jamy oboczne, wywołał ich cierpienie, czy też odwrotnie, choroba tych jam wywołała przewlekły nieżyt nosa. W każdym razie możliwą jest rzeczą, że silny nieżyt nosa, przeniosłszy się na jedną z jam obocznych, wywołuje ostre w niej ropienie, które w następstwie stać się może przewlekłym.

Co się tyczy objawów podmiotowych ze strony nosa, to tylko jeden chory skarżył się na wzmożoną wydzielinę błony śluzowej (2 ie spostrzeżenie), nos często bywał zatkany. Jeden z chorych (1-e spostrzeżenie), przeciwnie, narzekał na suchość w nosie, jeden (3 e spostrzeżenie) na zatkanie nosa, ostatni wreszcie wcale nie wiedział o tem, że dotknięty jest chorobą nosa.

Wobec raz tylko stwierdzonego powiększenia wydzieliny błony śluzowej nosa, zaprzeczyć muszę, aby przyczyną figówki wargi górnej był obficie na nią spływający śluz. Figówka powstaje tu raczej w ten sposób, że wydzielina ropna, chociażby była w najmniejszej ilości, zaraża i wywołuje zapalenie torebek włosowych na wewnętrznej powierzchni skrzydeł nosa oraz przegrody błoniastej, stąd zaś zapalenie to szerzy się niżej na wargę.

Przedmiotowo tylko w 2-m spostrzeżeniu można było przy badaniu wziernikiem odrazu powziąć podejrzenie co do nieprawidłowego stanu kości sitowej; w 1-em naprowadzał wprawdzie na tę myśl usadowiony wysoko w nosie polip, był on jednak tak mały, że łatwo go było przeoczyć. W 3-m i 4-m spostrzeżeniu trudno było z obrazu rynoskopowego domysleć się cierpienia kości klinowej.

Ażeby dokładnie rozpoznać źródło figówki pochodzenia nosowego, należy przedewszystkiem użyć do badania nosa zgłębnika. Słusznie bardzo powiada GRÜN WALD, że zwykły ten przyrząd zbyt mało używany jest przez rynologów.

Ja sam mam sobie do zarzucenia z lat dawniejszych wiele błędów rozpoznawczych, popełnionych tylko dlatego, że przy badaniu nosa zbyt rzadko posługiwałem się zgłębnikiem. Niewątpliwie każdy rynolog, używający tego przyrządu, znakomicie ograniczyć musi liczbę niepotrzebnych przypałów w nosie, przekonują się bowiem, że owe, ogniem tępione obrzęki muszel nie

¹⁾ Die Lehre von den Nasenerkrankungen 1893.

stanowią choroby samodzielnej, lecz są tylko objawem głębszego cierpienia nosa. Nie dosyć jest stwierdzić, że chory ma katar nosa: trzeba szukać jego przyczyny i nieraz zapomocą zgłębnika się ją wykryje.

W maju r. b. dzięki zgłębnikowi rozpoznałem i usunąłem cierpienie, który dotkniętemu niem choremu życie zatruwało. Był to lekarz z Bułgarii, którego od 3-ch lat prześladował zapach zgnilizny, zalatujący go kilka razy dziennie. Zapach ten był tak wstrętny i dokuczliwy, że odbierał choremu apetyt, humor i chęć do pracy. Przed rokiem z tego powodu zmuszony był opuścić posadę rządową, jaką zajmował, nie był bowiem w stanie sprostać swoim obowiązkom. W przeciągu trzyletniej tułaczki leczył się u rozmaitych specjalistów bez skutku. Przy badaniu stwierdziłem przedewszystkiem, że przedmiotowo przykrego zapachu z nosa nie było czuć, chory czuł go jednak sam i zawsze z prawej strony. Przy oglądaniu nosa zauważyłem pomiędzy zewnętrzną ścianą nosa a przegrodą z prawej strony bardzo niewielką ilość rzadkiej ropy. Po wprowadzeniu zgłębnika w kierunku wydobywającej się ropy, znalazłem komórki sitowe tylne w stanie martwicy. Już nazajutrz po wyskrobaniu zapach się nie zjawił, gdy zaś po kilku dniach chory nadmienił, że znowu ów zapach czuł, chociaż w znacznie słabszym stopniu, po raz drugi przystąpiłem do wyskrobania, poczem przestrzykiwałem jamę sitową 1% roztworem karbolu i kilkakrotnie pendzlowałem z początku 25% fenolem sulforycynowym, następnie, z powodu zbyt silnego odczynu, wywołwanego tym środkiem, 2% saletranem srebra. Pacjent do dzisiejszego dnia jest zdrow.

Rozpoznanie właściwe zgłębnikiem kości nekrotycznej w powyższych okolicach wymaga jednak pewnej wprawy. Zwłaszcza przy badaniu komórek sitowych należy postępować bardzo delikatnie, gdyż przy silniejszym nacisku zgłębnikiem cieniutkie kosteczki tej okolicy łamią się i dają wrażenie martwicy. Należy często badać tę okolicę u zdrowych, aby nauczyć się rozróżniać chorą kość sitową od zdrowej, różnica bowiem przy badaniu jest niewątpliwa. W przypadkach, w których kość sitowa znajduje się w stanie zdrowym, ostrożne badanie zgłębnikiem nie wywołuje krwawienia wcale, albo bardzo nieznaczne; przeciwnie, w przypadkach martwicy tej kości już po lekkim dotknięciu zgłębnikiem spostrzegamy krwawienie dosyć obfite. Zależy to niewątpliwie od pokrywającej chorą kość ziarniny.

To wyczuwanie kruchych kosteczek w zdrowej kości sitowej dało powód kilku autorom do zaprzeczania wogóle takiej częstości nekrozy tej kości, o jakiej wspomina GRÜN WALD; na poparcie zaś swojego poglądu przytaczają zdanie ZUCKERKANDL'a ²⁾, który na trupie zaledwie raz znalazł ropienie w komórkach sitowych, martwicy zaś ich nie spostrzegał ani razu. Na zasadzie jednak własnego doświadczenia oraz niewątpliwej różnicy, jaką czułem przy badaniu zdrowej i chorej kości sitowej, uważam zdanie GRÜN WALD'a za zupełnie słuszne.

Przy badaniu zgłębnikiem przedniej ściany kości klinowej, gdy kość ta jest chora, natrafiamy na powierzchnię obnażoną, nierówną; przy silniejszym oparciu zgłębnika łatwo kość przedziurawić. Badanie zgłębnikiem kości klinowej połączone jest zawsze z dosyć obfitem krwawieniem, zawsze jednak obfitszem, gdy kość ta jest chora.

Wprowadzanie zgłębnika do komórek sitowych i w kierunku jamy klinowej pomimo użycia kokainy jest bolesne.

²⁾ Normale und pathol. Anatomie der Nasenhöhle. B. II. 1892.

Ażeby nie pominąć milczeniem sprawy leczenia, wspomnę, że wykrobywanie komórek sitowych można wykonywać śmiało, nawet w blaszce papierowej, pomimo sąsiedztwa oka; tylko przy skrobaniu blaszki sitowej (*lamina cribrosa*) należy postępować bardzo ostrożnie, aby nie dostać się do jamy czaszkowej. Gdy muszla średnia okazuje się nekrotyczną, należy miejsce chore wykrobać, lub całą część muszli odjąć bądź pętlą, bądź kleszczami ostrymi. Jamę klinową należy możliwie szeroko otworzyć łyżeczką ostrą i wykrobać. Jeżeli dostęp do kości klinowej jest utrudniony z powodu powiększenia muszli średniej, wtenczas trzeba przedni jej koniec usunąć. W razie rozległej martwicy kości wypada nieraz skrobanie powtarzać.

Tamponowania nosa po owych rękoczynach nie stosowałem, gdyż krwawienie, acz obfite, bardzo szybko samo ustaje; zatykałem tylko nos kawałkiem gazy jodoformowej lub waty sterylizowanej na kilka godzin. Po operacji przestrzykiwałem otwarte jamy 1% kwasem karbolowym; wdmuchiwałem w ostatnich czasach zaniechałem (z powodu wyżej podanego), natomiast od czasu do czasu przypalałem dotknięte chorobą miejsca 2% saletrzanem srebra.

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY.

Czwarty przyczynek do nauki o zбочzeniach mowy,

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. T. L., we wrześniu 1896 r.

przez d-ra Władysława Ołtuszewskiego.

(Dokończenie.—Zob. N. 41).

Mowę nosową, należącą właściwie do bełkotania z brzmieniem nosowem, zaliczamy do zбочzeń dysfaryngicznych lub dysartycznych. Należy ona do tak zwanej mowy nosowej otwartej (*rhinolalia aperta*), gdyż wskutek braku rozgraniczenia jamy ustnej od jamy noso-gardzielowej, powietrze wibrujące odbija się o kanały tej ostatniej i wychodzi nosem. Mowa nosowa pochodzenia *korowego* zwykle bierze swój początek już we wczesnych okresach dzieciństwa i łączy się z niemotą (najczęściej pochodzenia czynnościowego), zazwyczaj ustępującą i przechodzącą w bełkotanie. Opisałem ją w przyczynku zeszłorocznym pod nazwą *mowy nosowej wrodzonej pochodzenia czynnościowego* i uczyniłem zależną od pewnego upośledzenia czynności ośrodków ruchowych kory. Odnosne spostrzeżenia tegoroczne pogląd ten mój w zupełności potwierdziły. Od tylko co omówionej cięższej formy mowy nosowej należy odróżniać lżejszą również *korowego* pochodzenia, łączącą się z wadliwym wymawianiem, zależną od pewnych pozostałości mowy nosowej wrodzonej, upośledzonego słuchu oraz złego wzoru mowy. Mowa nosowa *podkorowego*

pochodzenia (dysartryczna) zależy od przyczyn organicznych w samym narządzie artykulacji, a mianowicie od rozczepów podniebienia twardego i miękkiego, wyrosli adenoidalnych lub też innych przeszkód w jamie noso - gardzielowej, często nawet po ich usunięciu. Jeżeli podobnego rodzaju braki podniebienia lub omawiane przeszkody mają miejsce przy tworzeniu się mowy u dzieci, natenczas, utrudniając wytwarzanie się dźwięków lub czyniąc je zupełnie nieprawidłowymi, powodują cięższą postać mowy nosowej, zbliżoną do bełkotania z brzmieniem nosowem, gdy te same przyczyny po utworzeniu się mowy wskutek zmian kompensacyjnych w jamie noso - gardzielowej, wywołują jedynie lżejszą jej postać, zbliżoną do wadliwego wymawiania z odcieniem nosowym. Cięższa postać mowy nosowej zarówno korowego, jakoteż podkorowego pochodzenia, należy do zboczeń bardzo poważnych, gdyż w obu razach oprócz brzmienia nosowego, wskutek niedokładnego rozdzielenia jamy ustnej od jamy noso - gardzielowej, prąd wydechane go powietrza rozdziela się na dwie drogi, a z tego względu brak wielu głosek, istniejące zaś bywają nieprawidłowo wytwarzane. Ponieważ wada ta powstaje najczęściej w bardzo młodym wieku, pojmujemy, że przeciągając się do wieku szkolnego, a nawet i później, z powodu zupełnie niezrozumiałej mowy czyni dzieci niezdolnymi do rozpoczęcia nauk, a z tego względu przyczynia się do ich umysłowego upośledzenia.

Od opisanej mowy nosowej należy wyróżniać **odcien nosowy**, zależny od wzmocnionego rezonansu jamy noso - gardzielowej przy jej zatkanie z jakiegobądź przyczyny, co zanieczyszcza tylko mowę, zresztą zupełnie zrozumiałą (*rhinolalia clausa*). Forma ta pochodzenia dysartrycznego zależy zawsze od przyczyny organicznej, po usunięciu której, szczególnie u osób starszych, ustępuje zupełnie.

Spostrzegalem 7 przypadków mowy nosowej; jeśli do tego dodamy 5 przypadków łącznie z bełkotaniem (N. 1, 2, 5, 9, 49), to razem mieliśmy 12 przypadków (m. 8, k. 4). Z powyższej liczby 9 należało do kategorii *rhinolalia aperta*, a 3 do *rhinolalia clausa*. Z kategorii pierwszej 7 było pochodzenia korowego, a 3 podkorowego, wszystkie zaś przypadki, należące do drugiej kategorii, były pochodzenia podkorowego.

W następującym przypadku mowy nosowej wrodzonej miałem sposobność przeprowadzić systematyczne leczenie z wynikiem dodatnim.

Kamilla Kr. lat 13. W rodzinie 2 dzieci. Starszy brat mówi zupełnie prawidłowo. Mając 7 miesięcy, przebywała jakąś chorobę mózgową, połączoną z drgawkami, trwającą tydzień, i od tego czasu matka zauważyła pewne upośledzenie inteligencji dziecka, przeciągające się prawie do lat ostatnich. Zaczęła mówić od 2-go roku odrazu niezrozumiale. Znacznego stopnia oddźwięk nosowy przy mowie wystąpił również bardzo wcześnie. Obecny stan następujący. Dziewczynka błąda, ale dobrze odżywiona. Przy badaniu jamy noso - gardzielowej znaleziono przewłoczny nieżyt. Podniebienie miękkie, przy wydobywaniu głosu unosi się do góry w sposób zupełnie prawidłowy. Sfera intelektualna upośledzona, mowa samodzielna zupełnie niezrozumiała. Bełkotanie wyrażało się nieprawidłowem wymawianiem głoski *s* (*s interdentalis*) i od niej pochodnych (zamiast *sz—ś, ż—ź, cz—c*), brakiem głosek *g* i *k* (*gamacismus*), zamianą głoski *r* przez *n* i *l—n* oraz niedokładnem wymawianiem pozostałych dźwięków. Mowa nosowa szczególnie silnie była wyrażona przy samogłoskach i spółgłoskach syczących. Leczenie polegało na wy-

robieniu brakujących dźwięków, poprawieniu źle wymawianych, oraz usunięciu brzmienia nosowego zapomocą systematycznej gimnastyki podniebienia miękkiego, a to w celu przywrócenia dokładnego rozgraniczenia między jamą ustną a gardzielową. Po dwu miesiącach leczenia dziewczynka w zupełności odzyskała prawidłową mowę ³⁾.

Opierając się na przytoczonym spostrzeżeniu, jak również na przypadkach analogicznych, opisanych w latach zeszłych, mniemam, że mowa nosowa wrodzona należy do zboczeń zupełnie uleczalnych.

Z całego szeregu spostrzeganych przypadków mowy nosowej wrodzonej pozwolimy sobie przytoczyć jeszcze dwa następujące spostrzeżenia.

Maryan Z. lat 6. Pochodzi z rodziny, złożonej z 4 prawidłowo mówiących dzieci. Urodził się przedwcześnie i odrazu zdradzał słabą inteligencję. Zaczął bardzo powoli i niezgrabnie chodzić od 2-go roku, co jeszcze i dzisiaj zauważyć można. Rozumienie mowy rozpoczęło się stosunkowo dosyć wcześnie, ale postępowało bardzo powoli. Mowa samodzielna rozpoczęła się od niedawna, odrazu bełkotliwa i z brzmieniem nosowym. Obecny stan następujący. Głowa nieforemna, śpiczasta z tyłu, wyraz twarzy głupkowaty, usta otwarte, zez. Inteligencja upośledzona. Przy powtarzaniu oddzielnych dźwięków brak *ch*, oraz liczne zamiany, jak *c* na *s*, *sz*—*s*, *ż*—*z*, *cz*—*c* i t. d. Przy powtarzaniu wyrazów opuszczanie sylab, przestawianie ich i t. d. Mowa samodzielna prawie zupełnie niezrozumiała z powodu nosowego brzmienia, nieprawidłowego wytwarzania wielu dźwięków, ich przestawiania, licznych zamian i t. d.

W przypadku tym niemota, mająca swe źródło w porażeniu mózgowym, przeszła w bełkotanie, połączone z mową nosową.

Maryanna Bań. lat 12. Pochodzi z rodziny złożonej z 4 prawidłowo mówiących dzieci. Mowa rozpoczęła się w 2-im roku w sposób zupełnie prawidłowy. Około tego czasu po rozbiciu się przebyła jakąś chorobę mózgową, połączoną z drgawkami, po ustąpieniu których wystąpiła niemota oraz lekkiego stopnia niedowład łącznie z atetozą lewej kończyny górnej. Po miesiącu niemota owa ustąpiła i dziewczynka zaczęła mówić niewyraźnie i przez nos. Obecny stan następujący. Z oddzielnych dźwięków brak *ł*, *r*, pochodnych od *s*, dalej mamy *sigmatismus nasalis*, oraz zamiany *g* na *d*, *f* na *ch*. Pomimo to, iż dziewczynka powtarza wyrazy nieźle, samodzielna jej mowa jest zupełnie niezrozumiała z powodu opuszczania głosek, zamian, przestawiania, nosowego brzmienia i t. d. W jamie noso - gardzielowej oprócz przewłocznego nieżyty znalazłem w niewielkiej ilości wyrośle.

W przypadku tym uraz spowodował niemotę, która przeszła w bełkotanie łącznie z brzmieniem nosowym.

Następujący przypadek mowy nosowej ilustruje nam ważność jakichkolwiek przeszkód w jamie noso - gardzielowej przy rozwoju mowy, pomimo ich usunięcia.

Jerzy H. lat 6. Zaczął mówić po roku niewyraźnie i z nosowym brzmieniem. Przed trzema laty operowano mu wyrośle, pomimo jednak tego mowa nosowa w niczem się nie zmniejszyła. Chłopczyk inteligentny. Samodzielna jego mowa prawie zupełnie niezrozumiała z powodu braku wielu

³⁾ Drugi przypadek wyleczonej mowy nosowej dotyczył Tadeusza S., o czym zrobiłem odpowiednią wzmiankę przy bełkotaniu.

dźwięków, jak *k, g, r, sz*, wielu zamian, jak również silnie wyrażonego nosowego brzmienia.

Przytaczam wreszcie następujący przypadek mowy nosowej organicznego pochodzenia, uwarunkowany rozczepem podniebienia twardego i miękkiego, gdzie wskutek zmian kompensacyjnych w jamie noso-gardzielowej mowa, pomimo brzmienia nosowego, była dość zrozumiałą.

L. W. lat 18. Mowa nosowa od dzieciństwa. Rozczep zupełny podniebienia twardego i miękkiego. Brzmienie nosowe występuje szczególnie przy samogłosce *i*, oraz wybuchowych i syczących.

Przypadki, należące do kategorii *rhinolalia clausa*, pomijam, jako dobrze znane kolegom, zajmującym się zбочzeniami jamy noso-gardzielowej.

Jąkanie należy do zбочzeń dysfaryngicznych. Spostrzegalem 101 przypadków (m. 76, k. 25).

Poniżej załączam dwie tablice, mianowicie przyczyny, podawanej przez samych chorych lub otoczenie, i wieku, w którym powstała ta wada.

TABLICA I.

Przyczyna niewiadoma.	Dziedziczność	Uraz.	Przestrach.	Naśladownictwo.	Choroby zakaźne.	Prędką mowa otoczenia.	Choroby konstytucjonalne.
23	47	12	6	8	1	2	2

TABLICA II.

W którym roku powstało jąkanie.		Niewielkomo.	Od dzieciństwa.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	15	18	
Liczba jakających się.	Mężczyzn.	1	22		7	9	11	8	7	6	1	2	1		1		76
	Kobiet.	1	8	1	4	4		2			1	2		1		1	25
		2	30	1	11	13	11	10	7	6	2	4	1	1	1	1	101

Obie tablice, jako wyświetlające etyologię jąkania, ważne są dla nas i zasługują na szczegółowe omówienie. W tablicy I najważniejszą pozycję zajmuje *d z i e d z i c z n o ś ć*. Przyjmujemy ją w znaczeniu obszernem, a więc nie tylko dziedziczenie samej wady od rodziców lub krewnych, lecz i usposobienia neuropatycznego (choroby umysłowe, histerya i t. d.). Z pomiędzy 47 przypadków, zamieszczonych pod tą rubryką, mieliśmy dziedziczenie od rodziców w 22 przypadkach (12 od ojca, a 10 od matki), od krewnych w 14 przypadkach i neuropatyczne usposobienie w rodzinie w 11. W niektórych z tych 47 przypadków obok usposobienia były i momenty wywołujące, jak: obok dziedziczenia wady ze strony ojca — tyfus (78) i przestach (N. 82),

obok dziedziczności ze strony krewnych — naśladownictwo (N. 76 i 97) i uraz (N. 96), wreszcie obok neuropatycznego sp osobienia w rodzinie — uraz (N. 2 i 60) oraz przestrah (N. 12 i 25). We wszystkich tych przypadkach momentom wywołującym przypisuję rolę drugorzędną. Z pomiędzy spostrzeżeń, zamieszczonych pod rubryką dziedziczności, na szczególne zaznaczenie zasługują te stosunkowo rzadkie przypadki, w których wada przechodzi na dzieci, pomimo, iż one nie pozostają w żadnej styczności z rodziną. Tu odnotowujemy następujące spostrzeżenia.

Sieroża S. (N. 1). Stryj jąka się, ale malec nigdy go nie widział. W rodzinie 4 dobrze mówiących dzieci, on drugi. Zaczął się jąkać od 2-go roku życia, podobno po upadnięciu.

Ignacy Zab. lat 28 (N. 20). Stryj, którego nigdy nie widział, podlegał wadzie jåkania. Najmłodszy z 5 rodzeństwa prawidłowo mówiącego. Jąka się od małości.

Roza Hal. (N. 51), lat 9. Dziadek, mając 8 lat, jąkał się, ale obecnie mówi zupełnie dobrze. W rodzinie 2 dzieci, ona młodsza, starsza mówi dobrze. Zaczęła się jąkać dopiero od paru miesięcy.

Majer K. lat 9 (N. 56). Ojciec jąkał się w młodości, obecnie mówi dobrze. W rodzinie 9 prawidłowo mówiących dzieci, on przedostatni. Zaczął się jąkać w 7-ym roku życia.

G. lat 6. (N. 70). Matka w młodości podlegała jåkaniu, obecnie mówi dobrze. Najstarszy z rodziny, złożonej z 4 dobrze mówiących dzieci. Zaczął się jąkać od 5-go roku życia.

Kazimierz R. lat 19. (N. 89). Matka jąkała się w młodości. Pochodzi z rodziny, złożonej z 5 prawidłowo mówiących dzieci, on najmłodszy. Jąka się od małości.

Uraz bez żadnego momentu dziedzicznego odnotowałem w 12 przypadkach. To samo dotyczy przestrah u, zaznaczonego w 6 przypadkach, i naśladownictwa w 8. Przykłady, podane w zeszlórocznych przyczynkach, zwalniają nas obecnie od przytaczania szcggółowych w tym względzie spostrzeżeń.

Z szeregu momentów wywołujących odnotowałem jeszcze tyfus w jednym przypadku, prędką mowę otoczenia w dwu, oraz krzywicę również w dwu.

Drugiemu momentowi uspasabiającemu — w i e k o w i — poświęcona jest tablica II. Rozglądając się w niej, widzimy, że większa część przypadków jåkania przypada na wiek tworzenia się mowy, mniej już na czas między 7—8 rokiem (wiek największego przyrostu umysłowego zasobu dzieci, a więc i większego rozwoju kory). Przypadek, w którym wada ta powstała w wieku późniejszym, mianowicie w 18-ym roku, przedstawia rzadką postać ostrego jåkania i jest następujący:

Zofia M. lat 18 (N. 40). Będąc zupełnie zdrową, 11. II. 1896 r. podległa ostremu napadowi jåkania w postaci silnych kurczów wdechowych przepony, uniemożliwiających prawie w zupełności mowę. Widziałem ją w parę godzin po napadzie i wówczas zaledwie bardzo cichym, przerywanym głosem była w możności powiedzieć kilka słów. Chora ta niebawem powróciła do zdrowia.

Prawie zupełnie podobny przypadek ostrego jåkania opisałem w przyczynku drugim. Spostrzeżenia tego rodzaju wykazują nam, że jåkanie, uwa-

żane zazwyczaj jako cierpienie przewłoczne, lubo w rzadkich przypadkach, może jednak występować jako sprawa z przebiegiem ostrym.

Na 101 przypadków jąkania odnotowano nieżyt jamy nosogardzielowej w 3, oraz wyrosłe w 1.

Przechodzimy obecnie do t y p ó w jąkania oraz ich p o s t a c i.

Na 101 przypadków spostrzegalem:

Postaci czystych:

Jąkania oddechowego	1
„ głosowego	10
„ artykulacyjnego	21

Postaci mieszanych:

„ głosowo artykulacyjnego	21
„ głosowo-oddechowego	7
„ artykulacyjno - oddechowego	6
„ głosowo-artykulacyjno - oddechowego	27
Postaci, nie dających się określić z powodu niechęci do mowy, przeważnie u małych dzieci	8

Razem . . . 101

Z zestawienia niniejszego widzimy, że najrzadszą postać stanowi jąkanie oddechowe, najczęstszą zaś głosowo-artykulacyjno-oddechowe. Jeden przypadek jąkania oddechowego opisałem powyżej, jako jąkanie z ostrym przebiegiem; drugi, zaliczony z powodu bardzo słabych kurczów artykulacyjnych do postaci artykulacyjno-oddechowej, gdzie jednak silne kurcze oddechowe stanowiły objaw najważniejszy, jest następujący.

Leiser L. 21 lat. (N. 23). Dziadek jego i matka podlegali jąkanii. W rodzinie 6 dzieci, on najmłodszy. Jąka się od małości, gorzej od lat 5 po upadnięciu (blizna na brodzie). Postać jąkania niezwykle ciężka pod postacią kurczu wdechowego, w zupełności znoszącego mowę, z gwałtownymi ruchami towarzyszącymi, jak skręcaniem głowy na lewo, przybliżaniem jej ku mostkowi, zataczaniem się i t. d. Po ustąpieniu kurczu wdechowego chory wygłasza nieraz całe szeregi słów zupełnie prawidłowo. Szept znakomicie zmniejsza ów kurcz, nie znosi go jednak w zupełności. Przy śpiewie jąkanie znika. Bardzo słabo wyrażone jąkanie artykulacyjno - kloniczne dało się dopiero zauważyć przy szepcie.

W typie jąkania oddechowego należy zauważyć, że to, co często zaliczają do jąkania artykulacyjnej ekspiracji, zależy jedynie od przeszkód w emisji głosu przy kurczach głosowych, jak o tem niejednokrotnie miałem sposobność się przekonać. Typ jąkania glosowego, zarówno jak w latach zeszłych, przedstawiał częste połączenie kurczu klonicznego z przerywanym, daleko już rzadziej klonicznego z zamykającym lub tonicznym. Embolofrazę spostrzegalem w 7 przypadkach jąkania glosowego. W typie jąkania artykulacyjnego mieliśmy ciekawy przypadek mowy nosowej szczególnie przy wybuchowych (N. 19), zależnej od skurczu podniebienia miękkiego, powodującego niedokładne rozgraniczenie jamy ustnej od jamy noso-gardzielowej. Po usunięciu jąkania mowa nosowa znikła.

O b j a w y t o w a r z y s z ą c e, to jest skurcze po za narząd artykulacji, odnotowałem w następujących 7 przypadkach: 1) bujanie się naprzód oraz uderzanie prawej kończyny o biodro (N. 14), 2) mrózenie oczu (N. 19);

3) zataczanie się, tupanie nogą lewą, uderzanie o tułów lewą kończyną górną (N. 23); 4) zamykanie powiek (N. 32); 5) bezustanne ruchy palców (N. 34); 6) niespokojne ruchy w kończynach górnych, bujanie się, mróganie oczami (N. 37); 7) odrzucanie od tułowia lub też zbliżanie prawej górnej kończyny (N. 54).

Z innych objawów jąkania na szczególną uwagę zasługuje jeden przypadek, w którym zboczenie to występowało jaskrawiej przy mowie wierszowanej, oraz drugi, w którym ujawniało się daleko mniej przy afektach. Zazwyczaj bywa wprost przeciwnie.

W następujących przypadkach jąkanie łączyło się z innymi objawami nerwowymi, a mianowicie: somnambulizmem (N. 1), strachem nocnym (N. 19), moczeniem mimowolnem (N. 43), skurczem głosowym (N. 16).

Na 101 przypadków jąkania mieliśmy 5 wadliwego wymawiania.

Leczenie czysto indywidualne, zastosowane do typu i postaci jąkania, dało nam, zarówno jak w latach zeszłych, wyniki bardzo dobre. Z pomiędzy liczby 101 leczyło się 12 osób, ze zgłaszających się z przeszłego i pozaprzeszłego roku 4, razem 16; z tych wszyscy zostali wyleczeni, z wyjątkiem jednej, która doznała znacznej poprawy.

Zbyt rozszerzone ramy niniejszego sprawozdania zmuszają nas pracę o afonii spastycznej zamieścić oddzielnie, jako dodatek do przyczynku czwartego. Pracę tą niebawem ogłosimy drukiem.

W zakończeniu niniejszego przyczynku pozwalamy sobie jeszcze raz zwrócić uwagę kolegów na ważność głuchoty wyrazowej pozakorowej, szczególnie u dzieci, i możliwość jej leczenia, oraz na uleczalność wszelkiego rodzaju zboczeń mowy, mających miejsce u idiotów lekkiego stopnia i głuptasów, niewątpliwie przyczyniających się do utrwalenia i tak już upośledzonego ich stanu umysłowego. Na zasadzie zdobytego doświadczenia, opierającego się, jak dotychczas, na 653 przypadkach zboczeń mowy, pragniemy uzasadnić przekonanie o uleczalności niemot nietylko u dzieci, lecz i u dorosłych, w podobny sposób, jak, zda się, osiągnęliśmy to odnośnie do jąkania, bełkotania i mowy nosowej. Możemy dziś chyba jedynie kwestyonować stopień wyleczalności niemoty u dorosłych, niewątpliwie pozostający w zależności od formy samego zboczenia, co przy zwiększającym się odnośnym materiale pozwoli nam w niedalekiej przyszłości dokładniej go określić.

WALKA Z EPIDEMIA BŁONICY

w powiecie Kozłowskim gubernii Tambowskiej

w ciągu czasu od dnia 6 września 1895 r. do dnia 6 stycznia 1896 r. st. st.

(Rzecz czytana na zjeździe lek. ziemskich pow. Kozłowskiego d. 4 marca 1896 st. st.).

podał **B. MARGULIES.**

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 41).

Surowica widocznie zubożnia jad do ustroju wprowadzony, lecz nie zupełnie; powrót do normy utrudniony jest wielce wtedy, gdy w ustroju nagromadziła się duża ilość toksyn, albo gdy toksyny laseczników LOEFFLER'a, a także toksyny

pasorzytów ropotwórczych (na które, jak wiadomo, surowica już nie działa) odznaczają się szczególną złośliwością, lub wreszcie, gdy pod wpływem jadowitych czynników odżywianie komórek ustroju przed rozpoczęciem leczenia o tyle zostało zakłócone, że *restitutio ad integrum* pod wpływem odtrutki już jest niemożliwe.

Z ogólnej liczby zapisanych przezemnie w 8 wzmiankowanych wsiach 372 chorych na błonicę, leczonych surowicą zmarło 76, co stanowi 20,43% śmiertelności; z liczby zaś 196 chorych, surowicą nieleczonych, zmarło 167, czyli 85,21% śmiertelności. Z zestawienia przytoczonych odsetek śmiertelności widać i tu ogólnie uznane i już na trwałej podstawie oparte zjawisko, iż odkrycie BEHRING'a i ROUX'a nie da się zastąpić żadnymi poprzednio przeciw błonicy stosowanymi środkami. Bez wątpienia wyniki, otrzymane przezemnie, byłyby o wiele lepsze przy bardziej sprzyjających warunkach walki z epidemią, gdyby tak często nie dawał uczuć się brak surowicy, gdyby dla tych lub innych powodów wielu chorych nie rozpoczynało zbyt późno leczenia. W ciągu września surowicy mieliśmy dosyć; już jednak 21-go, wstrzykiwania zapobiegawcze, które wchodziły do programu walki, trzeba było przerwać z obawy braku surowicy dla chorych; 30-go, cały zapas surowicy został wyczerpany, tak, że 12-letniej ciężko chorej z Irosimowa zastrzyknięto 3-go dnia choroby tylko 5,0 surowicy ARONSON'a, ilość bezwarunkowo niedostateczną; chora zmarła 5-go dnia choroby. 5 października otrzymałem 8 flakonów po 5,0, które też tego samego dnia zużyte zostały w Irosimowie, przyczem znowu ciężko chorej z objawami zwężenia krtani zastrzyknięto trzeciego dnia choroby zamało surowicy; następnego dnia chora zmarła. W ogóle w październiku nie mieliśmy surowicy od 1-go do 4-go włącznie, od 6-go do 13-go po południu, 30-go oraz 31-go; w listopadzie od 1-go do 4-go włącznie. Brak ten natychmiast uwidoczni się w wynikach leczenia.

Czas sprawozdawczy.			Odsetka śmiertelności u leczonych surowicą w ciągu tego czasu.
Od 1. IX. 95.	do 1. X. 95.		15,78%
„ 1. X. 95.	„ 20. X. 95.		30,78%
„ 20. X. 95.	„ 1. XI. 95.		29,54%
„ 1. XI. 95.	„ 15. XI. 95.		23,08%
„ 15. XI. 95.	„ 1. XII. 95.		9,5%
„ 1. XII. 95.	„ 17. XII. 95.		15,65%
„ 17. XII. 95.	„ 1. I. 96.		15,87%

Jak to widać z powyższej tablicy, w ciągu miesiąca października mieliśmy najwyższą odsetkę śmiertelności u leczonych surowicą, po niej zaś następuje odsetka listopadowa.

O ile wogóle na wynik stosowania surowicy wywiera wpływ czas trwania choroby przed rozpoczęciem leczenia, jak wydatnie wzmaga się odsetka śmiertelności w przypadkach zaniedbanych przy leczeniu opóźnionem, wskazują dane następujące: pierwszego dnia choroby rozpoczęto leczenie swoiste w 62 przypadkach z odsetką śmiertelności 8,06%; 2-go dnia w 198 przypadkach z 15,15% śmiertelności; 3-go dnia w 73-ch przypadkach z 31,50% śmiertelności; 4-go dnia w 20-tu przypadkach z 40% śmiertelności; 5-go dnia w 9-iu przypadkach z 77,77% śmiertelności; wreszcie w ciągu 6-ej doby lub później zastrzyknięto surowicę w 10 przypadkach z 30% śmiertelności.

Względnie niewysoka odsetka śmiertelności (30%), gdy leczenie rozpoczęto 6-go dnia lub później, tłumaczy się tem, że w większości przypadków jad błonicy zabija wcześniej, a jeśli dany ustrój bez zabiegu leczniczego przechodzi ten czas

krytyczny, należy przypuszczać, że działają w nim szczególnie silne warunki odporności przeciw zarazie.

Wielki wpływ na przebieg i zejście wszelkiej sprawy chorobowej wywiera indywidualność chorego. Dotknę tu tylko dwu najważniejszych czynników: płci i wieku chorych. Z moich spostrzeżeń wynika, iż najbardziej usposobione do błonicy są dzieci od 2-ch do 12 lat; po za temi granicami zasłabnięcia stają się coraz rzadsze, i częstość ich bardziej zmniejsza się pomiędzy osobnikami starszymi, niż młodszymi; względnie rzadko chorują dzieci jednoroczne; chorych jeszcze młodszych nie spostrzegałem. Różnica płci wywołuje niewielkie, zapewne przypadkowe, wahania w tę lub drugą stronę.

W przypadkach, w których surowica nie była stosowana, śmiertelność u chorych od 1 do 9 lat włącznie wszędzie jest wysoka; waha się ona pomiędzy 88,23% a 100%; zmniejsza się ona u chorych od 10 lat; dla wieku od 13 do 15 lat otrzymaliśmy odsetkę 83,35%, dosyć wysoką, dzięki zapewne nielicznym chorym (wszystkiego 6 osób); jednak nawet u dorosłych, poczynawszy od 21 roku, mamy wysoką liczbę 33,33%, wyższą, niż najwyższa śmiertelność z pomiędzy dzieci leczonych surowicą; najgorszy bowiem był wynik leczenia dzieci trzyletnich, u których śmiertelność wyraża się liczbą 30,76%; w tym wieku usposobienie do zakażenia (48:568) i do wytrzymania go (95,45% śmiertelności u nieleczonych) jest bardzo wielkie.

Pomiędzy leczonemi surowicą najtrudniej walczą z jadem dzieci od roku do 7 lat włącznie (więcej niż 20% śmiertelności); pomiędzy leczonemi surowicą mniejsza jest odsetka śmiertelności dla dzieci 2-letnich oraz 6 i 7 letnich (23,33% oraz 22,22%), a większa dla 1, 3, 4 i 5 letnich (od 28,50% do 30,76%).

Walka z zakażeniem zaczyna być łatwiejsza już u dzieci 8-letnich (20% śmiertelności); śmiertelność stopniowo się zmniejsza, aż u osób dorosłych t. j. starszych, niż 21 lat, spada do zera. U osób od 16 do 20 lat otrzymaliśmy odsetkę śmiertelności względnie dosyć wysoką; daje się to wytłumaczyć tą okolicznością, że przy względnie niewielkiej ilości przypadków tego rodzaju (21 chorych) z 4-ch chorych zmarłych, u dwóch leczenie rozpoczęte zostało 5-go dnia od zachorowania, u jednego zaś 4-go dnia—czyli, że były to przypadki zaniedbane; w czwartym wreszcie przypadku, którego przebieg podamy niżej, objawy już w ciągu krótkiego czasu wystąpiły tak gwałtownie, że odrazu trudno było spodziewać się pomyślnego wyniku leczenia.

Pozwalam tu sobie przytoczyć niektóre ciekawsze przypadki zarówno z zejściem niepomyślnem, jak i pomyślnem.

A. B. 8 lat, zachorowała 23. X. 95; wystąpiły wymioty, gorączka, ból przy połykaniu; następnego dnia przy badaniu widać nalot na silnie przekrwionem i obrzękłem podniebieniu miękkim i twardem z obydwóch stron; obrzęk tkanki podskórnej szyjowej również z obydwóch stron; silny *foetor ex ore*. C. 39,2°, T. 144 słabe. W moczu białka niema. Natychmiast zastrzyknięto flakon N. II. BEHRING'a i flakon N. I. BEHRING'a (1600 jednostek). 26. X. ogólny stan zły; sennosc, apatia, oczy zapadłe, jakby szklanne; na udach petocie. Na miękkieni i twardem podniebieniu z obydwóch stron języczka nalot bez zmiany. Tętno słabe. C. 36,6°. Chora zmarła piątego dnia od chwili zasłabnięcia.

T. N. 17 lat, zachorował 13. XII. 95. Nazajutrz chory nieprzytomny; wymioty; nalot na silnie zaczerwienionem i obrzmiałem miękkieni i twardem podniebieniu; obrzęk tkanki podskórnej szyjowej z prawej strony. Ciepłota 39,3°. Zastrzyknięto 15,0 surowicy ARONSON'a (1500 jednostek uodparniających). 17. XII. —ogólne osłabienie; obrzęk tkanki szyjowej podskórnej, szczególnie ze strony prawej; na-

loty jakby się oddzielają z silnie zaczerwienionego i obrzękłego podniebienia miękkiego, szczególnie z prawej strony; chory zmarł 21. XII. 95.

H. P., 14 lat, zachorowała jakoby 16. X. 95. 21. X. 95 widziałem nalot z prawej strony na silnie obrzmiałem miękkim i twardem podniebieniu, z lewej strony na migdale i podniebieniu miękkim. Obrzęk tkanki szyjowej podskórnej obustronny. Tętno 108, ciepłota 38,5°; zastrzyknięto flakon surowicy BEHRING'a N. III. 24. X. brudny nalot na języczku i podniebieniu miękkim z prawej strony, mniejszy nalot ze strony lewej. Obrzmienie szyi znacznie się zmniejszyło, natomiast spostrzega się obrzmienie obu gruczołów podszczękowych. Ciepłota 38,0°; tętno 108. Białka w moczu niema. 26. X. ślady nalotu na migdałach, więcej na języczku; zaczerwienienie błony śluzowej mniejsze, C. 37,5°, T. 96; brak łaknienia; mocz stężony białka nie zawiera; w pięć dni chora wyzdrowiała.

N. K., 4 lata, zachorowała w nocy z dnia 27. X. na 28. X. Chora nieprzytomna, wymiotuje. Nalot na zaczerwienionem i obrzękłym podniebieniu miękkim z lewej strony; z prawej nalot mniejszy; gruczoły podszczękowe powiększone, szczególnie z lewej strony. Ciepłota 40,2°, T. 120. Zastrzyknięto 2 flakony surowicy BEHRING'a N. I. i N. II. 2. XI. 95 ogólny stan lepszy: naloty mniejsze. Ciepłota 38,0°. 4. XI. z nalotu pozostały ślady; podniebienie miękkie jeszcze czerwone; brak łaknienia. 5. XI. stan ogólny poprawił się; ślady nalotu. 13. XI. obrzmienie gruczołów pachowych. 17. XI. obrzmienie gruczołów pod pachą mniejsze; chora została uznana za wyleczoną.

(D. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 września r. b.

TREŚĆ: 1) RYCHLIŃSKI — przedstawienie chorej z częściową padaczką. 2) JASIŃSKI R. — Srebrna antyseptyka CREDE'go. Sprawozdanie z podróży do Dreżna.

1) Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił 7-letnią dziewczynkę, pochodzącą ze zdrowej rodziny, u której 16 sierpnia wystąpiły objawy częściowej padaczki. Z wywiadów dowiedziano się, że chora do zeszłego roku była zdrową. W maju z. r. dostała szkarlatyny, po której zjawilo się zapalenie nerek. Objawy ostatniego cierpienia po kilku tygodniach znikły, chora czuła się nieźle. Pozostała bledosc i niewielkie oslabienie. 16 sierpnia r. b. rano wystąpiły bez uprzednich objawów drgawki w lewej ręce i w lewej nodze. Napady były częste (do 40 w ciągu doby). Po sześciu dniach wystąpił bezwład ręki lewej. 4-go b. m. mówca widział chorą w chwili napadu, który składał się z momentów następujących: chora wpatruje się najpierw w lewą rękę, następnie traci przytomność, rozpoczynają się drgawki w lewej ręce, przechodzą na lewą nogę, prawą zaś rękę zakłada sobie chora na głowę. Napad trwa 1 minutę. Po napadzie zupełny bezwład ręki lewej, noga zaś prawidłowa. Czucie niezmienione. Odruchy również prawidłowe. Brak objawów czynnościowego zaburzenia układu nerwowego z jednej strony, z drugiej okoliczność, że napady zdarzają się w czasie snu, zdawały się wyłączać rozpoznanie tła histerycznego. Wiedząc ze słów matki, że dokonywany był rozbiór moczu i nic w nim nie znaleziono, i biorąc pod uwagę długotrwałość cierpienia bez innych objawów, jak ból głowy, brak obrzęków i t. p.,—zdawało się zupełnie słusznem, nie zatrzymywać się na rozpoznaniu: padaczka częściowa na tle zatrucia wytworami nerek. Mówca dlatego w owym czasie wspólnie z dwoma innymi kolegami przypuszczał pochodzenie nowotworowe padaczki. Po kilku dniach obraz kliniczny

zmienił się: bezwład ręki przeminał, drgawki obejmowały nie rękę i nogę, lecz lewą połowę twarzy. Po napadzie (których było do 20 w ciągu doby) zjawiał się niedowład lewego nerwu twarzowego. I te objawy podległy przemianie, gdyż od dwóch dni napady chorej polegają głównie na tem, że w ciągu kilkunastu sekund wydaje ona nieświadomie głos chrapliwy, podobny do płaczu. Napady obecnie częściej zjawiają się w ciągu nocy. Dokonany dwukrotnie rozbiór moczu przez mówcę, wykrył ślady białka i pod drobnowidzem nieliczne cylindry. Wobec ostatniego, jak również ze względu na przebieg bądźco bądź ciekawego tego cierpienia, kol. R. sądzi, że ma do czynienia z częściową padaczką pochodzenia toksycznego.

2) Kol. JASIŃSKI Roman wypowiedział odczyt p. t. „Srebrna antyseptyka CREDÉ'go. Sprawozdanie z podróży do Drezna“. Omówiwszy na wstępie znaczenie antyseptyki i wielce pokrewnej jej aseptyki, która, zdaniem mówcy, tylko w wielkich i z wielkim nakładem prowadzonych szpitalach zastąpić może pierwszą, nie może zaś zjednać sobie szerszego zastosowania w pomniejszych szpitalach, na wsi i w wojsku, przechodzi mówca do naszkicowania tej drogi, jaką kroczyła nowa myśl użycia czystych metali w roli antyseptyków. Wspomniawszy o pracach BEHRING'a i SCHILL'a, i BOLLTON'a, zatrzymuje się kol. J. nad doświadczeniami BEYER'a, asystenta CREDÉ'go, który drogą wielokrotnych doświadczeń poznał wpływ srebra na rozwój zarazków, jakoto: *staphylococcus pyogenes*, *aureus et albus*, *streptococcus erysipelatis*, *streptococcus pyogenes* i *bacillus anthracis*. Z doświadczeń tych przekonano się, że wobec srebra zarazki te nie rozwijają się, gdyż w mniej lub więcej odległym promieniu od srebra znajduje się przestrzeń wolna od zarazków. Chcąc przekonać się, dlaczego srebro posiada własności antyseptyczne, autor ten robił bardzo szczegółowe rozbiory i doszedł do wniosku, że zarazki, rozwijając się, wytwarzają między innymi produktami i kwasy, szczególnie mleczny; ostatni ze srebrem tworzy związek mleczanu srebra, który posiada własności antyseptyczne w wysokim stopniu. O ostatniej własności przekonano się drogą wielokrotnych prób i zauważono, że i cytrynian srebra posiada tę samą zaletę. Po dokonaniu tych doświadczeń w pracowni, zaczął CREDÉ stosować aktoł (czyli mleczan srebra) i itroł (cytrynian srebra) przy opatrywaniu ran. Mówca widział w Carolahaus wielu operowanych, u których zastosowano nowy antyseptyk i był zdumiony otrzymanymi wynikami. Sposób postępowania w głównych zarysach jest następujący. Na zaszytą ranę, po obmyciu jej watą, zmaczaną w benzynie, nakłada się gazę srebrzoną, na nią kładzie się szarą gazę srebrzoną (sposób przygotowania tej gazy stanowi tajemnicę fabryki), a następnie czystą watę i bandaż. Jamy, większe uszkodzenia posypuje się proszkiem itrołu i wypełnia się gazą szarą. Sole srebra, w ten sposób zastosowane, wystarczają w zupełności do utrzymania rany w zupełnej czystości i ochraniają od zakażenia. Mówca własnego doświadczenia nie posiada, na zasadzie jednak widzianego, zachęca do prób ze srebrną antyseptyką CREDÉ'go.

W dyskusyi kol. KRYSIŃSKI, powołując się na własne spostrzeżenia i doświadczenia, obawia się, że sole srebra wywołać mogą argyryę. Przechodząc do aktolu i itrołu, sądzi mówca, że przedewszystkiem należy stworzyć chemię tych związków, nim wprowadzi się je do użytku. W końcu powstaje przeciwko tajemnicy, z jaką fabrykowana jest gazą, i radzi, już ze względu na samą tajemnicę, powstrzymać się od używania nowej antyseptyki.

Kol. SZTEYNER przypomina sprawozdania różnych chirurgów polskich, wypowiedane na ostatnim zjeździe w Krakowie. Sprawozdania te brzmiały niezbyt zachęcająco do dalszych prób z nowym sposobem.

WYSTAWA HIGIENICZNA

w WARSZAWIE.

V. Dział wychowawczy.

W dziale tak zwanym wychowawczym Wystawy, bardziej niż w każdym innym, pożądaną była ścisłość układu, tembardziej, że dział ten miał przedewszystkiem zadanie dydaktyczne i przeznaczony był dla szerokich kół publiczności.

Niestety, tak samo, jak w innych działach, brak tu tak pożądaney ścisłości, zarówno w uszykowaniu poszczególnych okazów, jak i w wypełnieniu całości kadrów naukowej i praktycznej higieny wieku dziecięcego i młodzieńczego.

Braki pomienione utrudniają też niezmiernie przegląd rzeczzonego działu, wyłączają pożądaną systematyczność, owszem, zmuszą nas niejednokrotnie do powtarzania się i powracania kilkakrotnego do tychże samych okazów.

Na wstępie spotykamy się z zupełnem pominięciem działu historycznego. Wzorów do opracowania historii higieny wychowawczej nie brakło (UFFELMANN), a materiały, naszych stosunków dotyczące, tak z wieków ubiegłych, jak i z ostatnich lat dziesiątków, znalazłyby się także. Może jeszcze teraz, wobec zamierzonych wydawnictw powystawowych, brak ten uzupełnionym być może.

Należących tu również, tak wielce miarodajnych pod względem ogólnohigienicznym, zestawień statystycznych, odnoszących się do śmiertelności niemowląt i dzieci w całym kraju, w miastach, po wsiach—nie spotykamy. Czyż zestawień takich, choćby z poszczególnych miejscowości, zebrać nie było można i przedstawić je porównawczo z danymi statystyki wieku dzieciennego innych krajów. Są to dane podstawowe.

Trudniejszemby już było, ale odnośnie do Warszawy zupełnie możliwem, zestawienie przyczyny zgonów niemowlęcych i dzieciennych.

Tymczasem, o podobnej, choćby czysto lokalnej etyologii zgonów niemowlęcych i dziecięcych, a tem mniej o jakiejbądź, choćby najbardziej cząstkowej statystyce *morbidity* niemowląt i dzieci niczego na Wystawie się nie dowiadujemy.

W tablicach statystycznych, dotyczących ruchu ludności Warszawy i Królestwa Polskiego, wystawionych w hali głównej przez STRZELBICKIEGO, CIEMIŃSKIEGO i ZAKRZEWSKIEGO, wreszcie w tablicach GORZKIEWICZA, dotyczących m. Chersonu, są wprawdzie liczne i bardzo cenne cyfry, odnoszące się do kategorii wiekowych, o które chodzi w statystyce i higienie wychowawczej. Wyosobnienie jednak cyfr odnośnych, zestawienie z cyframi odpowiedniami krajów i miast obcych, zamieszczenie tak ułożonych tablic w dziale wychowawczym—było obowiązkiem sekcji, dział ten organizującej. Tu dodać należy, że wyżej pomienione tablice, statystykę ruchu ludności krajowej i miejskiej obejmujące, są umieszczone tak, że bez drabinek, szkieł i t. p., korzystać z nich nie można. Tablice takie powinny być umieszczone w s y s t e m i e na wysokości oczu stojącego na ziemi człowieka. Tymczasem zostały na Wystawie użyte do pokrycia ścian; stało się to naturalnie dla braku miejsca, tak potrzebnego na pomieszczenie mydełek, pierniczków, galanterii, wreszcie broni palnej.

Nawet w jedynym okazie działu wychowawczego, gdzie się ze zgonami dziecięcymi spotykamy, mianowicie w dyagramie śmiertelności w domu wychowawczym, przy szpitalu Dzieciątka Jezus, wystawca (d-r KAMIŃSKI), jakby dla utrzymania harmonii z całością tego działu Wystawy, cyfrom swym odjął wszelką war-

tość, nie wyodrębniwszy wśród zmarłych, poszczególnych kategorii wiekowych, zamknawszy w podanych cyfrach zgony parodniowych niemowląt ze zgonami kilkoletnich dzieci i nie podawszy cyfr odnośnie do przyczyn zgonu, co zresztą i dla oceny stosunków domu wychowawczego byłoby pożądanem i ważnem.

Przedstawienie systematyczne w sposób poglądowy całości i szczegółów etyologii chorób wieku niemowlęcego, dzieciennego i młodzieńczego, niezawodnie byłoby rzeczą niełatwą. Jednakże komitet Wystawy, mającej programat dydaktyczny, powinienby był przygotować krótki, dla ukształconego ogółu napisany podręcznik o przyczynach chorób niemowląt, dzieci i młodzieży szkolnej.

Z wyjątkiem rysunków, przedstawiających skrzywienia kręgosłupa, jako następstwo wadliwego siedzenia przy pisaniu (okaz w wystawie szpitala dzieciennego), nie spotykamy nic z dziedziny, o której tu mowa, jeżeli do niej, to jest do przyczyn i szkodliwości, wywołujących choroby wzroku u dzieci, nie zaliczymy bogatych zbiorów najwyszukańszych, tkanych i dzierganych robót ręcznych, jakimi się chlubią wszystkie na Wystawie figurujące zakłady miłosierne, a w szczególności Towarzystwo dobroczynności, wszystkie szkoły żeńskie (z wyjątkiem Rudzkiej) i wszystkie zakłady froebrowskie.

Niestety, wszystkie te zakłady, a raczej ich kierownicy i kierowniczk, nie uznały za stosowne obok bogactwa patarafek, haftów, plecionek, kap i firanek, wypracowanych wysiłkiem oczu ich małoletnich wychowanców i wychowanek, przedstawić wykazów szczegółowych co do wieku, częstości i stopnia krótkowzroczności, co do częstości przekrwień i zapaleń spojówki, co do ustawienia kręgosłupa, co do czynności serca, wymiarów i wagi ciała, z początku i z końca roku owych pracowników i pracowniczek.

Zrozumienia tego, co jest higieną w wychowawstwie u wystawców i wystawczyń działu wychowawczego, jest bardzo mało, a komitet nie postarał się w odpowiedni sposób zapobiedz temu, by okazy, żadnego interesu higienicznego nie budzące, były wyłączone, ani dopomódz do tego, by bogaty materiał higieniczny, tkwiący w zakładach filantropijnych i wychowawczych, na Wystawę się dostał.

Biegli, sądzący okazy na Wystawie, powinni by zdaniem naszym z wielką starannością rozpatrzeć wspomniane roboty ręczne i wyrzec, czy i o ile one lub niektóre z nich powinny być zaliczone do szkodliwych, przyczem uwzględnić należy czas, na wykonanie ich poświęcony, oświetlenie pracowni, i t. d. Sądząc np. z fotografii, przedstawiającej salę zajęć dziewczęcych, w domu wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus, niepodobna wątpić, że krosna, do roboty przygotowane, jako bardzo od okna odległe, stoją w ciemności. Rzecz to zresztą zwykła we wszystkich pracowniach, ze znaczną liczbą pracujących, o oświetleniu zwyczajnem, pokojowem z jednej strony. Zwrócenie uwagi na to, aby w szwalniach i t. p., dzieci przy robocie zajmowały tylko połowę przyokienną izby, byłoby pożądanem.

W domu wychowawczym chłopcy, a również i w pokoju froebrowskim dzieci wykonywają roboty ręczne, siedząc na zwykłych wielosiedzeniowych ławkach szkolnych, przyczem w pokoju froebrowskim stoły są ruchome, a więc ani z ławką równoległe, ani na stałą odległość od ławki umieszczone.

W tej ważnej etyologicznie sprawie robót ręcznych, szczególnie w wieku przedszkolnym (ochrony, szwalnie, zakłady froebrowskie) i szkolnym, tak dla chłopców, jak dla dziewcząt, na Wystawie nic nauczającego pod względem higienicznym nie przedstawiono, a okazy, tu się odnoszące (same roboty), bez ścisłych komentarzy ze strony komitetu i sędziów, mogą spowodować jedynie ten zgubny skutek, jaki spowodują zwykle źle urządzone wystawy, że ogół bierze za wzór do naśladowania to, co jest wzorem wadliwości i szkodliwości.

Nie zatrzymując się dłużej przy tem, co jest i czego brać na Wystawie z dziedziny etyologii chorób wieku dziecięcego, przechodzimy do właściwej higieny, a mianowicie, do higieny prywatnej dziecka.

Zanim przystąpimy do przeglądu tego, co Wystawa mieści odnośnie do odżywiania dzieci, wypada jeszcze rozpatrzeć to, co tu nam przedstawiono z dziedziny biologii wieku dziecięcego, a więc okazy antropometrii dziecięcej normalnej i nieprawidłowej. Wyłącznie przedmiotowi temu poświęcony jest tylko jeden, ale prawdziwie cenny okaz, mianowicie klasyczne tablice kolegi KOSMOWSKIEGO, obejmujące wyniki badania rozwoju fizycznego dzieci u nas, a po części w zestawieniu z odnośnemi cyframi zagranicznymi. Tablic tych jest 12. Praca to, którą postawić się godzi obok najlepszych tego rodzaju prac autorów zagranicznych. U nas stanie się ona koniecznym punktem wyjścia do wszelkich dalszych spostrzeżeń w zakresie dozoru zdrowotnego nad zakładami wychowawczymi, wszelkich zestawień statystyczno - lekarskich w kraju. Wielką wartość pracy kol. KOSMOWSKIEGO stanowi oparcie jej na materyale liczebnie bardzo bogatym. A wiemy, jak w statystyce *grand chiffre* zubożnia doniosłość nieuniknionych niedokładności poszczególnych dat i materyałów. W tablicach kol. K. użyte są daty, dotyczące po części 3,947 osobników, uczęszczających do 24 szkół, po części 3,438 dzieci, wysyłanych na kolonie letnie w Warszawie. Na pierwszych trzech tablicach autor przedstawił cyfry normalne (wyniki badań CAMERER'a, GREGORY'ego, MALLING'a i HANSEN'a), dotyczące przybytku na wadze dziecka w 1-ym roku życia (tabl. 1), wahań dobowych wagi (tabl. 2a) i okresów wzrastania (tabl. 2b), przyczem przyrost długości wyrażony jest w okresach dwumiesięcznych, waga zaś w dziennych.

W następnej (3) tablicy autor podaje już cyfry długości i wagi ciała naszych dzieci szkolnych i odnośne przyrosty roczne, drogą obliczenia otrzymane.

Dalej w tablicy 4-ej znajdujemy cyfry średniej długości i wagi ciała dzieci klas ubogich w Warszawie.

Nadzwyczaj pouczającą jest tablica następna (5), zawierająca zestawienie porównawcze cyfr dwóch poprzednich tablic, a więc cyfr, dotyczących dzieci zamożniejszych i dzieci ubogich u nas. Różnica tak co do długości ciała, jak i co do wagi, na niekorzyść tej ostatniej kategorii dzieci jest wybitna, szczególnie u dziewcząt, a co jest uderzającym, to to, że upośledzenie to w rozwoju u dzieci ubogich potęguje się z wiekiem. I tak, co do długości ciała w centymetrach:

Chłopcy.	Dziewczęta.
w 8 r. 118,3 i 116,4	119,2 i 110,8
w 13 r. 143,1 i 135,8	147,9 i 135,1
Co do wagi ciała w kilogramach:	
Chłopcy.	Dziewczęta.
w 8 r. 23,6 i 22,4	23,9 i 18,9
w 14 r. 36,6 i 31,0	42,2 i 30,6

W tablicach następnych (6 i 7) mamy zestawienie porównawcze średniej długości ciała i takież wagi chłopców i dziewcząt, do szkół chodzących, w różnych krajach, a zatem mamy tu cyfry; pochodzące z Brukselli, Bostonu, Hamburga, Turynu, ze Szwecyi, Danii i wreszcie cyfry warszawskie. Wyniki cyfrowe tej tablicy są dla nas pocieszające, gdyż cyfry warszawskie, tak dla chłopców, jak i dla dziewcząt, tak co do długości, jak i co do wagi ciała, pierwsze zajmują miejsce.

W tablicy 8 i 9-ej znajdujemy podobne, jak w dwóch poprzednich, zestawienie porównawcze cyfr zagranicznych z cyframi dzieci warszawskich, ale wyłącznie klas ubogich. Co się tyczy chłopców, to pierwsze miejsce zajmuje tu Boston, da-

lej kolejno idzie Sztokholm, Warszawa i Turyn. Jednakże z wiekiem — w 15 roku życia— warszawskie dzieci co do długości ciała doganiają amerykańskie, a co do wagi—sztokholmskie. Inaczej rzecz się ma z dziewczętami — a rzecz to charakterystyczna i pouczająca — co do przedwczesnego przeciążenia roboczego dziewcząt klas ubogich w Warszawie. Otóż dziewczęta ubogie warszawskie, tak co do długości, jak i co do wagi, w zestawieniu rzeczonym zajmują trzecie miejsce i nie poprawiają się z wiekiem. Wyżej już uwydatniliśmy rozwojowe uposiedzenie naszych dziewcząt, mówiąc o cyfrach, dotyczących klasy ubogiej, w porównaniu z cyframi klas zamożniejszych u nas.

O dwóch ostatnich tablicach kol. KOSMOWSKIEGO, dotyczących nieprawidłowości wzroku i skrzywień kręgosłupa, mówić będziemy w przeglądzie higieny szkolnej.

Wszystkie dane w tablicach pomienionych są wyrażone zarówno cyfrowo, jak i zapomocą bardzo jasno nakreślonych krzywych.

(C. d. n.).

KORRESPONDENCA „MEDYCYNY“.

Frankfurt, 26 września 1896 r.

Sprawozdanie z posiedzenia drugiego.

Drugie ogólne posiedzenie 68 zjazdu przyrodników i lekarzy niemieckich poświęcone było przeważnie odczytom z dziedziny nowych badań nad mózgiem. Znany anatom His z Lipska, jako prezydujący, otworzył posiedzenie krótkim przemówieniem, w którym zaznaczył, iż posiedzenie to ma nietylko ważne znaczenie z tego względu, iż ma za cel podanie do wiadomości lekarzy najnowszych zdobyczy badań nad mózgiem, lecz że może zainteresować zarówno fizjologów, jak i chirurgów, internistów, oftalmologów, otyatrów i innych.

Następnie zabrał głos prof. FLECHSIG i wygłosił odczyt „O umiejscowieniu przejawów umysłowych“ („*die Localisation der geistigen Vorgänge*“).

We wszystkich sprawach, odnoszących się do powstawania przejawów umysłowych w mózgu, anatomia powinna mieć znaczenie rozstrzygające. Odnosnie makroskopowej anatomii mózgu możemy w ostatnich czasach zaznaczyć ogromne postępy; nie można tego samego powiedzieć odnośnie drobnowidzowej budowy różnych części mózgu. Mówca ogranicza się przy rozpatrywaniu sprawy tylko do mózgu człowieka. Można dla porównania badać i mózg zwierzęcia, nie wolno nam jednak wyników tych badań identyfikować z anatomią mózgu ludzkiego. Musimy rozróżniać dwie wielkie grupy czynności umysłowych, powstających w mózgu, a mianowicie: uczucia zmysłowe (*Sinnesempfindungen*) i uczucia narządów (*Organempfindungen*). Pierwsza kategoria uczuć bezwątpienia powstaje przez pośrednictwo kory mózgowej, uczucia narządów powstają w inny sposób. To, co nazywamy tonami uczuć—„*Gefühlstöne*“, to jest uczucie przyjemne, uczucie nieprzyjemne, ból, radość i t. p., spotykamy i u potworów, nieposiadających zupełnie mózgu; nie są one zatem związane z mózgiem. Badania GOLTZ'a, HIRTZIG'a, MUNK'a i innych położyły podwalinę do nauki o umiejscowieniu przejawów zmysłowych. Najdokładniej zbadano dotychczas pole wzrokowe i słuchowe, to jest te okolice kory mózgowej, w których powstaje uczucie widzenia i słyszenia.

Pole wzrokowe, według badań MUNK'a, HITZIG'a i innych, dokonanych po raz pierwszy przez powyższych autorów na psach, znajduje się na pewno w *fissura calcarina* (zraz potylicowy mózgu) i w najbliższym sąsiedztwie tej części mózgu. Odnosnie pola słuchowego WERNICKE już dawno dowiódł, że przy sprawach chorobowych lub urazach pierwszego zwoju skroniowego lub w pobliżu tegoż, słuch bywa upośledzony lub zupełnie zniesiony. Napewno obecnie można twierdzić, że pole słuchowe mieści się w pierwszym zwoju skroniowym lub w pobliżu tegoż i w pewnych częściach mózgu położonych tuż przy rowku SYLWIUSZA. Pole słuchowe u człowieka jest bardziej rozwinięte, aniżeli u zwierząt, i chociaż niektóre ptaki mają poczucie muzykalne, to jednak nie można tego porównywać z szeroką skalą czucia tonów u człowieka. Nie wszystkie czucia zmysłowe u człowieka mają jednakowe znaczenie; najważniejszą jest bezwątpienia sfera czucia całego ciała (*Körperfühlsphäre*), w której, jak się zdaje, prócz czucia skór nego (dotyk i zmysł temperatury skóry) mieszczą się i czucia mięśniowe.

Mówca przechodzi następnie do omówienia dotychczasowych wyników odnośnie umiejscowienia węchu i smaku.

Ze wszystkich zmysłów najważniejszym w życiu duchowym człowieka jest już wspomniana sfera czucia całego ciała, dopiero w drugim rzędzie wymienić należy czucie wzrokowe i słuchowe. Jako najlepszy dowód służyć może Laura Bridgeman, u której zapomocą czucia dotykowego udało się osiągnąć wcale znaczny rozwój umysłowych zdolności, chociaż była od urodzenia ślepą, głuchą (i naturalnie niemą) i pozbawioną smaku i węchu.

Przewagi sfery czucia całego ciała nad innemi sprawami zmysłowemi można dowieść nietylko zapomocą embryologii, lecz i zapomocą badań anatomicznych. O umiejscowieniu czucia narządów (*Organempfindung*), do których zaliczyć należy i głód, wogóle mało dotąd wiemy; bardzo jest rzeczą prawdopodobną, że poczucie głodu i pragnienia powstaje przez pewnego rodzaju podrażnienie rdzenia przedłużonego.

W dalszym ciągu mówca wspominał jeszcze o afazji zmysłowej (*sensorische Aphasie*) i o pewnych zboczeniach wzrokowych, powodowanych przez ogniska chorobowe w zrazach ciemieniowych; wreszcie o zboczeniach wzrokowych, zależnych od wadliwej koordynacji obu oczu i nerwów wzrokowych.

Bardzo ważną jest sprawa, czy pomiędzy różnemi sferami zmysłowemi istnieje związek i czy związek ten jest pośrednim lub bezpośrednim. Gdy poprzednio sądzono, że różne sfery zmysłowe bezpośrednio się łączą, nie ulega dziś już na zasadzie najnowszych badań najmniejszej wątpliwości, że bezpośredni związek pomiędzy różnemi okolicami mózgu, jeżeli wogóle istnieje, to w bardzo niedostatecznym stopniu. Z drugiej strony łatwo dowieść, że sfery zmysłowe są pośrednio połączone między sobą. Odnosnie stosunku, w jakim pojedyncze sfery pomiędzy sobą pozostają, zaznacza mówca, iż mózg nie przedstawia rzeczypospolitej z koordynacją różnych części mózgu, lecz raczej państwo ze ściśle scentralizowaną władzą zwierzchniczą. W końcu FL. podnosi zasługi, położone dla zbadania anatomii mózgu przez uczonego frankfurtyczyka prof. WEIGERT'a.

Nastąpił odczyt prof. L. EDINGER'a z Frankfurtu „O stopniowym rozwoju dróg mózgowych“, poczynawszy od najniższych kręgowców aż do człowieka (*Die Entwicklung der Gehirnbahnen in der Thierreihe*). Postępy, jakie zrobiły badania mózgu w ostatnich latach, zawdzięczamy przedewszystkiem technice, udoskonalonej przez WEIGERT'a, GOLGE'go i MARCH'ego. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że kora mózgowa, narząd, w którym bezwątpie-

nia u człowieka i u zwierząt mieści się to wszystko, co zwykle określamy mianem wyższych czynności duchowych, nie istnieje zupełnie u najniższych kręgowców. Kora mózgowa rozwija się bardzo powoli u zwierząt, i rozwój, jakiego dosięga u zwierząt ssących, jest minimalny. Bardzo wiele przemawia za tem, że u stojących najwyżej w szeregu ssących, u człowieka — rozwój kory mózgowej jeszcze nie jest skończony i że koniec tego rozwoju, który dla zdolności do czynności psychicznej ma ogromne znaczenie, nie da się wcale przewidzieć, gdyż rozwój ten w całym szeregu gatunków zwierząt ciągle się potęgował.

W przeciwieństwie do tego stale postępującego rozwoju mózgu (narządu wyższych czynności duchowych) wykazały najnowsze badania, że te części układu nerwowego, które zwykliśmy uważać za niższe (rdzeń, rdzeń przedłużony i mózdek), poczynawszy od ryb, a skończywszy na człowieku, pozostają jednakowo lub też podobnie zbudowane. Ponieważ z jednakowej budowy narządów centralnych układu nerwowego wnioskować możemy o jednakowej czynności, przeto nie jest rzeczą nieprawdopodobną, że zapomocą badań anatomicznych i zapomocą równoległych spostrzeżeń biologicznych uda nam się wnikać w powstawanie zdolności umysłowych i że się rozwinie z czasem prawdziwa psychologia porównawcza.

Możność porównania budowy układu nerwowego z psycho-fizyologicznem zachowaniem się niższego zwierzęcia została nam w ostatnich latach na szczęście ułatwioną. Istnieją studia LOEB'a i FRIEDLAENDER'a nad żywą dżdżownicą i badania RETZIUS'a układu nerwowego tegoż robaka. Ciało tego robaka składa się z pewnej liczby odcinków, z których każdy posiada oddzielny zwój nerwowy i pień nerwowy do każdego zwoju wnikający. Oddzielne odcinki łączą się prócz tego w ten sposób, że podrażnienie, działające na jeden punkt powierzchni ciała, przede wszystkim pobudza do czynności mięśnie tego punktu, a prócz tego odcinków położonych bardziej ku przodowi i ku tyłowi. W ten sposób, podrażnienie, działające na jeden punkt, może, przy odpowiedniej koordynacji ruchów, całe zwierzę pobudzić do ruchu na drodze czysto odruchowej. Pełzanie takie może robić wrażenie zupełnej celowości w stosunku do podrażnienia. Na tym przykładzie narządu nerwowego dżdżownicy poznaliśmy mechanizm, który raz podrażniony zewnątrz, działa w sposób zupełnie prawidłowy i dla ruchów zwierzęcia celowy. Nie mamy jednak żadnych dowodów, że dżdżownica posiada świadomość tych stosunków i uczucia, t. j. tego rodzaju świadomość, jaką posiadają zwierzęta ssące. Cała budowa układu nerwowego i całe zachowanie się zwierzęcia przemawiają raczej za tem, że sprawy, tu się odbywające, porównać można z temi, które mają miejsce w kiszkiach zwierząt ssących. Mówca dla oznaczenia tego najniższego stopnia czucia proponuje nazwę czucia pierwotnego (*primäre Empfindung*), a dla ruchów stąd powstałych — ruchów pierwotnych (*primäre Bewegungen*). U kręgowców czucie z pokryw zewnętrznych ciała dochodzi zawsze do mlecza pacierzowego. W większości przypadków czucie dochodzi tylko do mlecza pacierzowego i stąd mogą koordynowane i celowe ruchy być wywoływane. Poczynawszy od ryb, a skończywszy na człowieku, spotykamy zawsze w mleczu pacierzowym pewnego rodzaju mechanizm podstawowy, który EDINGER nazywa aparatem właściwym mlecza pacierzowego. Rdzeń przedłużony, o tyle, o ile jest punktem wyjścia i zakończeniem dróg nerwowych, zalicza mówca do tegoż aparatu. Aparat właściwy mlecza pacierzowego musi zatem służyć za podstawę do wszelkich objawów czucia i ruchu, które może wykonywać zwierzę pozbawione mózgu. Widząc na przykład, że żaba pozbawiona móz-

gu przy drażnieniu kończyn w dalszym ciągu skacze, możemy w tym razie tylko mówić o działalności przedtem istniejących kombinacji ruchowych. Wszelki moment psychiczny musi być w tym razie wyłączony.

EXNER w genialny sposób wykazał, że liczne komórki zwojowe łączą się do wspólnej czynności i że mogą być drażnione za pośrednictwem jednego włókna czuciowego, i zużytkował fakt powyższy do wprowadzenia nazwy „kombinacji ruchowej” (*Bewegungscombination*).

Prosta teoria odruchów zamienioną została na bardziej złożone objawy. Coraz dokładniej przekonywamy się, że objawy, które dawniej u zwierząt niższych uważano za zależne od świadomej woli, odbywają się w prosty sposób odruchowy. Aparat właściwy mleczajacizny, jak to już wyżej zaznaczono, jest najdawniejszym nabytkiem kręgowców. Wszelko, co leży powyżej rdzenia pacierzowego w kierunku mózgu, jest nabytkiem późniejszym. Przechodząc następnie do sprawy udoskonalenia ośrodkowego systemu nerwowego, mówca zaznacza, że u selachii i u innych ryb wnikają włókna nerwowe z mózdzku i węzłów mózgowych do rdzenia, i badając wyżej stojące grupy zwierząt, widzimy, że powoli rozwija się coraz więcej połączeń rdzenia z ośrodkami mózgowymi. W końcu dopiero u zwierząt ssących wytwarza się połączenie z korą mózgową, a mianowicie drogi piramidalne. Bezpośredni wpływ mózgu na czynności, które wykonywa rdzeń kręgowy, jest, zależnie od gatunku zwierzęcia, różny, a u niższych kręgowców wogóle wcale jeszcze nie istnieje.

Rdzeń pacierzowy rozwija się zatem z pierwotnego aparatu właściwego i z później wytwarzających się połączeń z innymi częściami mózgu.

Mówca w dalszym ciągu dotyka sprawy rozwoju dróg kojarzenia w rdzeniu przedłużonym, raczej znajdującego się tu pola asocjacyjnego. Rozwój rdzenia przedłużonego jest naturalnie różny u różnych gatunków zwierząt i zależy od wymagań, jakie warunki istnienia i sposób życia danego zwierzęcia dlań stawiają (Silnie rozwinięta część czuciowa nerwu trójdzielnego, gdzie nerw rozgałęzia się w cienkiej skórze twarzy; natomiast silnie rozwinięta część ruchowa tego nerwu u opancerzonych płazów, u których silne mięśnie szczękowe nerw ten w ruch wprowadza). Rozwój mózdzku u różnych gatunków zwierząt, poczynając od małych cyklostomów aż do selachii i innych pławaków, które już posiadają kolosalne mózdzki, stanowił dalszą treść odczytu Ed.

Bardzo ciekawym jest dalej rozwój połączeń pomiędzy mózdzkiem i innymi częściami mózgu, przyczem nadmienić wypada, że most VAROL'a, tak dobrze rozwinięty u zwierząt ssących, nie istnieje jeszcze zupełnie u innych kręgowców, i że połączenie piramidalne dopiero u zwierząt ssących dosięga właściwego rozwoju. W całym szeregu grup zwierzęcych prócz rdzenia pacierzowego istnieje tylko jedna część mózgu, a mianowicie śródmózgowie (węzły), u zwierząt ssących zwane wzgórkami czworaczymi, które wykazuje jednakowy rozwój. Tak samo, jak u embryonów wszystkich zwierząt, ta część mózgu jest u wszystkich najniższych kręgowców najsilniej rozwinięta. W niej zawsze kończą się części nerwów wzrokowych; u zwierząt, posiadających duże oczy, jak ptaki i inne, zakończenie to nerwów wzrokowych jest bardzo silnie rozwinięte. Dzięki licznym skrzyżowaniom nerwów i spojeń, śródmózgowie bardzo dobrze służyć może do wymiany i połączenia różnorodnych podrażnień, które dochodzą do tego krańcowego punktu licznych dróg czuciowych. W przeciwieństwie do poprzednio wymienionego pierwotnego czucia,

które z początku dochodzi tylko do mlecza pacierzowego, możemy nazwać proces psychiczny, który odbywa się w śródmózgowiu, w tórnem czuciem. Odnosnie przodomózgowia, mówca w ogólnych zarysach wspomina o rozwoju trzech głównych odcinków tej części mózgu, a mianowicie przyrządu węchowego, ciała prążkowanego i płaszczu (*pallium*). Na rozwój tych narządów warunki życiowe wywierały wpływ rozstrzygający.

Płaszcz mózgu (*Hirnmantel, pallium*) jest dla psychicznego rozwoju niższych zwierząt kręgowych najważniejszą częścią mózgu. Ze zwiększającym się rozwojem tego narządu postępuje rozwój zdolności do wyższych czynności duchowych. Dawniejszy pogląd, że niższe ośrodki zawsze służą do tych samych czynności, o tyle zyskuje tu potwierdzenie anatomiczne, że obok postępującego rozwoju płaszczu mózgu, wszystkie inne części ośrodkowego układu nerwowego minimalnie się rozwijają. Rozwój kory mózgowej z warstwy nabłonkowej płaszczu mózgowego wyraźnie zaczyna już występować u płazów. Mówca następnie wspomina o licznych nowych badaniach, które rzuciły światło na fizjologiczne znaczenie kory mózgowej, o jej drobnowidzowej budowie i t. p. Patologia człowieka dowiodła, że kora mózgowa jest siedliskiem wszystkich różnorodnych asocjacji, a budowa anatomiczna uczy nas, że już, poczynając od płazów, w korze mózgowej znajduje się ogromna ilość komórek zwojowych i jeszcze dziś niedająca się określić możliwość kojarzenia się wnikaających doń wrażeń. Godnym zaznaczenia jest fakt, że dla najwcześniej rozwijającej się kory mózgowej można wykazać tylko związek z przyrządem węchowym.

Płaszcz mózgowy składa się z oddzielnych części, jak np. z ośrodka wzrokowego, ośrodka słuchowego i t. d. Ośrodki te spotykamy jednak dopiero u ptaków. Mózg zwierząt ssących odznacza się przeważnie ogromną ilością dróg asocjacyjnych. O znaczeniu całej masy mózgowej nic stanowczego dotąd powiedzieć nie można; u Gambetty np., męża bardzo wybitnego, mózg nie przekraczał wymiarów przeciętnych, uderzała tylko anomalia jednego zwoju, która może w pewnej mierze służyć za podstawę do poważnych wniosków. Znalezione u Gambetty okolice ośrodka mowy w korze mózgowej powiększoną i liczne na niej wyniosłości.

Prof. EWALD wygłosił w końcu odczyt pod tytułem „O stosunku ruchowej kory mózgu do błędnika słuchowego“.

Ósmy nerw czaszkowy nazywamy zwykle nerwem słuchowym, gdyż służyć ma do czynności słuchu. Najnowsze badania wykazały, że prócz tego nerw słuchowy służy do regulowania czucia mięśniowego. Już od wielu lat mówca czynił doświadczenia, które dowodzą prawdziwości takiego poglądu. Doświadczenia polegały na tem, że mówca u psów niszczył z początku jeden błędnik, a po kilku tygodniach i drugi, następnie po upływie dłuższego czasu zniszczoną została okolica mózgu, odpowiadająca ośrodkom dla przednich i tylnych kończyn, i wreszcie znów po upływie kilku tygodni także okolica mózgu po drugiej stronie. Okazało się przy tych doświadczeniach, że po usunięciu pierwszego błędnika, zwierzęta utraciły możność koordynacji ruchów, która jednak powoli powraca. Taki sam przebieg daje się zauważyć i po usunięciu drugiego błędnika. Po wycięciu pierwszego ośrodka ruchowego dla przednich i tylnych kończyn, zwierzę również odzyskuje ruchy prawidłowe.

Alarmujące objawy występują dopiero po usunięciu drugiego ośrodka ruchowego: zwierzę nie może chodzić i stać, nie może leżeć na brzuchu i na piersiach,

jest tylko w stanie leżeć na jednej stronie i wykonywać gwałtowne ruchy wszystkimi kończynami, nie mogąc jednak się podnieść. Jeżeli zwierzę znajduje się w oświetlonej przestrzeni, to odzyskuje powoli kontrolę nad ruchami, w ciemności zaś pada bezsilnie. Z tego można wnioskować o wpływie oczów na ruchy zwierzęcia. Skąd jednak pochodzi, że pomimo zniszczenia błędników, objawy fizjologiczne, od rękoczynu tego zależne, powoli znów znikają i zwierzę wraca ponownie do stanu prawidłowego? Odpowiedź brzmieć musi, że czynności powyższe w rzeczywistości nie są zniesione, lecz tylko pozostają w stanie utajonym. Błądźnik w tych razach zastąpiony zostaje czuciem dotykowym, umiejscowionem w wyżej wspomnianych ośrodkach, i dlatego możność koordynacji u zwierząt znika dopiero wtedy, jeśli ośrodki te będą zniszczone.

D-r G.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BOUQUÉ referował w akad. lek. belg. pracę HERTOGHE'a, tyjącą się wplywu tyreoidyny na narządy płciowe kobiety. H. zaznacza przede wszystkim, że miesiączkowanie u kobiet, dotkniętych obrzękiem śluzowym, jest zawsze nader obfite, przyjmując z czasem postać ciągłego krwotoku, wydzielina zaś gruczołów mlecznych się zwiększa. Tyreoidyna zatem wywiera skurcz naczyń narządu rodnego, co też potwierdziły doświadczenia na zwierzętach. Pod wpływem tyreoidyny miesiączka występuje coraz rzadziej, wreszcie ustaje zupełnie, wydzielina mleka zaś zwiększa się w stosunku 23:31. Autor stosował następnie tyreoidynę u kobiet w różnorodnych zaburzeniach miesiączkowania i na podstawie doświadczenia uważa za wskazanie do jej użycia następujące choroby: krwotoki maciczne u kobiet dotkniętych obrzękiem śluzowym, rakiem narządów płciowych, różnymi postaciami nieżyty błony śluzowej macicy, wogóle zawsze, ilekroć chcemy zmniejszyć przekrwienie i wrażliwość narządów płciowych; również wskazane jest użycie tyreoidyny w celu zwiększenia wydzielania mleka u kobiet karmiących. (Séance du 30. V. 1896).

M. B.

= ASCHOFF zbadał bakteriologicznie surowiczy wysięk w 57-iu przypadkach zapalenia opłucnej, powstałego podczas przewlekłych chorób (rak płuc, żołądka), u suchotników, u osób podejrzanych o suchoty, następnie po gościu stawowym, wreszcie t. zw. samoistnego. Płyn był wstrzykiwany do jamy otrzewnej świnek

morskich, przyczem wynik A. otrzymał następujący: płyn, pochodzący od suchotników, spowodował gruźlicze zapalenie otrzewnej w 59%, od osób podejrzanych o suchoty — w 75%, od osób jakoby zdrowych — w 75%. Fakt ten potwierdza mniemanie, że olbrzymia większość „samoistnych” zapaleń opłucnej jest pochodzenia gruźliczego. (Zeitschr. f. klin. Med. XXIX. 5—6).

= ARLOING i COURMONT stosowali w 19-tu przypadkach nowotworów złośliwych zastrzykiwanie w okolicę nowotworu surowicy krwi osłów zdrowych, lub też takich, którym poprzednio zastrzyknięto wyciąg raka, i doszli do wniosków następujących: 1) nowotwory ani nie znikają, ani się nie zmniejszają, lecz na czas pewien ograniczają, co w niektórych przypadkach umożliwia zabieg chirurgiczny; 2) obydwie surowice działają na nowotwory jednakowo, surowica jednak osłów zdrowych nie powoduje tych przykrych objawów pobocznych (gorączka, brak łaknienia i snu), co surowica osłów szczepionych. (Bulletin méd. N. 39. 96).

= LORTET i GENOUD robili doświadczenia nad działaniem promieni RÖNTGEN'a na rozwój gruźlicy u zwierząt. W tym celu zastrzyknięto jednocześnie ośmiu świnkom morskim w okolicę pachwinową bulion ze śledzioną dotkniętego gruźlicą królika; po upływie trzech dni trzy świnki zostały poddane działaniu promieni RÖNTGEN'a, mianowicie działanie promieni było skierowane na okolicę pachwinową w przeciagu godziny przez 25 dni. U pię-

ciu pozostałych zwierząt gruczoły pachwinowe powiększyły się, potworzyły się ropnie, z których już 16-go dnia po zastrzyknięciu zaczęła płynąć obfita ropa; ogólny stan był zły; zwierzęta znacznie schudły. U świnek, poddanych działaniu promieni, gruczoły pachwinowe żadnej widocznej zmiany nie przedstawiały; zwierzęta zyskały na wadze. Autorzy wyprowadzają stąd wniosek, że promienie X wstrzymują rozwój gruźlicy, umiejscowionej powierzchownie, mogłyby mieć zatem zastosowanie przy zajęciu gruźliczem opłucnej lub otrzewnej. (Lancette franç. N. 78. 96). *M. B.*

= GERONZI spostrzegał chorą z następującymi objawami: zanik lewej połowy języka, porażenie mięśnia okrężnego ust, języczka i łuków podniebiennych po tej samej stronie. Gdy chora zmarła wskutek wady serca, G. zbadał pod drobnowidzem mózg i znalazł jedynie zanik lewego ośrodku nerwu podjęzykowego. Fakt, że w przypadku tym nie było porażenia strun głosowych, przemawia przeciw mniemaniu, jakoby jednocześnie porażenie języka, podniebienia, języczka i strun głosowych było charakterystycznym dla porażenia opuszkowego. (Soc. Lan. degli Ospit. 21. III. 96).

= SILBERSCHMIDT podaje przypadek otrucia siedmiu osób pospożyciu wieprzowiny, zakwalifikowanej przez weterynarza do spożycia w stanie wędzonym lub gotowanym. Wielokrotne badanie

wykazało obecność bakterii w owem mięsie, co dowodzi, że procedury tego rodzaju, jak wędzenie i solenie, nie są w stanie zabić bakterii, mięso zatem zwierząt chorych winno być bezwarunkowo niszczone. (Correspol. f. Schw. A. N. 8. 1896).

= JEŻ w klinice NEUSSER'a stosował *apolsinę* w 50-ciu przypadkach różnych chorób, jak: zapalenie płuc, opłucnej, szkarlatyna, gościec stawowy, nerwobóle i t. d., i doszedł do wniosku, że środek ten posiada w bardzo nieznacznym stopniu własności przeciwgorączkowe i kojące, jest jednak środkiem zupełnie nieszkodliwym. (Wien. klin. Woch. N. 22. 96).

= RICHARD DREWS zaleca stosowanie *somatozy* u kobiet karmiących w celu zwiększenia wydzielania gruczołów mlecznych. Autor stosował ją w 25 przypadkach, zawsze otrzymując pożądaną wynik. Dawka dzienna 3—4 łyżeczek w mleku lub bulionie bywa chętnie spożywana nawet przez czas dłuższy. Takież wyniki otrzymali WOLFF i TAUBE. (Revue de ther. médico-chir.).

= DESPEIGNES stosował u chorego dotkniętego ciężkim charłactwem wskutek raka żołądka, promienie RÖNTGEN'a na okolicę żołądkową. Po ośmiu codziennych półgodzinnych posiedzeniach zmniejszyły się bóle i objętość nowotworu, charłactwo nie postępowało. (Semaine méd. N. 37. 96). *M. B.*

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku Zeszyt III „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“, ogólnego zbioru Tom XCII i zawiera: 1) F. GIEDROYĆ. Rys historyczny szpitala św. Łazarza w Warszawie (ciąg dalszy). 2) E. PRZEWOSKI. Fibroma pulmonum (z tabl. N. XVI). 3) E. PRZEWOSKI. Kostniak płuc i słowo o staczaniu się ciałek mączkowatych w płucach ku ich podstawie (z tab. N. XV). 4) W. POPIEL. Przyczynek do badań nad ciężarem gatunkowym krwi. 5) Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Warsz. z dni 2,

16 i 30 czerwca 1896 r. 6) Rocznik Zarządu Towarzystwa Lekarskiego. 7) Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie.

— We wszystkich austriackich uniwersytetach jest projekt utworzenia katedry hydropatyj.

— Ministerium delegowało prof. KOCH'a do Memla w celu wyjaśnienia na miejscu epidemii trądu w okręgu tego miasta i zastosowania odpowiednich środków do zwalczania tejże epidemii.