

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. W. Lesser. O znieczulaniu miejscowem. — II. J. Minkiewicz. Spostrzeżenia chirurgiczne. (Dalszy ciąg). — III. A. Malinowski. Ostre krupowe zapalenie płuc i oskrzeli. — *Dział sprawozdawczy:* 85. H. Munk. O czynnościach substancji korowej mózgu. (Dokończenie). — 90. Korn. Wodan chloralu jako środek przy miejscowem leceniu dyfterytu. — Wiadomości miejscowe. — Wiadomości zagraniczne. Zjazd III lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. — Na pomnik dla Mickiewicza. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

## I. O ZNIECZULANIU MIEJSCOWEM.

Skreślił D-r **Władysław Lesser.** Docent chirurgii przy uniwersytecie w Lipsku.

Dotychczasowe sposoby miejscowego znieczulania, przy mniejszych operacjach chirurgicznych, dużo jeszcze pozostawiają do życzenia. Przykładanie lodu czystego lub z solą zmieszanego do skóry, zależnie od pory roku i od miejscowości, często jest trudnem i niedogodnem w zastosowaniu. Przytem lód prędko się topi i nie daje się przechowywać przez dłuższy przeciąg czasu. Zastosowanie eteru rozpylonego przyrządem *Richards on'a* zyskało z początku wielki rozgłos. Ale i sposób *Richards on'a* jest niedogodnym. Oprócz zbyt wielkiej straty eteru, trudno skierować prąd eteru na ograniczoną część powierzchni ciała. Na twarzy i w jamie ustnej stosować eteru z powodu oczów nie można, a prócz tego i z tej przyczyny, że zbyt wielka ilość eteru dostawałaby się do płuc. Na pomysł, będący podstawą mojego sposobu znieczulenia, naprowadzony zostałem przez pewien ustęp w pracy, napisanej przez *Zahn'a*, o wytwarzaniu się białych skrzepów w krwiobieg. Przy badaniu drobnowidzowem zmian, występujących w krążeniu w naczyniach krwionośnych krążki pod wpływem zimna, *Zahn* nie stosował zwyczajnego sposobu przykładania lodu, lecz wymyślił do tego bardzo dowcipny i prosty przyrząd. Wziąwszy rurkę szklaną, dość szeroką, koniec jej zaokrąglony wyciągnął spiczasto, napenił następnie rurkę eterem i zakorkował ją w ten sposób, że przez korek przesunięto dwie cienkie rurki szklane. Jedna rurka dochodziła aż do dna naczynia z eterem, druga zaś krótka, wystając na powierzchnię eteru, zaraz pod korkiem była uciętą. Przez długą rurkę za pomocą gumowego mieszka można było przeciskać powietrze, które, przechodząc przez eter i zabierając ze sobą eter ulotniony, wydostawało się przez krótką rurkę na zewnątrz. Przyspieszone w ten sposób ulatnianie się eteru spowodowało tak znaczne obniżenie ciepłoty w eterze, że spiczasto wyciągnięty koniec dużej rurki jakby igła lodowa dał się zastosować do naczynia krwionośnego.

Otóż i moje przyrządy w ten sposób działają, że eter, zawarty w metalowych skrzynkach, pod wpływem przeciskanego prądu powietrza raptownie się ulatnia. Przyciskając ściany skrzynki do skóry, z łatwością takową aż do zupełnego znieczulenia oziębici można. Skrzynka do znieczulenia na powierzchni ciała (Fig. 4) ma kształt podłużny, wewnątrz ściany są nieco wklęsłe, zewnątrz nie wypukłe i zaokrąglone. W poprzecznych ściankach umocowano rękojeści i dwie rurki, z których jedna przedłuża się aż na dno skrzynki, druga zaś pod samym wierzchem wystaje. Rurka poprowadzona na dno skrzynki, kończy się w kształcie widełek poziomo nad dnem leżących i przedziurawionych jakby sitko. Przez to powietrze, za pomocą mieszka gumowego wciskane na dno płynu eterowego, wydostaje się w kształcie baniek aż na powierzchnię płynu i uchodzi przez krótką rurkę, porywając ze sobą ulotniony eter. Przez krótką rurkę można za pomocą lejka wlewać eter do skrzynki, tylko wtedy koniec rurki dłuższej do góry sterzyć musi, aby powietrze mogło się wydostać ze skrzynki.

Powyższy przyrząd przedewszystkiem zastosowanym być może przy operacjach na palcach u nóg i u rąk. Zazwyczaj używam go w odpowiednich przypadkach, wyciskając równocześnie krew według metody *Es m a r c h'a*, jak to opisał Girard w *Centralblatt für Chirurgie* z r. 1874. Wyciskanie jednak krwi z palców, według *Es m a r c h'a*, za pomocą opasek gumowych, przedstawia pewne trudności i dość jest bolesnem, zwłaszcza gdy jest stan zapalny np. *panaritium*. Aby w tych częściach wywołać bezkrwistość, postępuję zatem w inny sposób, tj. używając tak zwanych paluchów gumowych (*Gummifinger*). Wybiera się paluch odpowiedni, wielkości palca, rozciąga się takowy obiema rękami i wsuwa go ostrożnie na palec chorego, albo chory sam wsuwa takowy. Nacina się koniec zaokrąglony palucha gumowego nożyczkami i zwija się takowy, jakby przy wkładaniu rękawiczek, tak, że po zwinięciu obejmuje on palec w dolnym jego obwodzie, w kształcie obrączki gumowej. Gdyby ściśnięcie nie było wystarczającym, to łatwo podłożyć pod obrączkę gumową waleczek z waty.

Miejscowe znieczulenia można stosowywać nie tylko przy przecinaniu *panariti*, przy wrywaniu paznogi i wyciąganiu igieł, kawałków drzewa i t. p., lecz także przy odjęciu i wyluszczeniu pojedynczych członków palca, a nawet przy wypilowaniu stawów palcowych. Chociaż znieczulenie głębiej jak pod skórę nie sięga, pomimo to chorzy tak mało czują, że ręki lub nogi w czasie operacji nie usuwają. Przecinanie ropni, wyciąganie igieł, wyluszczenie mniejszych nowotworów na powierzchni całego ramienia i całej nogi, tak samo pod wpływem miejscowego znieczulania skutecznie można, kombinując naszą metodę z wyciskaniem krwi z kończyny według *Es m a r c h'a*. Znieczulenie miejscowe można stosować i w innych miejscach powierzchni ciała, z wielką ulgą dla chorego jak: przy podskórnem przecinaniu (*discisio*) wrzedzonek, która to operacja, mianowicie na twarzy, na wargach, na nosie, na karku i t. p. bardzo jest bolesną. Wycinałem w ten sposób liczne kaszaki (*atheromata*) na powierzchni głowy, przecinałem ropnie gruczołów limfatycznych w pachwinie, pod ramieniem, pod szczęką i t. p. Nadmienić muszę, że miejscowe znieczulenie wraz z wyciskaniem krwi można stosować przy operacjach na końcu języka, przy wycinaniu szankrów ze skóry prącia, przy przecięciu stulejki (*phimosis*). Gdzie skóra jest

cienką i delikatną, należy ostrożnie pociskać skrzyneczkę, aby nie wywołać odmrożenia skóry. Oziębienie skóry aż do znieczulenia nie odziaływa niepomyślnie na następny przebieg rany operacyjnej. Najlepiej używać do znieczulenia eteru, mającego 0,720 C. wł., lecz i zwyczajny eter, mający 0,778 C. wł., może być użyty, tylko że do oziębienia skóry dłuższego potrzeba czasu.

Drugi przyrząd (Fig. 2) ma służyć do znieczulenia zębów i wogóle do znieczulenia przy operacjach w jamie ustnej. Można go również użyć do znieczu-

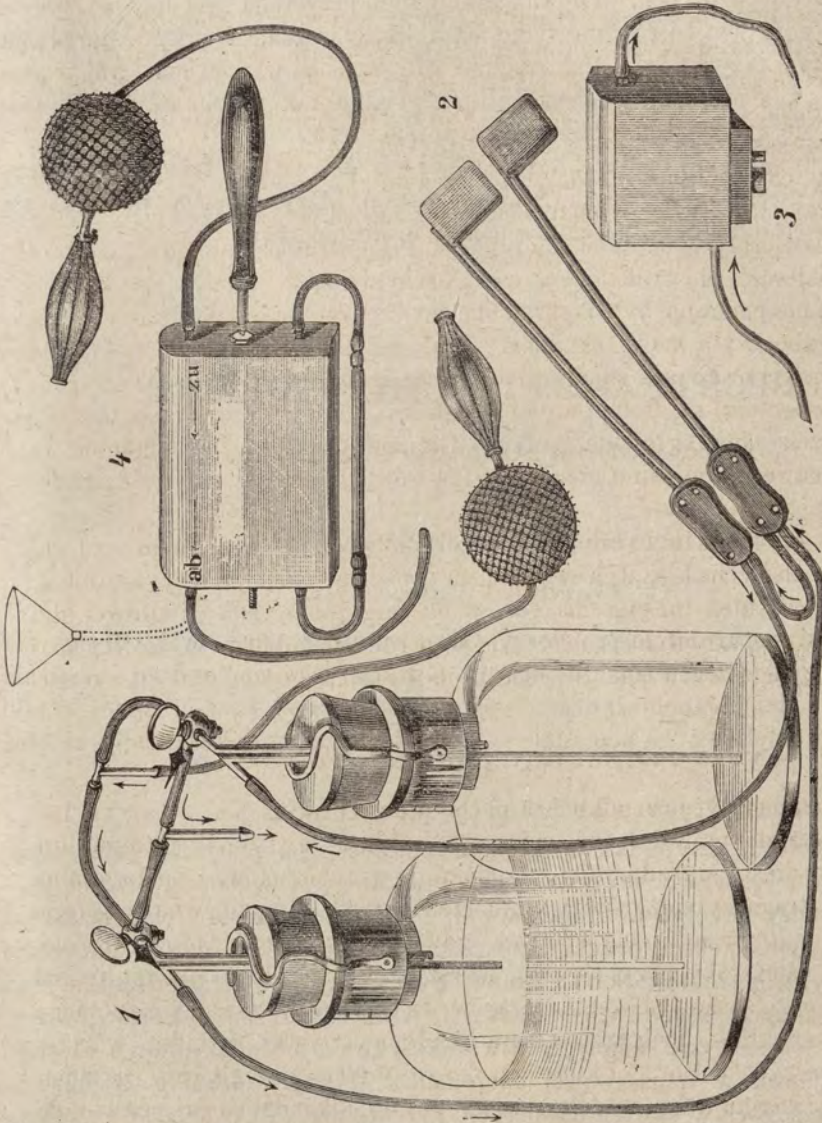


Fig. 1. Flaszki do przetłaczania eteru przez przyrząd 2 i 3.  
Fig. 2. Przyrząd do znieczulenia jamy ustnej i t. d. i do miejscowego znieczulenia krtani.  
Fig. 3. Przyrząd do mrożenia preparatów świeżych, aby otrzymać skrawki do badania drobnowidzowego.  
Fig. 4. Przyrząd do znieczulenia powięzchni ciała, mianowicie palców u rąk i nóg.

lenia krtani, według metody Rossbacher'a (*Wiener med. Presse.* 1880 Nr. 40). Składa się on z dwóch skrzynek, podobnych do wyżej opisanych, tylko o wiele mniejszych. Rurki do skrzyneczek są znacznie dłuższe, jak u dużej skrzynki i połączone ze sobą w kształcie rękojeści. Dla łatwiejszego przeprowadzenia eteru

i powietrza do skrzynek, są one złączone za pomocą rurek gumowych z dwiema fiolkami (Fig. 1), przez które przeciska się eter i powietrze za pomocą mieszka. Skrzyneczki te o wiele wygodniej dają się użyć, ponieważ swobodnie na wszystkie strony można je przesuwać.

Trzeci przyrząd (Fig. 3) służy nie do znieczulenia, lecz do zamrożenia kawałków preparatów, z których za pomocą mikrotomu, chcemy robić skrawki dla badań drobnowidzowych. Główną zaletą tego przyrządu jest bardzo prosta jego budowa, gdyż jest to również tylko mała skrzyneczka, a przy zamrażaniu preparatu w tym przyrządzie, eter zupełnie nie wchodzi w styczność, ani z preparatem, ani z mikrotomem, wiadomo zaś, jak prędko tak zwane *Gefrierungsmikrotome* psują się, po częstem zraszaniu ich pyłem eteru.

Przyrządy powyżej opisane, wyrabia *Otto Moecke*, fabrykant instrumentów chirurgicznych w Lipsku (Schillerstrasse), który zarazem postarał się o uzyskanie ochraniającego patentu w państwie niemieckiem.

---

## II. SPOSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

Przez D-ra **Jana Minkiewicza** z Tyflisu.

---

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 19).

### II. Gardziel i przełyk.

a) Ropień pozagardzielowy lewy, (*absc. retropharyngeus*) widzieliśmy raz w ciągu ostatnich 9 lat (VII). Ropień ten powstał jako następstwo zapalenia tylnego łuku podniebiennego lewego, lewej ścianki bocznej i części tylnej ścianki gardzieli; otworzyliśmy go pomyślnie. Po odejściu znacznej ilości ropy—ropień się zagoił.

#### b) Obecność ciała w gardzieli i przełyku.

1. Tu należą przypadki, w których znajdowałem pijawki, szczególnie końskie, na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, i w dalszej części gardzieli na granicy przełyku. Wieśniacy i żołnierze w czasie drogi, marszów, szczególnie latem, znękami pragnieniem, niezwracając żadnej uwagi na źródło wody, piją ją, gdzie się napotka. Często krwotoki z nosa i szczególnie z jamy ust bez szczególnych powodów, bez żadnych widocznych zmian patologicznych w narządach piersiowych i innych, są wskazówką do zbadania pilnego chorego, czy nie ma pijawek w oznaczonych miejscach. Myśmy widzieli 3—4 chorych, mocno wyniszczonych w skutek podobnych krwotoków. Jeśli się uda wykryć pijawkę, to ją można usuwać szczypczykami, lub użyciem mocnych solnych roczynów, współcześnie używając środków wymiotnych.

2) Kilkakrotnie wypadło mi wyjmować kości i ości, zatrzymane w przełyku.

C. Raka przełyku obserwowaliśmy dwa razy.

### III. Przekłucie brzucha.

Operację tę wykonałem u 16 chorych — 25 razy. Jak dawniej tak i teraz cierpienia serca i trzewiów brzusznych a najeczęściej skutki zimnicy były główną przyczyną wodnej puchliny. Wspomnę pokrótce o niektórych ciekawszych przypadkach.

Ormijanka, blisko 60 lat mająca, matka kilkorga dzieci, cierpiała na wodną puchlinę jamy brzucha; podskórnej nie było. Rozmiary brzucha jak również napięcie ścianek jego były bardzo znaczne. Ciecz wypierała tak dalece pępek, że się z niego uformował oddzielny guz, w postaci ostrosłupa, z początku niewielkiego, a potem bardzo znacznego; skóra pępka do tego stopnia ścięczała, że się stała przezroczystą. Skorzystałem z tej okoliczności i nakłuwszy trójgranem najbardziej wystającą część pępka, wypuszczałem dwa razy do roku ciecz w ciągu 3 lat, i nigdy nie wywoływałem żadnych objawów reakcyi. Chora przy tem używała stale jodek żelaza, mleczną i pożywną dyjetę. Podczas mojej nieobecności w Tyflisie zawezwany inny kolega nie skorzystał z mojego doświadczenia, lecz nakłuł w miejscu klassycznym; zaraz potem rozwinęło się ostre zapalenie otrzewnej i chora umarła na czwarty dzień po operacyi. Przy pośmiertnem badaniu dolnej części brzucha wykryto, że trójgraniec trafił do torbieli jajnika, przebił ją, wypuściwszy tym sposobem ciecz w niej zawartą do jamy otrzewnej. Torbiel była nieznacznej wielkości. Drugi podobny przypadek zależności wodnej puchliny brzucha od choroby jajnika widzieliśmy również u Ormijanki, przeszło 60 lat mającej, u której przed, a jeszcze lepiej po wypuszczeniu znacznej ilości płynu, wyczuliśmy około jajnika prawego kilka guzów twardych, włóknistych (*fibroma*). U mężczyzny średnich lat, Polaka, od stłuczenia okolicy nerek powstało ich zapalenie, wskutek czego nie długo po tem rozwinęła się wodna puchlina brzucha. Po dwukrotnem wypuszczeniu—ciecz zbierała się prędko — chory umarł od obrzęku płuc (*oedema pulmonum*). U Gruzina 26 lat mającego uporczywe zimnice i zapalenie nerek poprzedzały rozwinięcie się wodnej puchliny brzucha i obrzęku skóry. Zastosowaliśmy u niego sposób leczenia zalecany przez *Libermeister'a* — wywołując obfite poty. W tym celu używaliśmy ciepłych kąpiei i obwijania kocami. Po kilku takich kąpielach i obwijaniach, rzeczywiście puchlina jamy brzucha i zaskórna zmniejszyła się, ale chory na siłach bardzo opadał i do tego stopnia po kilku dniach osłabł, że czasami omdlewał. Nareszcie po 6-ej lub 7-ej kąpiei wyjęty był z wanny w stanie omdlenia i wkrótce potem umarł. Sądzę, że zastosowanie podobnego sposobu leczenia wymaga, aby chory nie był bardzo wyniszczony i nie cierpiał na chorobę serca. Młodemu popowi gruzińskiemu, cierpiącemu na wodną puchlinę brzucha po zimnicach, dwa razy wypuściłem ciecz surowiczną z jamy brzucha, ale ze względu na bardzo prędki powrót puchliny spróbowałem go leczyć w szpitalu, stosując *jaborandi*. Chory nie długo żył. Jeden z ciekawych przypadków wodnej puchliny brzucha i obrzęku (*anasarca*) widzieliśmy u chorej, 45 lat mającej. Przed kilku laty cierpiała ona na marskość wątroby, skutkiem czego wypuszczałem jej 5 razy płyn z jamy brzucha. Wypuszczona ciecz była raz poddana chemicznemu badaniu przez *H. Struve'go*, i oto jego rezultat. Ciecz mętnawa, barwy burej, ciężar gatunkowy 1,010. Pod mikroskopem znaleziono w niej dużo

ciałek ropnych, odznaczających się szczególnie wyraźną ziarnistością. Odparowawszy ciecz — otrzymano pozostałość, wynoszącą 2,35%. Po zniszczeniu zaś wszystkich części organicznych pozostało popiołu 0,75%, który najzupełniej się w wodzie rozpuścił i oddziaływał zasadowo. Po odfiltrowaniu rozczyń dał obfity osad za dodaniem rozczyń tanniny i mocnego kwasu azotowego, co dowodzi obecności białka. Część cieczy zmieszano z równą ilością wody, a potem traktowano mieszaninę kwasem węglanym; przy tem rozczyń mocno się pienił, ale osad niepowstał, co dowodzi nieobecności *paralbuminu*. Pod wpływem poduszeczki z cieleącego żołądka, przy 35° C., transsudat się nie ścinał. Przy doświadczeniu osmotycznym, przez pęcherz zwierzęcy przesączał się rozczyń bładny, przezroczysty, słabo zasadowo oddziaływający. Dodając do niego kwasu octowego tyle, aby ciecz słabo oddziaływała kwaśno, i ogrzewając go, otrzymujemy osad białka. Pozostałe wewnątrz pęcherza części po skończeniu procesu osmotycznego zawierały w sobie ciała ropne. Ta pozostałość nie oddziaływała na papierki probiercze, ale traktując ją wodą otrzymaliśmy rozczyń, w którym po przedczeniu nie podobna było wykryć obecność pierwiastków białkowych.

Chora ta zakończyła życie skutkiem tego, że naokoło miejsca pęknięcia skóry, przez które przesączała się ciecz surowicza podskórna, rozwinęła się róża (*crisipelas phlegmonosum*) na dolnej części przedniej ścianki brzucha, połączona z obszerną zgorzelą skóry, głównie zaś tkanki łącznej podskórnej. Cierpienie to rozszerzyło się nawet na mięśnie brzucha. Stan gorączkowy, towarzyszący temu, był bardzo silny.

Zrobiliśmy raz przekłucie brzucha i kiszki przy nadzwyczaj silnem wzdęciu gazami, przy zaciśnięciu kiszki wewnętrznem (*intussusceptio*). Chory się dusił, ledwo oddychał, wskutek napierania gazów na przeponę. Dla chwilowej ulgi chorego umierającego, zrobiłem probierczym trójgrańcem nakłucie w okolicy poprzeczniczy. Gazy odeszły w znacznej ilości, co na kilka godzin choremu sprawiło ulgę.

#### IV. Przepukliny pachwinowe.

Do tego com podał o przepuklinach pachwinowych w T. XI. „Gazety Lekarskiej“ Nr. 23, mało mam dołączyć nowego, pomimo, że Tyflisie przepukliny pachwinowe dość często się zdarzają, szczególnie u robotników. Zasługuje na uwagę fakt, że u tragarzy ciężarów (muszy), nie rzadko 6—10 pudów na grzbiecie noszących, przepukliny rzadko się spotyka, gdy tymczasem, sądząc z ciężarów jakie przenoszą, należałoby przypuszczać, że wszyscy oni powinni tej dolegliwości podlegać. Sądzę, że sposób noszenia ciężarów, tu używany, właśnie zapobiega powstawaniu przepuklin. Tragarze ci mają na plecach worki, z kilku warstw grubego sukna zeszyte, w postaci klina szerokiego, pokrywającego cały grzbiet; grubsza ich część znajduje się na dole, leży między łopatkami i sięga prawie do linii poprzecznej, dzielącej ciało na połowę górną i dolną. Tragarz, biorąc ciężar, zgina się niekiedy pod kątem prostym naprzód i tak niesie ciężar. Im ten ciężar jest większy, temi zginanie się jest większe. Tym sposobem kiszki nie napierają na dolną część brzucha, na okolicę pachwinową, gdzie są otwory i zagłębienia, z powodu że mięśnie przednie brzucha, nie będąc napiętymi, pozwalają kisz-

kom swobodnie po całej jamie brzucha się rozmieszczać. W tym okresie, od lat 1871—1879 włącznie, nie robiłem ani razu herniotomii. O ile mi wiadomo, i inni chirurgowie nie więcej niż 2—3 razy ją dokonywali. Byłem wezwany do 5-ciu chorych z silnie uwieżoną przepukliną pachwinową. U 3-ch z nich dały się one bez trudności odprowadzić po zachloroformowaniu. Najlepiej udawało się to wtedy, jeżeli przed odprowadzeniem, po kąpieli, zastrzykiwaliśmy roztwór octanu morfiny, i po tem już chloroformowali.

O dwóch innych chorych wspomnę bardziej szczegółowo. Jeden z nich cierpiał na zadawnioną, ruchomą, przepuklinę pachwinowo-moszną znacznych rozmiarów. Chory, oprócz objawów właściwych przepuklinom uwieżonym, przedstawiał jeszcze zjawiska trudnego oddawania moczu. przy czem katetyryzowanie, jak się pokazało, wymagało wielkiej ogłędności. Wprowadziwszy bowiem kateter, przekonałem się, że pęcherz moczowy zmienił swoje położenie, skutkiem czego, koniec kateteru nieprawidłowo kierował się na lewo, ku przepuklinie, gdy tymczasem po jej odprowadzeniu zachowywał prawidłowe swe położenie. Jeszcze ciekawszym był następny przypadek. Młody izraelita, zegarmistrz, od dawna cierpiał na przepuklinę pachwinową lewą ruchomą. Po sutej wieczery uczuł, że pętlica kiszki wypadła zatrzymała się tuż w wewnętrznym otworze przewodu pachwinowego, i tam uwieżła. Choremu samemu odprowadzenie tym razem się niepowiodło. Przyszedszy do chorego, znalazłem w miejscu odpowiadajacem otworowi wewnętrznemu guz niewielki, bolesny, który przy opukiwaniu dawał odgłos tępy. Chory doświadczał nudności, a czasami i wymiotował, obrzmiałość stawała się co raz to bolesniejszą i chory uskarżał się na uczucie jakby rozciągania w samem obrzmieniu. Spróbowaliśmy zrazu odprowadzić przepuklinę, gdy to pozostało bez skutku, zaleciliśmy ciepłe kąpiele, wcierania rtęciowe i narkotyczne w okół miejsca zaciśnięcia i enemj drażniące. Nic to jednak nie pomogło. Pomimo to nazajutrz w stanie chorego nie widzieliśmy nic zatrważającego. Wzdęcie kiszki ustało, po wymiotach chory poczuł ulgę i miał stolce — zapewne z części kiszki poniżej zaciśnięcia znajdującej się. Wezwałem na naradę kolegę D-ra B r o s z n i e w s k i e g o. Chory na operację się niezgodził. Postanowiliśmy i nadal kontynuować ciepłe kąpiele, i spróbować postawić kilka wielkich baniek, zamiast bańki J o u n o d'a, której nie mieliśmy, na prawą stronę brzucha, w celu wciągnięcia zaciśniętej kiszki. Rzeczywiście po tej procedurze przepuklina weszła do jamy brzucha, ale pierwsze stolce były zmieszane z krwią. Od czasu do czasu z samego otworu odchodziła skrzące krew, co trwało przez dni trzy, aż do śmierci, która nastąpiła na 14 dzień po zaciśnięciu. Zwłok nie rozbierano, nie jesteśmy więc w stanie podać pewnych objaśnień przyczyny krwotoku i śmierci.

Do tego rzędu chorób można zaliczyć i następujący ciekawy przypadek. W Czerwcu 1871 r. byłem wezwany do chorego Ormijanina, przeszło 50 l. mającego, mocno otyłego. Obejrzawszy go, znalazłem brzuch mocno rozdęty, bardzo bolesny. Opukiwanie dawało prawie wszędzie na brzuchu odgłos tępy, co wskazywało, że kiszki były przepelnione czemś twardem. Chory skarżył się na nudności, oddech trudny, powierzchowny, twarz mocno krwią nabiegła i wyraża silne cierpienie. Chory niezupełnie przytomny, ciągle się rusza, kręci na łóżku, krzyczy, stęka. Wszystko to przemawiało za wewnętrznem zaciśnięciem kiszki,

Od otaczających dowiedziałem się, że chory z wieczora objadł się niezmiernie tak zwaną tu tłustą trawą (*dandury, portulaca sativa*), używaną za pokarm. Zaleciłem choremu na wymioty *pulv. ipecacuanhae* Əj, *tart. emetici gr. j.*, *clysma catharticum*; to nie poskutkowało. Musiano znowu powtórzyć środek wymiotny i wtedy dopiero chory wyrzucił istotnie przerażającą masę tej trawy. Żołądek i kiszki, że tak powiem, były zapakowane tą trawą. Po tych wymiotach wszystkie objawy chorobowe od razu ustały.

W przeciągu lat 1871—1879 nie zrobiłem ani jednej nowej operacyi radykalnego leczenia przepukliny sposobem *Mosner'a*, ale spróbowałem go zamienić w lekkich przypadkach zastrzykiwaniem mocnego alkoholu do okolicy zewnętrznej otworu pachwinowego. Widziałem pomysłne skutki tego sposobu leczenia u księdza Ormijańskiego, który cierpiał na obustronne przepukliny pachwinowe ruchome, do moszen mało sięgające. Pomimo noszenia opasek, przepukliny tak dalece mu dolegały, że nie był w stanie pełnić swojego obowiązku. Spróbowałem więc zalecane przez niektórych chirurgów zastrzykiwania mocnego wysokoku  $80^{\circ}$ — $90^{\circ}$  do tkanki łącznej zaskórnej, aby sprawić jej stwardnienie, nastrzykując na jednym posiedzeniu po 3—4 szpryki *Prawat'a* wysokoku w okolicę otworu pachwinowego zewnętrznego. W tym celu ułożywszy chorego na grzbiecie, odsunąłem wypadniętą kiszkę do jamy brzucha i robiłem nakłucia koncentrycznie na 2—3 centm. od siebie odległe i nawet do samego przewodu, pilnując się, aby nieuszkodzić sznurka nasiennego. Podobne zastrzykiwania robiłem co 3—4 dni. Po pierwszym zastrzykiwaniu, które nie wywołało prawie żadnych szczególniejszych bólów, na drugi dzień znalazłem trzy twarde ograniczone miejsca, bez żadnej czerwoności na skórze. Chory pozostawał przez dwa dni w łóżku, po następnym podobnym zastrzyknięciu uformowała się znaczna twarda przestrzeń, powstała wskutek połączenia się oddzielnych stwardnień. Obecność właśnie tego stwardnienia utworzyła tak znaczną przeszkodę, że kiedy chory zupełnie wstał z łóżka po dwóch tygodniach, to już jelita nie tylko nie wysuwały się do moszen, ale nawet wypadnięcie ich do przewodu pachwinowego było daleko mniejsze. Tego chorego widuję ciągle, nosi on opaskę płócienną i jest zupełnie zadowolony ze swojego stanu. Pomysłny skutek tego sposobu leczenia małych i większych ruchomych przepuklin pachwinowych uprawnia do częstego jego zastosowania. Może on być, sędzę, z wielką korzyścią użyty u dzieci, jak również u osób niedecydujących się na radykalną operacyję; użyty jednocześnie ze zwykłym bandażem może zapobiegać zacisnięciom przepuklin, i usunąć potrzebę herniotomij.

#### V. Rany klute brzucha.

Przytoczę historyję trzech klutych ran brzucha. a) Młody Ormijanin, podniosłszy znaczny ciężar, wnet uczuł obrzmiałość i ból w okolicy otworu pachwinowego wewnętrznego, czemu potem towarzyszył lekki stan gorączkowy. Gdy pomimo użycia ciepłych okładów — ani obrzmiałość, ani ból się nie zmniejszały, chory udał się do miejscowego felczera, który uznał ową wystającą, miękką obrzmiałość za ropień dojrzały i przekłuł ją szeroko. Pomyłka była za nadto bolesną i przykrą, gdyż przecięto kiszkę cienką zamiast ropnia. Miał jednak felczer



tę przytomność, że zaraz przyszył brzegi rany kiszki do skóry; bezpośrednie spojenie się powiodło i chory pozostał *cum ano praeternaturali*. Po długich le-  
czeniach chory udał się do mnie w r. 1874 z prośbą o operację. Obejrzawszy  
go znalazłem w miejscu wyżej oznaczonym, otwór w kiszce na 5 cali długi i 2½ cali  
szeroki; błona śluzowa wyrwiona, mocno zaczerwieniona; stan skóry otaczającej  
prawidłowy, zaczerwienienia nie ma. Chory sam wymyślił sobie opatrunek w ro-  
dzaju tamponu, sięgającego daleko po za brzeg otworu, który to tampon nie do-  
zwalał odchodom kiszkowym spływać po brzuchu. Przez pierwsze kilka dni pobytu  
chorego w szpitalu wojskowym w Tyflisie nałożyłem z plastra lepkiego taki opatru-  
nek, aby odchody wychodziły przez otwór stolcowy, a wcale niewypływały przez  
odbyt nieprawidłowy. Tym sposobem chciałem stopniowo odsuwać ściankę kiszki  
od otworu sztucznego i rozszerzać dolny koniec kiszki uszkodzonej. Po kilku  
dniach podobnego postępowania, przygotowawszy chorego użyciem oleju rycy-  
nowego dnia 30 Lipca, okrwawiłem brzegi otworu, wyciąwszy część błony ślu-  
zowej i skóry; nową ranę połączyłem dwoma rzędami okręcanych i węzłowatych  
szwów metalicznych i jedwabnych. Po zeszcyciu na ranę nałożono plaster  
lepki. Spojenie powiodło się tylko w górnej części rany, przez dolną zaś część  
odpływały odchody. Jedynym skutkiem tej operacji było zwężenie w górnej  
części *anus praeternaturalis*, jak również to, że odchody mniej niż dawniej od-  
chodziły. Doczekawszy się zabliznienia brzegów rany, przedsięwziąłem po-  
wtórną operację. Przygotowawszy chorego jak uprzednio, otwór owalny zam-  
ieniłem na bardziej podłużny, zrobiwszy dwa podłużne boczne cięcia ukośne.  
Tym razem ściałem daleko więcej skóry i błony śluzowej kiszki, aby mieć szerszą  
powierzchnię, a dla zmniejszenia napięcia zrobiłem dwa podłużne, głębokie  
cięcia, sięgające aż do powięzi. Ranę zszyłem szwami głębokimi okręcanymi  
i węzłkowatymi, po tem posmarowałem klajstrem; do wewnątrz przepisałem  
opium w wielkich dawkach. Dyjeta kompletna. Na 4 dzień po operacji młody,  
kilka miesięcy praktykujący ordynator, po zdjęciu zewnętrznego opatrunku, wi-  
dząc, że spojenie w ranie skóry powiodło się — był najpewniejszym pomyslnego  
zejścia operacji i pozdejmował niektóre szwy. Następstwem tego pośpiechu  
było to, że na 7 dzień w dolnym końcu rany pokazały się odchody, które stop-  
niowo zniszczyły całe spojenie. Przez cały czas pobytu chorego w szpitalu  
nigdyśmy niewidzieli u chorego twardych odchodów w odbycie nieprawidłowym,  
ale zawsze kaszowatą, żółciowo-śluzową masę. Chory nie życzył sobie poddać  
się trzeciej operacji.

b) Zbójcy napadli późno wieczorem na Ormijanina, kupca, do domu wraca-  
jącego i sztyletem przebili mu brzuch tak, że kiszki powypadały na zewnątrz.  
Najpierwej wezwani lekarze odprowadzili kiszki i nałożyli opatrunek, przeskła-  
dzający wyjściu ich na powrót. Oprócz tej rany były jeszcze inne: na głowie,  
piersiach, grzbiecie, udzie. W kilka dni po zadaniu rany, byłem wezwany do  
ranionego i znalazłem w okolicy pachwinowej prawej ranę klutą, ukośną. Zbójca  
napadł na chorego z tyłu i uderzył go z prawej strony, sztylet był skierowany uko-  
śnie do linii białej, skutkiem czego ścianki brzucha w okolicy pachwinowej były  
przebite ukośnie. Kiedym chorego pierwszy raz odwiedził rana i części otacza-  
jące były w stanie zapalenia (*phlegmone diffusum*); rana wydzielała ogromną ilość

ropy nie czystej, stan gorączkowy silny, nudności, odbijanie, wymioty; odchodów stolcowych prawie żadnych i te, co się pokazywały, były zupełnie białawo-szarawe. Wzdęcie brzucha bardzo znaczne; upadek sił. Wszystko wskazywało, że w głębi rany lub w jamie brzucha istniało zaciśnięcie. Choremu zaproponowałem rozcięcie przedniej rany, aby dojść do dna rany i przekonać się czy tam niema zaciśnięcia. Krewni chorego oparli się operacji. W parę dni raniony zmarł. Przy sądowo-lekarskich oględzinach zwłok znaleziono, że sztylet przebił otrzewną przedniej ścianki brzucha na 2 cent., i w tej to właśnie ranie zaciśnęła się niewielka pętlica jelita, które zlepione było z otaczającą otrzewną za pomocą słabych zrostów. W okolo rany otrzewnej i w kiszce istniała za ledwie na kilka millimetrów szeroka obwódka zapalna. Pokazuje się więc z tego, że przy odprowadzeniu kiszek pozostała mała pętlica, która przyrosłszy właśnie stała się przyczyną zejścia śmiertelnego.

c) Trzeci ciekawy przypadek klutej rany brzucha widzieliśmy u Persa, który pokłóciwszy się z krewniakiem, będąc podpitym, sam sobie sztyletem przebił brzuch tak silnie, że kiszka wypadła i była przecięta wzdłuż. Wezwany natychmiast kollega Malinin odprowadził kiszki, a brzeg przeciętej kiszki przyszył do skóry ścianki brzucha, o ile to było można zrobić dokładnie na wsi bez pomocników.

Spieszne spojenie powiodło się najwyborniej, pomimo że chory nie zachowywał spokoju. Tak więc u chorego powstał nieprawidłowy odbył (*anus praeternaturalis*). Wezwany przez kolegę Malinina do narady i operacji, zastosowałem *enterotom* Blandin'a, poczem po pewnym przeciągu czasu kollega Malinin okrwawiwszy brzegi kiszki zeszył je. Spieszne spojenie powiodło się wybornie pomimo, że raniony nie dbał o dobre zejście. Dość powiedzieć, że odwiedziwszy chorego na 3 dzień po operacji nie znaleźliśmy go nie tylko w łóżku, ale i w innych pokojach. Chory po upływie 1½ tygodnia już trudnił się swojemi handlowemi sprawami, i pędził życie hulaszce.

Lubo te trzy przypadki ran należało umieścić z początku opisu cierpień brzucha, ale zważywszy, że one poniekąd były podobne do skutków przepuklin, daliśmy ich opis tutaj.

#### **Wrodzony zanik (*atrophia*) prawej połowy języka. <sup>1)</sup>**

Rossyjanin, Malakanin X, blondyn 20 lat mający, miał głowę małą, bardziej podłużną, z boków ścieśnioną. Zézowatość lewego oka zbieżna (*Strabismus convergens*). Chory uderzeń zegarka położonego bezpośrednio na prawe ucho i w okolo niego nie słyszy, lewem zaś uchem uderzenia tegoż samego zegarka na odległości 2½ poprzecznych palców słyszy słabo. W obu przewodach słuchowych zewnętrznych (*meatus auditorius externus*) nic nieprawidłowego nie widziałem. Badając jamę ustną znaleźliśmy, że jest ona wązka, podługowata. Podniebienie twarde mocno zakłęsłe, zagłębione, do góry podniesione; przytem kości, formujące podniebienie twarde, są połączone pod ostrym kątem. Miękkie podniebienie również jest niezwykle ku górze podniesione. Łuki podniebienne przednie (*arcus palatini ant.*) nierówne; prawy szerszy, większy i więcej się posuwał w tył, skutkiem czego języczek

<sup>1)</sup> Opis powyższego zboeczenia winien być pomieszczonym w części pierwszej niniejszej pracy, w dziale chorób jamy ustnej.

siedzi po nad dolnym brzegiem podniebienia miękkiego, na przedniej jego powierzchni, niby oddzielny guz. Kąt, powstały z połączenia się języczka z prawym łukiem, podniesiony jest wyżej niż podobny kąt z lewej strony. Wskutek tego, forma dolnego brzegu podniebienia miękkiego jest nienormalna. W samym języku znaleźliśmy następujące zmiany. Jeśli chory wysuwał język z jamy ustnej, ku przodowi to można było widzieć, że lewa połowa języka była prawidłowa co do formy i grubości, prawa zaś mniejsza. Obie te części były oddzielone od siebie podłużnym zagłębieniem na linii środkowej, poczynającem się od końca języka i skierowanem ku tyłowi. Zagłębienie to było niejednostajne w swoim przebiegu. Obok tego zagłębienia było jeszcze drugie poprzeczne, półkoliste, kierujące się od środka języka, od owego podłużnego zagłębienia ku środkowi brzegu. Tym sposobem prawa połowa języka była podzielona na dwie części: przednią, cienką, niewielką i tylną, więcej rozwiniętą. Obecność tych 2-ch zagłębień takie robiła wrażenie, jakoby była to fałda, powstała wskutek wycięcia części języka. Jeśli chory podnosił język w jamie ustnej, to on się zaginał w tył na prawo, niby się marszczył; przy tem koniec języka dotykał prawie podniebienia. W takim położeniu lewa połowa więcej kierowała się ku tyłowi, a prawa ku przodowi, wskutek czego, dolna powierzchnia podniesionego do góry języka w jamie ustnej przedstawiała płaszczyznę ukośną, kierującą się z lewej strony i z tyłu ku przodowi i naprawo. Nieprawidłowość ta zależała od tego, że prawa połowa języka przyrosła do dolnej ścianki jamy ustnej na większej przestrzeni niż lewa. Dolna powierzchnia języka, podniesionego do góry w jamie ustnej, nierówna, podłużnym zagłębieniem głębokiem, poczynającem się od końca języka i kończącem się przy osadzie wędzidelka, bardzo wyraźnie podzielona na dwie części. Zagłębienie to przy podstawie języka było daleko wyraźniejsze. Przy wysuwaniu języka z jamy ustnej na zewnątrz, na dolnej jego powierzchni, na linii środkowej widać wązką, 1 linię szeroką niby tasiemeczkę, podobną do blizny liniowej, po ranie ciętej powstałej. Wędzidelko nie dochodziło na 2½ cent. do końca języka. Na niem znaleźliśmy bliznę po rozcięciu. Ruchy języka ograniczone; wogóle rusza się on z większą trudnością na lewo, choremu się zdaje, że prawa strona języka utrudnia jego ruchy. Mowę chorego trudno zrozumieć, czasami zaś zupełnie niepodobna. Wiele wyrazów, a nawet liter oddzielnych, szczególnie jeśli chory po raz 1-szy wymawia, niepodobna nawet wyrazić pismem. Jeśli zaś zmusić go powtarzać i wymawiać głośno, to wtedy wymowa staje się wyraźniejszą. Oto dla przykładu przytaczam jak on wymawiał:

a=ae, b=beż, be; w=was, he=de, ha=rach, d=dasz, e=ae, z=dze, g=de, i=im, k=kasz, l=r, m=eme, n=esz, o=öh, p=pesz, r=rh, s=es, t=tach, f=his, y=y, l=che, c=cesz, mi=mysz, ni=nysz, ty=tysz, hy=hysz, che=fosz, fy=fysz, fo=fosz, dla=da, nos=nos, głas=żaż, oczce=brzmienie syczące, nieujęte, mat'=mat, daj=żaj=rach, chleb=chrep, nożyk=noża, Bog=Böch, nic=het, Emiljan=Emizan.

F ö r s t e r w swoim dziele nie wspomina o połowicznym zaniku języka, jako o wadzie wrodzonej.

Chory i kolega towarzyszący mu powiedzieli, że choremu w Szusze podcinano wędzidelko języka. Poczem chory, zaraz po operacyi, wymawiał lżej

i wyraźniej, ale w miarę zablźnienia się rany, mowa stawała się trudniejszą. W każdym jednakże razie, mowa chorego cokolwiek się polepszyła. W ciągu dwóch tygodni, przez które chorego obserwowałem, dwa razy podcinałem wędzidelko, i radziłem choremu głośniej i więcej mówić, powtarzać wyrazy, wymawiane przez osoby otaczające. Po dwóch tygodniach podobnej gimnastyki, krewni spostrzegli polepszenie mowy chorego. Ze względu na takie zmiany wrodzone, jakieśmy opisali, niepodobna, jak sądzę, jakąkolwiek bądź operację poprawić wadę mowy chorego. Głuchota i forma głowy wskazują, że ośrodki nerwowe nie są w stanie prawidłowym. Dwie siostry pacjenta zupełnie są zdrowe. Chory był przedstawiony w Kaukazkiem Towarzystwie Lekarskiem <sup>1)</sup>. (D. n.)

### III. KAZUISTYKA LEKARSKA.

#### Ostre krupowe zapalenie płuc i oskrzeli (*Bronchopneumonia cruposa acuta*).

Podał D-r **Alfoas Malinowski**

Herszek N., czeladnik piekarski, lat 15 liczący, przeziębwszy się przy zajęciach swego powołania, dostał dreszczy, duszności i klucia w prawym boku. Widziałem chorego na trzeci dzień choroby i znalazłem go w stanie następującym.

Chłopiec wątłej, lecz prawidłowej budowy ciała, skóra delikatna i cienka, oba policzki zaczerwienione, kaszel krótki, suchy, oddechanie powierzchowne przyspieszone, około 24 na minutę. Ciepłota 40° C., tętno pełne około 100° C. Granice płuc i serca prawidłowe. Odgłos opukowy, na prawej stronie klatki piersiowej od tyłu, w dwóch trzecich częściach dolnych przytępiony. Oddech oskrzelowy, szczególnie w części górnej niewyraźny i zaledwo słyszalny. W dolnej części wyraźniejszy, miejscami rżenia drobne wilgotne. W nocy chory majaczył, co się niekiedy i w ciągu dnia powtarzało.

W ogóle zachowuje się niespokojnie, przewracając się z boku na bok, to znów przez parę godzin leży spokojnie w śpiączce. Plwocina śluzowa, lepka, w małej ilości. Stolca od dwóch dni nie było. Mocz steżony. Zalecono Ol. Ricini, bańki suche na plecy, potem ciepłe okłady. Wewnątrz naparstnicę z octanem potassu.

<sup>1)</sup> W 1-szej części (Nr. 19) pracy niniejszej znajdują się następujące pomyłki:

Str. 392	wiersz 18 z góry zam.— Tyfisie	powinno być — Tyfisie.
„ 392	„ 5 z dołu „ — podskórnej	„ — podśluzowej.
„ 393	„ 4 z „ „ — Gruzyjanki	„ — Gruzinki.
„ 393	„ 15 z góry „ — z prawej strony—u 9-ciu, z lewej u 6-ciu osoba z obu stron	„ — z prawej strony, u 9ciu z lewej, u 6-ciu osób z obu stron.
„ 396	„ z dołu „ — der speciel. Patologie	„ — speciel. patol. Anat.

4 dnia choroby. Ciepłota 39.5 C. tętno przeszło 100, w nocy mą-  
jaczył. Stopień wyraźniejszy. Brak oddechu w górnej części prawego płuca  
aż do kąta łopatki, poniżej oddech oskrzelowy. Płwocina śluzowa.

5 dnia. Stan prawie niezmienny. Przystawiono *vesicans*.

6 dnia. Ciepłota 39° C., duszność mniejsza. Kaszel silny, płwocina ślu-  
zowo ropna, zawiera skrzepy włóknika, będące odlewem większych oskrzeli,  
ciągające się i rozgałęziające widłowato. Grubość niektórych dochodzi do grubości  
średniego pióra gęsiego. Budowa wyraźnie warstwowata.

7 dnia. Stan gorączkowy lecz ogólnie lepszy. Płwocina (obok skrzepów  
włóknika) śluzowo ropna, jednostajnie ciemną krwią zabarwioną. W płucach  
występuje obfite *crepitatio redux*. Stan taki trwał do dnia 10, w którym z ogólnem  
polepszeniem zmniejszyły się i objawy miejscowe, jako to: kaszel i płwocina, wy-  
stąpił oddech pęcherzykowy, a zarazem zaczął się okres zdrowienia.

Przypadek powyższy, zbliża się pod względem objawów do przypadków, opi-  
sanych przez Beurmann'a i Brissau'da w *Arch. génér. de Médecine*, albo do  
t. zw. *pneumonie massive Grancher'a* (*Gazette méd. de Paris*, 1878) i jest piątym  
z kolei w liczbie obserwowanych. Wszystkie te przypadki, które słusznie  
D-r Sokółowski radzi nazywać *bronchopneumonia cruposa acuta*, mają nie-  
które objawy wspólne, a mianowicie :

Brak oddechu, lub osłabienia szmeru oddechowego i oddechu oskrzelowego  
w danej części płuc, przy objawach stopienia odgłosu opukowego, osłabienie  
falowań głosu, brak przez pierwsze dni choroby płwociny charatekryzującej krup-  
powe zapalenie płuc, oraz zatkania oskrzeli wysiękiem włóknikowym, którego  
ilość wpływa na osłabienie oddechu oskrzelowego, lub zupełny brak takowego.

Zbiór objawów, towarzyszących tej chorobie, istotnie z początku niepozwała,  
ściśle takowej rozpoznać i wahać się musimy pomiędzy rozpoznaniem zapalenia  
płuc, lub zapalenia oplucnej. Nic jednak nie przemawia za przyjęciem jedno-  
czesnego zapalenia krupowego oskrzeli większych dopóki w płwocinie nie znaj-  
dujemy skrzepów włóknika.

Lubo przy krupowym zapaleniu płuc, często w płwocinie zjawiają się odle-  
wy włóknikowe drobnutkich oskrzeli, zdarzają się jednak przypadki, w których  
płwociny zupełnie może brakować. Podług zdania Buhl'a bywa to wtedy, je-  
żeli wysięk zajmuje tylko same pęcherzyki, nie sięgające do najdrobniejszych  
oskrzeli; produkt zapalny na drodze zmian regresywnych ulega wtedy wessa-  
niu, a że drobne oskrzela są wolne od wysięku, więc brak oddechowego podraż-  
nienia do kaszlu, a zatem brak płwociny. Przypadki takie są dosyć rzadkie  
i częściej spotyka się je u starców i dzieci niż u osób średniego wieku.

O ile jednak rozszerzenie sprawy krupowej z krtani na tchawicę i więk-  
sze oskrzela zdarza się widzieć dosyć często, o tyle zapaleniu krupowe większych  
oskrzeli przy zapaleniu płuc należy do rzadszych chorób.

Przy *bronchopneumonia cruposa acuta*, płwocina pojawia się daleko później niż  
przy zapaleniu płuc krupowym. Rzecz jasna iż jest ona jedynym objawem zapal-  
nego stanu większych oskrzeli, ponieważ inne objawy, jak stopienie przy opuki-  
waniu, oddech oskrzelowy, lub brak oddechu, odnieść można zarówno do zapalenia

płuc, jak opłucnej. Dopiero z chwilą pojawienia się skrzepów włóknika obok charakterystycznej rdzawej plwociny, mamy dowód zapalenia oskrzeli.

Zatkanie oskrzeli przez włóknik płynąć musi na opóźnienie wystąpienia plwociny i przedłużyć sprawę chorobową. Przy zwykłym zapaleniu płuc krupopowem plwocina rdzawa występuje zwykle w pierwszych dniach. Grisolle <sup>1)</sup> na 131 przypadków zapalenia płuc widział pojawienia się plwociny, pierwszego dnia, 45 razy, drugiego dnia 31, trzeciego i czwartego dnia 14 razy, najczęściej zatem pierwszego lub drugiego dnia. Przeciwnie przy *bronchopneumonia cruposa* w pęcherzykach, może nastąpić peryjod nacieczenia i rozejścia częściowego przez wessanie, gdy tymczasem przy kaszlu braknie zupełnie plwociny, lub takowa składa się ze śluzu, pomieszanego z odlewami włóknikowemi oskrzeli. Dopiero gdy część oskrzeli stanie się wolną, zaczyna się wydzielać, lubo w małej ilości, plwocina krwią zabarwiona.

Taką sprawę zapalną słusznie zwać możemy *bronchopneumonia cruposa acuta* <sup>2)</sup>, idąc za radą D-ra. Sokołowskiego, zamiast wprowadzonej przez Grancher'a nazwy *pneumonie massive*. Termin powyższy określa dokładnie chorobę pod względem anatomo-patologicznym, a wprowadzenie go w użycie płynąć może na bacześniejsze zwracanie uwagi na plwocinę, przy zapaleniu płuc, o której w prywatnej praktyce, sądzymy częstokroć tylko na zasadzie objaśnień chorego lub otaczających. Wtedy niewątpliwie liczba obserwowanych przypadków *pneumonie massive* wzrośnie, a przy powiększeniu materiału łatwiej nam będzie objaśnić warunki i przyczyny powstawania tej choroby.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**85. Herman Munk. O czynnościach substancji korowej mózgu.** (*Ueber die Functionen der Grosshirnrinde. Berlin. 1881*).

Streścił W. Gajkiewicz.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 26 i 27.)

Widzimy więc, iż po wycięciu sfery czuciowej powstają zaburzenia ruchu i czucia po stronie ciała przeciwnej. Podobnie jak i sfera wzrokowa, tak i sfera czuciowa nie jest jednostajną w całej swej rozciągłości, przeciwnie, rozpada się i ona na pewną liczbę okolic, będących w związku z pewną tylko częścią ciała; po zniszczeniu których giną spostrzeżenia i wyobrażenia czuciowe (skóry, mięśni i innerwacji) pewnej tylko części przeciwnej połowy ciała. Jasnym jest, iż m więcej takich okolic ulegnie zniszczeniu, tem porażenie czucia i ruchu będzie obszerniejszem.

Munk oznaczył 7 takich okolic:

1) Bezpośrednio przed sferą wzrokową leży okolica oczna F (*Augenregion*), obejmująca u małpy zawój kątowy (*gyrus angularis*). Wycięcie substancji szarej korowej tej okolicy wywołuje znieczulenie łącznicy oka przeciwnego (można ją kłuć, szczypać — zwierzę zachowuje się spokojnie), osłabienie lub utratę ruchów dowolnych mięśni oka (*sphincter palpebrarum, levator palpebrae superioris, mm. recti*).

<sup>1)</sup> Traité de la pneumonie. 2 édition. Paris 1864.

<sup>2)</sup> a ja bym dodał „*obaris*“.

2) Poniżej F, a przed sferą słuchową, znajduje się okolica uszna G (*Ohrregion*), odpowiadająca korze mózgowej, otaczającej koniec górny rowka Sylwiusza. Zniszczenie jej powoduje porażenie czucia i ruchu ucha przeciwnego.

3) Więcej ku przodowi, w miejscu odpowiadającym u małpy końcowi dolnemu rowka Rolanda, jest okolica głowy E (*Kopfregion*), wycięcie bowiem jej powoduje porażenie ruchu przeciwnej połowy języka i mięśni naokoło ust leżących, a nadto znieczulenie przeciwnej połowy twarzy. Zdaniem Munk'a dalsze poszukiwania zdołają prawdopodobnie okolicę tę podzielić na kilka drobniejszych, gdyż zauważył np. iż porażenie języka następowało wtedy tylko, gdy wycięto dolną część okolicy E.

4) Więcej ku linii środkowej, wzdłuż szczeliny międzypółkulistej, leży okolica kończyny tylnej C (*Hinterbeinregion*), obejmująca i odpowiednią część kory mózgowej, leżącą na powierzchni wewnętrznej półkuli. Zniszczenie jej powoduje porażenie czucia i ruchu w kończynie tylnej strony przeciwnej.

5) Tuż przed C, a nad E, leży okolica kończyny przedniej D (*Vorderbeinregion*), zniszczenie której powoduje porażenie ruchu i czucia w kończynie przedniej.

6) Jeszcze więcej ku przodowi, już na zrazie czołowym, leży okolica karku H (*Nackenregion*), zniszczenie której powoduje porażenie czucia skóry pokrywającej kark i porażenie mięśni poruszających głowę i częścią szyjową kolumny kręgowej; zwierzę wtedy chodzi i biegnie w jedną stronę.

7) Wreszcie najbardziej ku przodowi leży okolica tułowia I (*Rumpfregion*), zniszczenie której wywołuje porażenie czucia w części grzbietowej i lędźwiowej kolumny kręgowej i porażenie ruchów dowolnych mięśni, poruszających temiż częściami kolumny kręgowej, tak że zwierzę nie może zginać się na bok, a przy obustronnem zniszczeniu okolicy I, kolumna jest pałkowato skrzywiona, kończyny tylne są nadmiernie zbliżone do przednich.

Podobnie jak dla sfery wzrokowej i słuchowej, tak i tutaj, zniszczenie częściowej pewnej okolicy sfery czuciowej powoduje tylko utratę wyobrażeń czuciowych odpowiedniej części ciała, tak nazwane przez Munk'a porażenie psychiczne (*Seelenlähmung*, *Seelenbewegungs* — *Seelengefähllosigkeit*); po większych zaś zniszczeniach następują zaburzenia i w spostrzeganiu wrażeń czuciowych, tak iż całkowite wycięcie pewnej okolicy sfery czuciowej znosi wszystkie spostrzeżenia i wyobrażenia czuciowe odpowiedniej części ciała, wywołuje porażenie korowe (*Rindenlähmung*, *Rindenbewegungs* — *Rindengefähllosigkeit*).

Z tego wszystkiego cośmy dotychczas powiedzieli, widzimy, iż Munk zbadał czynność prawie całej substancji szarej korowej półkul mózgowych, niewiadomym bowiem tylko zostaje, jaką rolę odgrywa niewielka część kory powierzchni dolnej mózgu. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, część ta kory jest w związku ze zmysłem powonienia i smaku, i w niej znajduje się sfera powonienia (*Riechosphäre*) i sfera smaku (*Geschmackosphäre*). Za siedlisko pierwszej z nich, to jest sfery powonienia, Munk skłonny jest przyjąć zawój rogu Ammona (*gyrus hippocampi*), opierając się na tem: 1) iż związek szlaku węchowego (*tractus olfactorius*) z tym zawojem jest bardzo wyraźny, 1) iż anatomija porównawcza pokazuje, że zwierzęta odznaczające się wysoko wydoskonalonym zmysłem powonienia mają duży *gyrus hippocampi*, gdy przeciwnie, jest on małym u obdarzonych słabym węchem.

Na zakończenie musimy z Munkiem zadać sobie pytanie, gdzie jest siedlisko inteligencji, która — jak widzieliśmy — nie ginęła nawet po zniszczeniu istoty korowej zraza czołowego, poczytywanego dotychczas za siedlisko inteligencji. Na pytanie to, Munk daje taką odpowiedź, iż inteligencja ma siedlisko w całej istocie szarej korowej półkul mózgowych, a nigdzie nie jest ulokozo-

waną, gdyż jest ona wypadkową wszystkich wyobrażeń, wpływających ze spostrzeżenia wrażeń zmysłowych. Zniszczenie każdego kawałka kory mózgowej, znosząc zdolności przetwarzania pewnych wrażeń w wyobrażenia, upośledza przez to samo do pewnego stopnia intelligencyję. Naturalnie im zniszczenie jest obszerniejsze, tem upadek intelligencyi większy. Slepota, głuchota lub porażenie psychiczne, każde z osobna, ograniczają już intelligencyję, a tem bardziej będzie to miało miejsce, gdy istnieją współcześnie.

#### 90. Korn. Wodan chlorału jako środek przy miejscowem leczeniu dyfterytu.

Jeszcze w 1878 r. di Lorenzo zwrócił uwagę na własności antyseptyczne i antyparazytarne wodanu chlorału, a nadto zapewniał, że pod wpływem roztworu wodanu chlorału w glicerynie wysięki zapalne, a szczególnie błony dyfterytyczne rozpuszczają się; dlatego też wysoce zachwala pomieniony środek przeciwko dyfterytowi.

Korn na mocy licznych spostrzeżeń nad tym środkiem potwierdza powyższe zdanie. Miejsca zajęte sprawą dyfteryticzną leczył za pomocą pędzlowań (pędzelkiem z miękkiego włosa) wodanem chlorału rozpuszczonym w glicerynie. Stosownie do wieku chorego, do rozległości i natężenia sprawy chorobnej używa roztworu 15--30 wodanu, chlorału na 100 gliceryny. Jeżeli roztwór nie jest za nadto skoncentrowany, to można śmiało zapędzlować i części przyległe, a nawet całą gardziel. W początku choroby K. . używa słabszego roztworu, którym pędzelkuje co dwie godziny. Roztwory mocne rzadziej bywają używane; stosowne są tam, gdzie błony dyfterytyczne są ograniczone i głęboko sięgają. W takich razach zamiast miękką pędzelka K. używa pałeczki, której jeden koniec opatrzone jest miękką otoczką: np. watą. Pędzlować należy od tyłu ku przodowi; przez to bowiem mniej roztworu chory połknie, a części wysięku nie tak łatwo pozostaną w jamie ustnej. Nie należy zanadto przyciskać pędzlem, aby nie ranić tkanki. W nocy pędzlować zalecał autor tylko w przypadkach ciężkich i to raz jeden na całą noc. Według zapewnień autora nawet w najcięższych przypadkach błony znikają pod wpływem tego postępowania już po 3 lub 4 dniach.

Metoda ta ma te ważne zalety, że wodan chlorału w glicerynie nie tylko mechanicznie usuwa wysięk zapalny, ale chemicznie nań wpływa, rozpuszczając takowy; sąsiednie zaś tkanki nie przez podobne pędzlowania nie cierpią. Zwykle pozostają małe owrzodzenia, które prędko pokrywają się ziarniną i goją. Jak tylko ukaże się prawidłowa tkanka, to należy przerwać pędzlowanie.

Pomieniony roztwór bardzo szybko zmniejsza bóle i trudne polykanie, jakie bywają przy dyfterycie, a sprawę chorobną ogranicza do siedliska pierwotnego.

Korn zwraca uwagę na podobieństwo, jakie zachodzi pomiędzy tą metodą leczenia dyfterytu, a sposobem leczenia krwawej biegunki (*dyssenteria*) za pomocą wodanu chlorału, podanym przez Curci w r. 1879. Wodanu chlorału w tych razach użyto z bardzo dobrym wynikiem, tak wewnątrznie, jako też w lewatywach.

Zresztą Dujardin-Beaumez i Hirne za pomocą doświadczeń przekonał się o antyseptycznych i antyfermentacyjnych własnościach wodanu chlorału. Używali przeto tego środka z dobrym rezultatem do opatrunku i do zastrzykiwań przy wrzodach zgorzelinowych, nawet przy wrzodach rakowatych.

Dimitriew w roku zeszłym poczynił również ciekawe doświadczenia z tym środkiem (*St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 34. 1880*) i przekonał się, że pod wpływem roztworu wodanu chlorału, rany psów umyślnie zanieczyszczone przez różne gnijące substancyje prędko się oczyszczają, a całe kolonije mikrokokków szybko giną, gdy tymczasem podobne rany, pozostawione pod wpływem zwykłego opatrunku z wody, przyjmowały coraz gorszy charakter i bardzo późno się goiły. Z bardzo dobrym wynikiem używał Dimitriew wodanu chlorału przy przewlekłych wrzodach goleni, antrakisie i zastrzałach.



## WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

— Dnia 28 b. m. po zamknięciu posiedzenia bijologicznego w Towarzystwie lekarskim warszawskim Pan Donato wprowadził swą klientkę Lucyllę, na której zawsze odbywa swe, jak sam głosi, „doświadczenia magnetyczne“.

Sala tym razem napełniła się po same brzegi; publiczności zebrało się przeróżnej: lekarzy, przyrodników, literatów, kupeów, bankierów i t. d.

Z góry już zaznaczamy, że całe to zebranie miało charakter z wyjątkowego przedstawienia; wieczoru tego zaszła tylko zmiana lokalu: sala ratuszowa na chwilę zamieniła się na salę Towarzystwa lekarskiego. Prezesa Towarzystwa wieczoru tego weale nie było, a wiceprezes, po zamknięciu posiedzenia, zaraz salę opuścił.

Pan Donato w mowie kwiecisto przybranej i dość długiej miał zamiar swe przedstawienie poprzedzić wstępem ścisłym naukowym. Ze wszystkiego, co wyrzekł, dowiedzieliśmy się, że wyrażenie „magnetyzm“ używa w znaczeniu eufonicznem i przenośnem i że, co ważniejsze, on to jest twórcą całej kwestyi „magnetyzmu“, jemu to poznanie całego tego przedmiotu zawdzięcza szkoła Salpêtrière.

Następnie rozpoczął swe doświadczenia na pannie Lucylli. Nie będziemy ich na tem miejscu opisywać, ponieważ niezem nie różniły się one od zwyczajnych przedstawień w sali ratuszowej, a o takowych szczegółowo doniosły wszystkie prawie nasze pisma codzienne.

Rzadko kiedy jakabądź kwestyja zajmie tak gorączkowo publiczność naszą, jak obecnie kwestyja hypnotyzmu: wszędzie o tem tylko rozprawiają, a wszystkie większe i mniejsze pisma zapełnione są artykułami o tym przedmiocie, zdania zaś owe pododne są do obrazów w kalejdoskopie. Zdawałoby się na pozór, że kwestyja to zupełnie nowa—i dopiero co na naszym gruncie urosła. Nie dość na tem—w owych różnych artykułach spotykamy się z pewnemi zarzutami, czynionemi albo Towarzystwu lekarskiemu *in gremio*, albo też lekarzom w Warszawie w ogóle. Wobec tego wszystkiego chcielibyśmy tu skreślić parę uwag bezstronnych.

A naprzód słów kilka co do stanowiska naszych lekarzy wobec kwestyi hypnotyzmu.

Hypnotyzm i katalipsyja z całym szeregiem zjawisk, w wywołanych u pewnych i nigdy w idó w nie jest bynajmniej ani kwestyją nową, ani też nie zastała lekarzy naszych nieprzygotowanych, jak to niektórzy w dobrej wierze utrzymują. W literaturze lekarskiej istnieje ona od kilku już wieków. Ale pominąwszy już cały rozwój i genezę tej kwestyi, dość będzie wspomnieć, że już w r. 1878 znajdujemy bardzo dokładne kliniczne opisy i spostrzeżeń tego rodzaju objawów, opisy, do których teraz nawet nie wiele nowego możnaby dodać. Mamy tu na myśli wykłady publiczne dla lekarzy w szkole Salpêtrière przez prof. Charcot'a miane, a pomieszczone w różnych pismach lekarskich francuzkich, między innymi w *Gazette des hôpitaux*. Nasza literatura lekarska bynajmniej tego milczeniem nie pomijała; już lat temu parę spotykaliśmy się z dokładnemi sprawozdaniami o wszystkich tych kwestyjach. Inne kraje więcej czynnie wystąpiły w tym przedmiocie. Magiorani we Włoszech badał wpływ magnesu na organizm pewnych indywidualów, a nieraz wywoływał tym sposobem stan hypnotyczny. Z kolei prof. Benedikt występuje z podobnemi obserwacyjami, te jednak, jako niezbyt ścisłe i nieodznaczające się dokładnością, nie obudzają zaufania. Następnie cały szereg tych doświadczeń komunikują nam: prof. Weinhold, Berger, Heidenheint. d. I w Berlinie prof. Westphal czynił w swym oddziale liczne próby, te jednakże nie dały odpowiednich rezultatów.

Jak dotąd więc Paryż i Wrocław głównie figurują na kartach dziejów, obejmujących pomienioną kwestyję. Czyż należy tu samem wszystkich innych lekarzy uważać za ignorantów, zanedbujących kwestyję naukowe? Bynajmniej. Po największej części nie zaley to weale od lekarzy, ale od materyjału do obserwacyi, jakim oni rozporządzają. Otóż faktem jest, że nigdzie w świecie nie ma tak liczego, różnorodnego i ciekawego materyjału neuropatologicznego, jak w szpitalach paryzkich; nigdzie też nie ma tak wybitnych form histeryi, jak w owych zakładach. Ani *Allgemeines Krankenhaus* w Wiedniu ani *Charité* w Berlinie, pomimo ogromu materyjału chorych, podobnych okazów nerwowych nie posiadają, a przynajmniej niesłychanie mało. We wszystkim tem upatrywać musimy pewną właściwość rassową. A i u nas z podobnemi formami histeryi trudno gdzie się spotkać.

Brak zatem odpowiednich prać w tym kierunku przeważnie zaley od niedostatku materyjału (może na szezęcie dla naszej rassy), a nie od nieznamomości kwestyi. Że zaś lekarze nasi przeważnie zajmowali się tylko śledzeniem za biegiem tych spostrzeżeń i badań, a nie uważali za

stosownie podawać takowych dla szerszego koła publiczności w różnych czasopismach politycznych i powieściowych, to jest rzeczą wysoce właściwą i najzupełniej temu dziwić się nie trzeba, tak jak nie dziwimy się, że mnóstwo innych stanów patologicznych, równie na pozór eudownych, pozostaje przedmiotem studyjów tylko dla lekarzy samych.

Co do roli Towarzystwa lekarskiego wobec przedstawień pana Donato, da się powiedzieć, co następuje.

Zbiegiem wypadku tylko p. Donato dostał się do Towarzystwa lekarskiego, Członkowie jego, a przynajmniej duża większość, dopiero z doniesień brukowych o tem się dowiedziała. Prezes Towarzystwa był wprost przeciwny owemu przedstawieniu i przeto wieczoru tego weale w Towarzystwie, nawet na posiedzenie bifologiczne, się nie ukazał, a wiceprezes, chcąc odebrać całemu temu przedstawieniu, naprędce i bez żadnego porządku skleconemu, wszelki charakter naukowy i urzędowy, wyraźnie posiedzenie zamknął i salę opuścił. Publiczność zebrała się przeróżna. Nie było ani żadnych badań, ani dysput naukowych. Kwestyja więc redukuje się do zwykłego przedstawienia scenicznego, za które p. Donato, równie jak w innych miejscach, od każdej osoby pobrał odpowiednią opłatę. Towarzystwo zatem, czyniąc zadość niektórym Kollegom, użyczyło na ten wieczór swej sali. Pretensyj zatem do Towarzystwa p. Donato rościć nigdy nie powinien, ani też Towarzystwo bynajmniej nie potrzebuje się poczuwać do jakiegobądź względów dla pana Donato. Powtóre, co ważniejsza, z powodu zupełnego braku ścisłego i naukowego badania Towarzystwo nie może i nie powinno wydać żadnego zdania o przedmiocie przedstawienia owego wieczoru, a pan Donato nie ma najmniejszego prawa powoływania się na powagę naukową rzeczzonego Towarzystwa.

Co do samego p. Donato i jego przedstawienia. Zaznaczamy z góry, że bynajmniej nie myślimy ubliżyć panu Donato i że w słowach następujących, które powiemy, nie mamy weale zamiaru występować w obronie niektórych pojedynczych indywiduali ognistego temperamentu i odznaczających się do pewnego stopnia nietaktem. Bynajmniej. Sądząc kwestyję chłodno, dochodzimy do następujących wniosków.

Wolno każdemu mieć przekonanie, jakie chce; wolno też panu D. sądzić, a le tylko dla siebie, że wstęp jego do przedstawienia w Towarzystwie był mocno naukowym; nam zaś, ludziom przywykłym do badań nieco ściślejszych, każdy wybaczy, gdy ową przemowę uznajemy za prostą tylko frazeologiją, nie a nie nikogo nie uczącą. Mógł sobie p. D. głosić, że on jest twórcą tej kwestyi i że on naprzód lekarzom w Salpêtrière ją wskazał; nam wolno mocno w to nie wierzyć, a nawet być tego głębokiego przekonania, że i to naprędce uklecony frazes. Już bowiem od dawna badamy przebieg tej kwestyi, a nazwisko p. D. jakoś dopiero z afiszów dostało się do naszej wiadomości. Wolno p. D. głęboko wierzyć w swą potęgę magnetyczną; nam zaś wolno na wszystkie jego doświadczenia po-glądać z pewną nieufnością, a to dla łatwo zrozumiałych powodów. Gdy nam tego rodzaju u ludzie jak Charcot, Heidenhein, Berger i t. d. ukazał szereg faktów nowych; gdy jednocześnie ich stronę ściśle naukową oddawna znamy i wysoce cenimy; gdy wszystkie swe doświadczenia i obserwacje starają się tłumaczyć na podstawie najnowszych wyników fizjologii i patologii mózgu; gdy zarazem w tem wszystkim, co nam ukazują, widzimy li tylko zajęcie się dla nauki, a nie dla jakiegobądź i n-teresu: to pomimo dotychczasowej niemożności zgłębienia i wyjaśnienia ostatecznego podstawy owych faktów, w rzeczywistość ich jednak wierzyć musimy i wierzymy. Gdy zaś mamy przed sobą człowieka, którego dotąd nikt nie znał, ani o nim nie słyszał; gdy cała jego strona naukowa wielkiej jeszcze ulega wątpliwości; gdy człowiek taki zrobił sobie z kwestyi, o której mowa, pewne „m é t i e r“: toć nikt nie powinien się dziwić, ani on sam oburzać, że większość z powątpiewaniem spogląda na jego czynności.

Kilka słów co do zjawisk wywoływanych przez p. D. u p. Lucylli. Ani na chwilę nie wątpimy, że p. Lucylla może należeć do szeregu owych indywiduali, u których podobne objawy jak: hypnotyzm, katalepsyję ze wszystkimi ich przynależnościami wywoływać można. Podobnych indywiduali widzieliśmy mnóstwo na klinice prof. Charcot. Ale najzupełniej jesteśmy przekonani, że to weale nie zależy li tylko od wpływu p. D. na owo indywidualium. Jeżeli p. Lucylla należy rzeczywiście do tej grupy osób nerwowych to każdy tak samo na nią wpłynie jak p. D. Nie dość na tem—też same zjawiska wywoła guzik świecący, światło Drumonda, jednostajne wibracje dużego diapazonu i t. d. i t. d. Wszystkie histeryczki u prof. Ch a r c o t przechodzą w stan hypnotyczny lub kataleptyczny nie tylko pod wpływem tajemniczszej siły magistralnej, ale pod wpływem kogokolwiekobądź odpowiedniego. Co

zaś do wywoływania samych zjawisk, to moglibyśmy to nadmienić, że z całego szeregu ich widać, że obliczone tylko są na efekt sceniczny, nie widać tam żadnego ugrupowania choćby trochę naukowego. A co dziwniejsza, gdy Lucylla, wprawiona w stan hypnotyczny, staje się hyperekscytowaną dla wszystkich, tak, że dotknąć się jej nie można, dla samego p. D. odznacza się zupełnym brakiem reakcyi, a nawet sama dość silnie grzmoci starającego się usunąć z przed jej wzroku. Zresztą nie mamy zamiaru tu wdawać się w krytykę wszystkich doświadczeń p. D.; o wartości i pewności tych wszystkich zjawisk możnaby orzec dopiero po dokładnem i naukowem zbadaniu panny Lucylli. Badać powinno tylko kilku lekarzy, dobrze obznajmionych z pomienioną kwestyją, bez żadnej z strony p. D. *interwencyi* i to nie na posiedzeniu publicznem, ale prywatnem. Należałoby poznać dokładnie anamnezę danego indywiduum, dowiedzieć się, czy nie ma u p. L. w stanie zwykłym objawów hysterycznych, czy nie ma od czasu do czasu napadów wielkiej histeryi, (*crises hystériques—hystero-épilepsie*), lub t. z. *ovarie*, czy nie ma hemianestezyi, achromatopsyi i t. d. i t. d. Należałoby dalej powtórzyć cały szereg doświadczeń z dokładną ścisłością za pomocą wszystkich metod, jakie nam podają sumienni badacze. Tego rodzaju badania, o ile im samiśmy się przyglądali, nie były robione od razu, ale powtarzane i kontrolowane. Dopiero na mocy dokładnego naukowego zbadania możnaby stanowczo orzec swe zdanie.

A zresztą, raz jeszcze tu powtarzamy, wystąpienie p. D. w Towarzystwie lekarskiem uważamy za czyste przedstawienie sceniczne, płatne. Nauki od p. D. Towarzystwo lekarskie nie potrzebowało i nie wymagało; z kwestyją bowiem rzezoną większość lekarzy obznajomioną jest dokładnie, aniżeli p. D., a do dochodzenia prawdziwości lub fałszu w czynnościach p. D. Towarzystwo lekarskie nie miało ani prawa, ani potrzeby ani mandatu.

Na zakończenie pozwolimy sobie wypowiedzieć swe zapatrywanie odnośnie tego rodzaju przedstawień dla szerokiego koła publiczności. Naszem zdaniem jest to rzecz niewłaściwa, a nawet do pewnego stopnia szkodliwa. Niewłaściwa — zupełnie tak samo, jak byłoby rzeczą niestosowną, gdybyśmy szerokiemu kołu publiczności chcieli przedstawić cały szereg równie dziwnych chorób nerwowych, nie włączając chociażby nawet tyle znanej epilepsyi i innych jak: *paralysis agitans*, *chorea* i t. d. i t. d. Nikt by tego wszakże nie pochwalił. A bądź co bądź i objawy hypnotyzmu i katalapsyi należą do sfery patologicznej. Za szkodliwe zaś tego rodzaju przedstawienia uważamy z tego powodu, że większość publiczności, nie przyzwyczajonej do ścisłych badań naukowych, wprowadza się w ten sposób na różne bezdroża cudowności.

— D-r I. Piotrowicz został lekarzem szpitala Ś-go Stanisława w Prasnyszu.

— D-r M. Silberbart osiadł stale w Aleksandrowie pogranicznym.

## WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

### Zjazd III lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W dalszym ciągu zapowiedziano następujące odczyty:

- 1) O działaniu i skutkach apomorfinu w zapaleniu płuc (D-r K o w a l s k i).
- 2) Dzielenie komórek tkankowych i jajek (D-r M a y z e l).
- 3) Dwa przypadki zapalenia płuc i oskrzeli przyrody kiłowej (D-r M a l e z).
- 4) O stosowaniu i działaniu środków przeciwnilnych w zboczeniach narządów oddechowych, drogą wziewań (tenże).
- 5) O bysterostomatologii (Prof. D-r C z y ż e w i e z).
- 6) O owadomaskach (*Entomaphthorae*) D-r L. N o w a k o w s k i
- 7) O ozonie (D-r Wierzbicki).
- 8) O zagęszczeniach optycznych mieszanin alkoholu i wody.
- 9) Przyczynę do absorbeyi światła przez węglowodory szeregu aromatycznego.
- 10) Wreszcie D-r K o b y l i ń s k i i zgłosił szereg rozpraw z zakresu dentystyki, których tytuły w ostatecznym spisie prae zapowiedzianych ogłoszone będą.

D-r S t r o j n o w s k i objął referat pytania o *hyperemesis gravidarum*.

Wydział gospodarczy ustanowił kilka komisyj, jak kwaterunkową, wycieczkową i zajmuje się właśnie rozdziałem prae, zgłoszonych na odpowiednie sekyje.

Kraków, 20 Czerwca 1881.

Wydział gospodarczy uchwalił następujący program Zjazdu.

Środa 20 Lipca 1881: Wieczorem zgromadzenie się towarzyskie w ogrodzie Strzeleckim celem wzajemnego zapoznania się.

Czwartek 21 Lipca: O godzinie 10-ej otwarcie Zjazdu i pierwsze posiedzenie publiczne w Sali Ratuszowej.

O godzinie 3-ej, otwarcie wystawy przyrodniczo-lekarskiej. O godzinie 4-ej posiedzenie sekcyjne. Wieczorem teatr.

Piątek 22 Lipca: O godzinie 9-ej rano posiedzenia sekcyjne. Popołudniu wyjazd do salin w Wieliczce.

Sobota 23 Lipca: Rano, zwiedzanie szpitali i zbiorów naukowych. O godzinie 12-ej drugie publiczne posiedzenie w Sali Ratuszowej. O godzinie 4-ej posiedzenia sekcyjne. Wieczorem wspólna kolacja.

Niedziela, 24 Lipca: Przedpołudniem zwiedzanie osobliwości miasta. Popołudniu wycieczka wspólna w okolicie Krakowa.

Poniedziałek, 25 Lipca 1881: Rano o 9-ej posiedzenia sekcyjne. Popołudniu o 5-ej, trzecie posiedzenie publiczne i zamknięcie Zjazdu.

Komisyja kwaternikowa, z członków Wydziału gospodarczego wydzielona, robi skrzętne starania, aby kollegom przybywającym na Zjazd wyszukać mieszkania, o które w Krakowie w lecie nie łatwo, bądź bezpłatnie, bądź za jak najmniejszą opłatą. Komisyja ta prosi o wczesne zgłaszanie się członków i uczestników pragnących korzystać z jej pośrednictwa, przyczem wymienić należy ilość osób, które wspólnie umieszczone być mogą.

Również pożądanem jest, aby członkowie, którzy zamierzają wziąć udział w wspólnej kolacyi trzeciego dnia Zjazdu, zawiadomili o tym zamiarze Wydział gospodarczy lub osoby, od których karty legitymacyjne odbierają. Wysokość wkładki za kolacyję, później będzie oznaczona.

Dyrekcya kolei północnej Cesarza Ferdynanda zniżyła cenę jazdy na swojej kolei o 33% zwykłej taryfy, dla członków Zjazdu, którzy odpowiednimi kartami się wykażą. Karty kolejowe wysyłać będzie podskarbi Zjazdu D-r W i e r z b i e k i wraz z kartą legitymacyjną tym członkom, którym koleją północną do Krakowa przyjeżdżać wypadnie. Inne dyrekcye kolei nie odpowiedziały dotąd na wniesione podania o zniżenie ceny jazdy.

Jak już donieśliśmy w czasie Zjazdu wychodzić będzie „Dziennik III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich“, w którym podawane będą protokoły posiedzeń ogólnych i sekcyjnych, wykłady miane na posiedzeniach ogólnych, treść wykładów w sekcjach, kronika jak w ogóle wiadomości odnoszące się do Zjazdu i wystawy przyrodniczo-lekarskiej i t. d. Insetaty wszelkiego rodzaju przyjmują się po cenie 8 ct. za wiersz drobnym drukiem, lub za miejsce tegoż. Dziennik ten otrzymywać będą członkowie Zjazdu bezpłatnie; dla wszelkich innych osób wynosi prenumerata za 6 numerów Dziennika 1 zhr. 50 ct. Insetaty i prenumeratę przyjmuje Administracyja „Przeglądu Lekarskiego“ oraz Agencyja ogłoszeń pod firmą Rajchman i Frenkler w Warszawie.

Kraków, 28 Czerwca 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.

Prezes Tow. lek. krak. D-r H. J o r d a n.

Sekretarz, D-r J a n R o s n e r.

Prof. D-r E. J a n e z e w s k i.

**Na pomnik dla Mickiewicza** złożyli: D-r Bęklewski, z Elisawetpolu gub. Elisawetpolska, rs. 3. — D-r Sokolnicki, z Zamsk gubernija Łomżyńska, rs. 5. — D-r Górecki, z Granicy, rs. 3. — D-r Kozłowski, z Garwolina, rs. 5. — D-r Gruszczyński, z Widawy, gubernija Piotrkowska, rs. 3. — D-r Sawicki, z Rygi, rs. 2. — Zebrane przez D-ra Sawickiego w Rydze: od A. R., rs. 2. — A. Cz., rs. 1. — O. S., rs. 1. — T. S., rs. 1. — I. R., rs. 1. — E. S., rs. 1. — D. D., rs. 1. — W. K., rs. 1. — I. R., rs. 1. — M. Ł., rs. 1. razem rs. 11. — D-r Niedźwiecki, z Sierdobska, gub. Saratowska, rs. 5. — D-r Zabczyński, z Mińska gub., rs. 3. — D-r Dziewiszek, z Zamościa, rs. 2. — D-r Beranek, z Oszmiany, gub. Wileńska, rs. 3. Razem z poprzednio zebranemi **rs. 287 kop. 40.**

**Sprostowanie.** W N-rze 25 na str. 517 zamiast: „i do 1876 r.“, powinno być: i do 1866 roku.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Июня 1881 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr 23.