

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następnie po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Małszkowska Nr. 119.

Treść: I. FR. JAWDYŃSKI. Przypadek raka pierwotnego szyi t. z. raka skrzelowego Volkman'a. Wycięcie nowotworu wraz z rezekeją tętnicy szyjowej wspólnej i żyły szyjowej wewnętrznej. Wyzdrowienie. — II. W. JAWORSKI. Sokotok, niezbyt kwaśny i wrzód żołądka. [Dokończenie]. — III. L. PRZEDBORSKI. Niezbyt przewlekły nosa przerostowy, związek i stosunek tegoż z cierpieniami sąsiednich, bardziej oddalonych narządów i z licznymi nerwicami zwrotnemi ciała [Dalszy ciąg]. — *Wiadomości bieżące.* — Program V Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich we Lwowie w 1888 roku. Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dniem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-ch do 3-ch tabletek 3 do 4-ch razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach dusznicy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak nie mniej okazała się skuteczną w formie mi:reny tak zwanej *hemigrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 23.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—20

KUMYS

wyłącznie z mleka kłaczy stepowych.

ODESKI ZAKŁAD KUMYSOWO-LECZNICZY

prowizorów farmacyi A. Maja i M. Dubskiego

SEZON X-ty

Zarząd, ulica Deribasowska w Ogrodzie miejskim.

5—2

Stacja kolei Muszyna-
Krynica z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 godz., z Buda-
Pesztu 12 godzin.

KRYNICA

Apteka, poczta, telegraf,
Sąd powiatowy, notaryjat
w miejsu

C. K. Zakład zdrojowo-kąpielowy

Nader obfita i silna „szczawa alkaliczno-żelazista“

Główne środki lecznicze są:

Kąpiele mineralne ogrzewane metodą Schwartza w budynku o 73 gabinetach, kąpiele borowinowe w osobnym budynku o 27 gabinetach, kąpiele gazowe przy głównym zdroju, metodyczne picie wód z licznych źródeł mineralnych o różnym składzie chemicznym. Doskonała żentyczarnia, nowa kefirnia, kilka mleczarni, nowy wzorowy Zakład gimnastyczny, park wielki z wygodnymi spacerami.

Ku wygodzie i rozrywek gości służy przeszło 1100 pokoi z całkowitem umeblowaniem, w najważniejszej części z piecami, liczne restauracje, cukiernie, teatr przez cały sezon, czytelnia gazet, dwie wypożyczalnie książek, tygodnik kąpielowy „Krynica“, fortepiany, orkiestra zdrojowa, fotograf, liczne i różnorodne sklepy, modniarki, różni rękodzielnicy.

W domu pod „Zamkiem“ są do wynajęcia pokoje tylko na przeciąg 24 godzin.

Połączenie bezpośrednio koleją transwersalną do stacji Muszyna-Krynica.

W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny pomieszczeń skarbowych jakoteż wszystkich rodzajów kąpielei o 1/3 część niższe. Prócz stale przez cały sezon ordynującego lekarza rządowego D-ra Kopfa praktykuje 7 lekarzy.

Frekwencja roczna wynosi wyżej 4000 osób.

W samym zakładzie znajduje się:

C. K. Zakład Wodoleczniczy

pod kierunkiem specjalisty D-ra Ebersa.

Sezon otwarty od 15 Maja do 30 Września.

Na żądanie udziela wyjaśnień c. k. Zarząd zdrojowy w „Krynicy“

6—3

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO SZPITALA NA PRADZE.

I. PRZYPADEK RAKA PIERWOTNEGO SZYI

t. z. RAKA SKRZELOWEGO VOLKMANN'A.

Wycięcie nowotworu wraz z rezekcją tętnicy szyjowej
wspólnej i żyły szyjowej wewnętrznej. Wyzdrowienie.

Podał

Fr. Jawdyński

ordynator tegoż oddziału.

Z pomiędzy nowotworów szyi na szczególniejszą uwagę zasługują, z powodu swego niedość ściśle jeszcze wyjaśnionego pochodzenia, t. z. raki pierwotne szyi. Przypadek tego rodzaju miałem sposobność spostrzegać w roku bieżącym na moim oddziale chirurgicznym. Bliższy jego opis zasługuje na uwagę tem więcej, że literatura lekarska wogóle, a nasza w szczególności nie jest zbyt bogatą w tego rodzaju spostrzeżenia.

P. F. M., fabrykant fortepianów, około 70 lat liczący, przybył do szpitala pragskiego w d. 13 Stycznia r. b. Chory podaje, że cztery miesiące temu zauważył pod prawym kątem szczęki dolnej twardy guzik, początkowo zupełnie bezbolesny. Guzik ten stopniowo się powiększał a zarazem jakoby opuszczał ku dołowi w kierunku mięśnia mostko-obończyko-sutkowego. Wkrótce też pojawiły się silne bóle neuralgiczne w prawej połowie głowy i twarzy. Bóle te stopniowo się wzmagaly i doszły do tego stopnia, że odbierały zupełnie łaknienie choremu, pozbawiając go spokoju tak we dnie, jak i w nocy i nie pozwalając mu nawet godziny przespać spokojnie. Żadnego przytem utrudnienia ani w połykaniu, ani w oddechaniu chory nie doświadczał, wymiotów nigdy nie było. Przed dwoma dopiero tygodniami wystąpiło pewne, zresztą bardzo nieznaczące, utrudnienie przy połykaniu pokarmów, co razem z bólami zmusiło chorego do szukania pomocy lekarskiej. Badając wówczas chorego w jego mieszkaniu, ani w jamie ustnej ani w gardzieli nic nieprawidłowego nie znalazłem, oprócz guza na szyi, który ze względu na silne bóle, wyniszczające chorego, radziłem usunąć. Po zbadaniu gardzieli palcem, według słów chorego, owo utrudnienie w połykaniu ustąpiło zupełnie, bóle tylko, nie ustępujące wcale pomimo przyjmowania

środków kojących, zmusiły ostatecznie chorego do usłuchania mej rady. W ciągu długiego swego życia, chory zawsze czuł się zupełnie dobrze, był zdrow i silny. Ważniejszych chorób nigdy nie przebywał. W ostatnich dopiero latach pojawił się kaszel, często dość silnie męczący chorego, a zarazem duszność, pojawiająca się szczególnie przy dłuższem chodzeniu. W ostatnich tygodniach, z powodu ciągłego pozostawania w domu i prawie że bezwzględneho zachowywania spokoju, kaszel znacznie się zmniejszył.

Po przybyciu chorego do szpitala, stan jego przedstawiał się, jak następująco: mężczyzna około 70 lat liczący, wzrostu średniego, nieco przygarbiony, zresztą budowy prawidłowej, odżywiania bardzo podupadłego. Skóra na twarzy silnie pomarszczona, policzki zapadłe w skutek braku zębów, szczęka dolna nieco naprzód wysunięta, co razem nadaje wyraz starczy choremu. W innych okolicach ciała skóra również pozbawiona pokładu tłuszczowego, daje się ujmować w bardzo duże fałdy, blada, cienka, zresztą oprócz zmian zanikowych żadnych innych zbroceń nie przedstawia. Na twarzy tylko daje się zauważyć lekka sinica. Na prawej stronie szyi, prawie w samym środku mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego, widać guz wielkości małej pięści. Guz ten stanowi jakoby jedną całość z wymienionym mięśniem, znajdując się pod nim i jednakowo występując poza oba jego brzegi. Skóra na guzie zupełnie niezmiennona, nie napięta, przesuwalna, łatwo pozwala ujmować się w fałdy. Spójność guza bardzo twarda, chrząstkowata. Powierzchnia nierówna, brodawkowata. Guz silnie zrośnięty z mięśniem nad nim przebiegającym, nie pozwala oddzielić się od niego. Ruchomość guza u podstawy istnieje, ale bardzo ograniczona, zagłębia się on w kierunku ku kręgosłupowi, tak, że palcami w całości objąć go nie można. Wszędzie, gdziekolwiek guza dotkniemy, albo w jakimkolwiek miejscu obejmujemy go palcami, wyczuwamy bardzo wyraźne tętnienie. Ani uczucia rozprężania się guza (*expansio*), ani też żadnych szmerów przy wysłuchiowaniu jego nie otrzymujemy. Najtroskliwsze i wielokrotnie powtarzane usiłowania izolować guz od tętnicy szyjowej pozostają bez skutku; przy wszelkich manipulacjach z guzem zawsze czujemy w niem wyraźne tętnienie, a samej tętnicy wyczuć oddzielnie nie możemy. Guz nie przedstawia się zrośniętym ani z kością podjęzykową, ani z krtańnią ani też z tchawicą. W podnoszeniu się i opuszczaniu tych ostatnich przy ruchach polykowych guz żadnego udziału nie bierze. Krtań i tchawica przesunięte są w lewą stronę; środkowa ich linija jest odchylną od linii środkowej ciała przynajmniej na jeden ctm.. W szkielecie krtani i tchawicy żadnych zmian nie znajdujemy. W sąsiednich okolicach na szyi, pod szczęką, nad obojezykiem, na karku nigdzie nie znajdujemy wyraźnie powiększonych gruczołów limfatycznych. Ślinianki również nie są zajęte sprawą chorobową. Na drugiej stronie szyi nic nieprawidłowego nie znajdujemy. Przy obmacywaniu i przesuwaniu guza, chory zbył wielkich bólów nie doświadcza.

Badanie jamy ustnej wykazuje prawie zupełny brak zębów, wyrostki zębodołowe obu szczęk zanikłe; błona śluzowa jamy ustnej, podniebienia i gardzieli zwiotezała, blada, cienka, żadnymi owrzodzeniami nie jest pokryta. Palec wprowadzony, o ile się tylko daje daleko, do gardzieli, nie na trafia na żadną nieprawidłową wydatność, czy też zagłębienie, któreby wskazywało na rozrost

lub utratę tkanki chorobową. Na podstawie języka i na nagłośni również żadnych zmian nie znajdujemy. Zgłębnik żołądkowy gruby z miękkiego kauczuku swobodnie wchodzi do żołądka i na żadną przeszkodę nie natrafia. W ogóle badanie tak palcem, jak i zgłębnikiem jest bardzo utrudnionem z powodu dławienia się i duszności, jakie przytem występują. Badanie wnętrza krtani za pomocą wziernika żadnych zmian nie wykrywa. Wzrok i słuch prawidłowe, źrenice jednakowej szerokości i jednakowo oddziałują na światło. W płucach rozedma niezbyt wysokiego stopnia, przewlekły nieżyt oskrzeli. Tony serca czyste, słabe. Tętno obwodowe, dostępne do badania, wybitniejszych zmian atermatycznych nie przedstawiają. Wątroba nieco powiększona. Trawienie prawidłowe. Język zlekka obłożony. Skłonność do zaparcia stolca. Ciepłota ciała prawidłowa, waha się w ciągu doby między 36,5° a 37,3° C. Tętno od 72—84 uderzeń na minutę. Mocz białka ani innych ważniejszych nieprawidłowych składników nie zawiera. Wogóle chory przedewszystkiem i prawie że jedynie uskarża się na silne bóle głowy, twarzy i szyi, bóle tak straszne i tak wyczerpujące chorego, że gotów jest poddać się wszelkiej, choćby z największym niebezpieczeństwem dla życia połączonej operacji, byle się tylko od tych bólów uwolnić.

Na mocy danych, otrzymanych przy badaniu chorego, rozpoznanie, przynajmniej co do istoty choroby, żadnych trudności nie przedstawiało. Szybki stosunkowo wzrost guza, jego twardość, zrosty z częściami otaczającymi, bóle jakie prawie od pierwszej chwili pojawienia się swego wywoływał, wszystko to naprowadzało na myśl, że mamy do czynienia z nowotworem złośliwym. Wiek chorego oraz znaczna twardość guza przemawiały raczej za rakiem, aniżeli za mięsakiem. O wiele trudniejszym było oznaczenie punktu wyjścia guza. Siedlisko guza, jego postać nierówna przemawiały za tem, że mamy do czynienia z rakiem gruczołów limfatycznych okołonaczyniowych. Chociaż jednak rak gruczołów limfatycznych należy do nader częstych przypadków chorobowych, to w danym przypadku co do takiego siedliska choroby nasuwała się pewna wątpliwość z tego względu, że, jak wiadomo, rak tychże gruczołów bywa prawie bez wyjątku rakiem wtórnym. Pierwotny rak gruczołów limfatycznych należy do prawdziwych rzadkości, jeżeli nawet wogóle możliwym jest takie jego pochodzenie. Z drugiej strony, przyjmując raka wtórnego, należało zarazem przypuścić istnienie ogniska pierwotnego w jednej z tych okolic, od których naczynia limfatyczne bądź pośrednio, bądź bezpośrednio dochodzą do gruczołów szyjowych. Tymczasem najtroskliwsze badanie skóry, jamy ustnej, ślinianek, gardzieli i przełyku oraz krtani nigdzie takiego ogniska nie wykazywało. Wszelako pierwiastkowo nie wyłączałem absolutnie możliwości, że gdzieś w ukrytem miejscu istnieje rak pierwotny, nie zdradzający się żadnymi objawami, a do takiego przypuszczenia upoważniał mnie fakt, iż zdarzają się takie przypadki, w których rak gardzieli lub przełyku może istnieć w postaci bardzo nieznacznego owrzodzenia, nie dającego się wykazać zwyczajnymi środkami badania i nie powodującego żadnych wybitniejszych objawów, a jednocześnie tenże sam rak może przejść na gruczoły limfatyczne i wtórną tę chorobę na pierwszy plan wysunąć. Oprócz takiego przypuszczenia nasuwało się podejrzenie, czy w danym przypadku nie

mamy do czynienia z rakiem powstałym z dodatkowego gruczolu tarczowego lub z gruczolu LUSCHKI.

Bez względu na punkt wyjścia guza, wobec niewątpliwej złośliwości nowotworu z jednej strony, a z drugiej wobec straszliwych bólów, wyniszczających chorego, dla chirurga jasnym było wskazanie usunięcia tegoż guza na drodze operacyjnej. Tylko tego rodzaju pomoc mogła ocalić życie chorego, a w najgorszym razie egzystencyję jego znośniejszą uczynić. Jako przeciwwskazanie do operacji występował przedewszystkiem podeszły wiek chorego, dość znaczny stopień władu starczego, a przedewszystkiem wzrost guza z wielkimi naczyniami szyjowemi, a być może i z nerwami. Nie można było ludzi się myśla, że się uda guz od naczyń oddzielić, nie można nawet było przypuszczać, że sprawa się ograniczy na podwiązaniu tego lub owego ważniejszego naczynia, należało być przygotowanym na to, że razem z guzem wypadnie wyciąć znaczne części wielkich pni naczyniowych szyi. To przekonanie jednak nie powstrzymywało mnie od operacji. Daleko donioślejszą była obawa o nerw błędny, który również mógł być tak z guzem zrosniętym, że usunięcie pierwszego bez wycięcia albo w najlepszym razie zranienia nerwu mogło okazać się niemożliwym. Cierpienia jednak chorego i rezygnacyja jego na wszystko, skłoniły mnie do wykonania operacji, do czego też przystąpiłem w d. 17 Stycznia r. b..

Po należytem przygotowaniu i zachloroformowaniu chorego, cięcie poprowadziłem równolegle do wewnętrznego brzegu mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, poczynając prawie od kąta szczęki dolnej, a kończąc je tuż około stawu mostko-obojęczkowego. Po przecięciu skóry i mięśnia podskórnego szyi, oraz usunięciu nazewnątrz żyły szyjowej zewnętrznej, doszedłem do nowotworu, który zacząłem oddzielać od tkanek otaczających, przechodząc z jednej strony na drugą i od góry ku dołowi, zależnie od tego, gdzie guz okazywał się bardziej dostępnym dla noża. Od przodu wypadło guz oddzielić razem z licznemi pęczkami mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego. Tym sposobem, prawie nie podwiązując żadnego naczynia, doszliśmy do podstawy guza, zrosniętej z wielkimi naczyniami szyi. Aby zabezpieczyć się od możliwego krwotoku, postanowiłem naczynia te odpreparować i na wszelki przypadek mieć je przed oczami. Okazało się to jednak niemożliwym. Wprawdzie po możliwym rozszerzeniu rany wyczuwalimy tętnienie poniżej tegoż, żyły jednak w żaden sposób ujrzeć nie mogliśmy. Dopiero po oddzieleniu dolnego brzegu guza i odciągnięciu tegoż ku górze, doszliśmy do dość grubego pęczka tkanki, opuszczającego się od podstawy guza ku dołowi i przechodzącego po nim od tyłu i ze strony zewnętrznej; kierując się położeniem anatomicznem i wyglądem owego pęczka, doszliśmy do przekonania, że jest to żyła szyjowa wewnętrzna; nie mogąc nawet próbować dalszego oddzielenia guza bez obawy zranienia tego pęczka, czyli przypuszczalnie żyły, przyczem naturalnie wskutek wejścia powietrza do tejsze mogłaby nastąpić śmierć natychmiastowa, podwiązaliśmy ów pęczek podwójnie i przecięliśmy między podwiązkami. Po przecięciu okazało się, że była to istotnie żyła szyjowa wewnętrzna, zupełnie pusta, która z powodu braku nabrzmiewania i zapadania podczas ruchów oddechowych niezem obecności swej nie zdradzała. Teraz już dalsze oddzielanie guza było znakomicie ułatwionem. Po odpowiedniem naciągnięciu gu-

za ku przodowi mogliśmy go oddzielać w dalszym ciągu wraz z żyłą bez obawy zranienia nerwu błędnego, jeśliby tylko tenże nie okazał się w guz wrośniętym. Na szczęście przynajmniej z tej strony warunki tak dla chorego, jak i dla nas okazały się bardziej przyjaznymi. Oddzielając guz powolnymi cięciami coraz bardziej ku górze, pozostawiliśmy na dnie rany nerw błędny, a od wewnątrz tętnicę szyjową wspólną. Tym sposobem doszliśmy do górnego brzegu guza, ponad którym znów żyłę po podwiązaniu przecięto. Obecnie guz pozostawał w związku tylko z tętnicą szyjową. Aby dokładniej zbadać stosunek guza do tejże, i przekonać się, czy w jakikolwiek sposób nie da się jej ocalić, bez pozostawienia, rozumie się, choćby najmniejszej części nowotworu, większą część tegoż odcieśliśmy, pozostawiając przy tętnicy nieznaczną część jego. Okazało się wszelako, że guz tak silnie zrośniętym jest z tętnicą, szczególnie w miejscu jej podziału, że o ocaleniu tętnicy myśleć nie podobna. Dlatego też podwiązaliśmy tętnicę najprzód poniżej guza, a następnie pozostałą część jego wraz z tętnicą oddzieliliśmy ku górze, idąc za podziałem tętnicy i jej gałęziami, póki wreszcie nie byliśmy przekonani, że, po podwiązaniu i przecięciu tętnicy szyjowej wewnętrznej i zewnętrznej, guz w całości i najdokładniej oddzielonym został. Tętnica szyjowa zewnętrzna została podwiązana ponad odejściem tętnicy tarczowej górnej, którą również przed przecięciem podwiązano. Długość odcinków wyciętych pni naczyńowych wynosiła około 6 centymetrów. Dodać tu muszę, że wszędzie, wyjąwszy powierzchni poza naczyniami, przy oddzielaniu guza nie spotykaliśmy tkanki luźnej, łatwo dającej się oddzielać, ale przeciwnie wszędzie napotykaliliśmy tkankę twardą, jakoby bliznowatą, oddzielanie której samą operację o wiele trudniejszą i mozolniejszą czyniło. Po usunięciu guza mieliśmy przed sobą jamę, w której można było widzieć lub wyczuć części następujące: od tyłu obnażony na znacznej przestrzeni [6 ctm.] nerw błędny i kręgosłup, od wewnątrz ścianę boczną gardzieli, krtań i kość grdykową wraz z odpowiednimi mięśniami, od dołu końce podwiązanych naczyń, od zewnątrz odciągnięty tępym hakiem mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy, u góry mięsień dwubrzuszný żuchwy, śliniankę podżuchwową, nerw podjęzykowy, tętnicę językową, oraz końce podwiązanych naczyń.

Po dokładnem oczyszczeniu tejże jamy, na ranę nałożono szew węzełkowy w całej długości, pozostawiając tylko w samym środku otwór długości 1 centymetru. Sączka zupełnie nie wprowadzono. Ranę pokryto silkiem, następnie płacami gazy jodoformowej i tamponem z waty, owiniętej w gazę sublimatową, a następnie wywatowawszy całą szyję i górną część klatki piersiowej, cały opatrunek przytwierdzono bandażami do szyny tekturowej w postaci I, poziome gałęzie której otaczały głowę i plecy. Opaska tego rodzaju lubo niebardzo przyjemna dla chorego, z powodu unieruchomienia głowy i szyi była bardzo korzystną.

Podczas przewiązywania tętnicy i w pierwszych zaraz chwilach po operacji, nie zauważyliśmy żadnych szczególniejszych objawów, oprócz nieznacznego rozszerzenia prawej szpary ocznej, co zresztą przy silnem zwioteczeniu i pomarszczeniu powiek zbyt charakterystycznym nie było.

Chory po przebudzeniu się był dość rąbnym, nad wyraz szczęśliwym, że wszelkie bóle od razu ustąpiły. Polecono mu polykać kawałki lodu, a za poży-

wienie podawano mleko i piwo pilzneńskie. Wieczorem chory żadnych bólów nie doświadcza, czuje się wyśmienicie, od czasu do czasu tylko pojawia się kaszel, dla powstrzymania którego zastrzyknięto choremu pod skórę gr. $\frac{1}{6}$ morfiny. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, oprócz bardzo nieznacznego podwyższenia ciepłoty wieczorem w dniu operacji. Chory ciągle czuje się doskonale, żadnych objawów porażenia niema, kaszel dość silny, zmusza codziennie do wstrzykiwań morfiny.

W 6 dni po operacji pierwsza zmiana opatrunku. Na gazie jodoformowej, oprócz nieznaczej ilości krwi zaschniętej, żadnej innej wydzieliny nie ma. Pod silkiem skóra prawie że zupełnie sucha. W otworze niezasytym widać odbarwiony skrzep krwi, przezroczysty, podobny do tkanki śluzowej, zresztą na całej przestrzeni rana zagojona *per primam*. W dolnej części szyi pomiędzy tchawicą i mięśniem mostko-obojezyko sutkowym widać bardzo wyraźnie dość silne tętnienie podwiązanego ośrodkowego końca tętnicy. Tętnienie to następnie stopniowo się zmniejszało, a po 2 tygodniach zupełnie widocznem nie było.

Podczas pobytu chorego w szpitalu, zmieniano mu opatrunek kilkakrotnie, zawsze z powodu zanieczyszczenia go przyjmowanym posiłkiem, wydzielina z miejsca pozostawionego otworem bardzo nieznaczna w postaci jakoby wilgotnego śluzu.

W d. 8 Lutego, a więc w trzy tygodnie po operacji, chory szpital opuścił ze śladem tylko rany, która w ciągu następnych dni kilku doszczętnie się zagoiła.

Stan ogólny chorego od czasu operacji znacznie się poprawił. Sen i łaknienie powróciło, chory znacznie utył. Wszelkie bóle, tak strasznie przedtem męczące chorego, zniknęły bezpowrotnie. Żadnych objawów mózgowych, najmniejszego śladu porażenia przez cały czas obserwacji chorego nie zauważono. W 6 tygodni po operacji w d. 28 Lutego chory w wyśmienitym stanie zdrowia był przedstawiony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego.

* * *

Na powierzchni przekroju guza za świeża widać, iż składa się on z oddzielnych ognisk różnej wielkości, prawie że zupełnie okrągłych, oddzielonych od siebie mniej lub więcej grubymi przegrodami. Obraz ten jest podobny do tego, jaki otrzymujemy po przecięciu gromady gruczołów limfatycznych, w różnym stopniu powiększonych. Konsystencja dość twarda. Powierzchnia przecięcia ognisk po większej części jednostajna, przypominająca przecięty gruczoł limfatyczny powiększony, przerośnięty, w niektórych miejscach odcień żółtawy wskazuje na tłuszczowe przeistoczenie komórek. Cięcie przez guz podczas operacji wypadło na ognisko zupełnie rozmiękczale, z którego wylał się płyn wodnisty wraz z masą kaszowatą, podobną do tej, jaką spostrzegamy przy rozpadających się rakach gruczołów limfatycznych. Preparat, przechowany w spirytusie, został następnie zbadany przez Szanownego Dziekana BROWSKIEGO i prof. PRZEWOSKIEGO, których łaskawej uprzejmości zawdzięczam następujący opis nowotworu.

Nowotwór ma postać nieco spłaszczonej kuli. Po długim macerowaniu w spirytusie wymiar jego pionowy wynosi 4—5 ctm., przedniotylny 4—5 ctm.,

a poprzeczny 5 centymetry. Rozumie się, że przed macerowaniem wymiary te musiały być przynajmniej o $\frac{1}{3}$ większe.

Granica nowotworu od części otaczających jest wszędzie wyraźna, ale nowotwór nigdzie nie posiada żadnej torebki. Obwodowe części nowotworu zrosnięte są mocno z tkankami otaczającymi i wyraźnie je infiltrują. Przy obmacywaniu granica nowotworu od części otaczających przedstawia się w postaci wyraźnie ziarnistej.

Na tylnowo-wewnętrznej powierzchni nowotworu znajduje się dosyć głęboki pionowy rowek. W rowku tym leży tętnica szyjowa wspólna i jej widelkowate rozgałęzienie. Widelkowate to rozgałęzienie tętnicy zajmuje mniej więcej średnią część długości wymienionego rowka. Ściana tętnicy jest bardzo mocno zrosnięta z masą nowotworu, który nawet swoimi obwodowymi częściami wchodzi do samego widelkowego rozgałęzienia. Na tylnowo-zewnętrznej stronie znajduje się w podobnym rowku drugie naczynie, żyła szyjowa wewnętrzna, również bardzo silnie zrosnięta z nowotworem.

Przy obmacywaniu z zewnątrz, nowotwór przedstawia się dość twardym i wszędzie mniej więcej jednakowej konsystencji.

Powierzchnia rozkroju jest wszędzie ziarnista, blado-szarawa, z odcieniem żółtawym. Miejscami tylko tkanka nowotworu jest jakby trochę rozmiękła, grubo ziarnista, kaszowata.

Skrawki z nowotworu wszędzie wykazują budowę jednostajną. Wszędzie składa się on z bardzo wyraźnie odgraniczonych dwóch tkanek, a mianowicie tkanki łącznej i tkanki nabłonkowej.

Pierwsza tkanka tworzy dla drugiej podścielisko i na obwodzie nowotworu łączy się z tkanką łączną narządów otaczających. To podścielisko w stosunku do ilości tkanki nabłonkowej w niektórych miejscach nowotworu jest dość obfite, w innych zaś miejscach ilościowo bierze znaczną przewagę tkanka nabłonkowa.

Podścielisko wszędzie się składa ze zwyczajnej tkanki łącznej, w której znajduje się zwyczajna ilość stałych komórek i która w rozmaitych miejscach jest mniej lub więcej silnie nacieczona komórkami okrągłymi, podobnymi do wędrujących. Naczyń krwionośnych w podścielisku nigdzie nie ma zbyt wiele.

Tkanka nabłonkowa nowotworu stanowi wszędzie ciała jasno ograniczone postaci kulistej, wielościennej, sznurkowej i t. p., przy czem ciała te swoimi odrostkami łączą się w sieć, której oczka zajmuje podścielisko łącznotkankowe.

Komórki tkanki nabłonkowej mają najwyraźniejszy charakter epidermoidalny, taki, jaki widzimy pospolicie w rogowych rakach skóry. Każde ognisko nabłonkowe w obwodowych swych częściach składa się z dosyć drobnych komórek okrągłych, wielościennych, krótko cylindrycznych i t. d.. W miarę posuwania się ku wnętrzu ciał nabłonkowych, komórki ich wzrastają, stają się zębatymi, a następnie coraz grubsza i wyraźniejsza robi się ich błonka. Nakoniec w środkowych częściach ciał nabłonkowych komórki są zupełnie zrogowaciałe i niezmiernie często układają się w ciała kuliste, na podobieństwo łuski cebuli, tak jak to zawsze widzimy w rakach rogowych skóry. W częściach naj-

starszych nowotworu ciała nabłonkowe często w środkowych swych częściach ulegają stłuszczeniu i zmieniają się w masę kaszowatą.

Opierając się na przytoczonej powyżej budowie, nowotwór można uznać tylko za raka rogowego, takiego jaki zawsze powstaje z naskórka. Wyraźna granica ciał rakowych od podścieliska łącznotkankowego, zębata forma wykształconych komórek nabłonkowych, dalej ich mocne rogowacenie i układanie się w ciała kuliste, nie pozwalają mieć pod tym względem żadnej wątpliwości. [D. n.]

II. SOKOTOK, NIEŻYT KWAŚNY I WRZÓD ŻOŁĄDKA.

Według spostrzeżeń i badań uskuteczniionych w klinice prof Korczyńskiego

przedstawił

Docent Uniw. Jagiellońskiego. **W. Jaworski.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 20].

Jaki zachodzi związek między sokotokiem zwyczajnym a nieżytem kwaśnym stanowczo rozstrzygnąć nie można. Nie jest jednak wykluczone przypuszczenie, że pod wpływem ciągłego działania silnie trawiącego kwasu żołądkowego może warstwa nabłonkowa, tkanka międzygruczołowa i naczynia doznawać takiego drażnienia, że z czasem wytworzy się trwała zmiana anatomiczna w postaci nieżytu błony śluzowej; zdaje się zatem przemawiać ta okoliczność, że sokotok żołądkowy wydarza się w młodszym, a nieżyt kwaśny w późniejszym wieku. Że zaś nieżyt kwaśny może przejść po długim trwaniu w nieżyt śluzowy, miałem sposobność obserwowania na jednym wieśniaku nadużywającym wódki, który to przypadek na innym miejscu został ogłoszony (*Münch. med. Wochen. 1887. Nr. 7, 8*). Ze stanowiska anatomicznego przejście z nadmiernego wydzielania kwasu solnego do zupełnego braku tegoż w ten sposób należy tłumaczyć, że ciągle bujająca tkanka międzygruczołowa wypiera z biegiem czasu całkowicie gruczoły, czyli że następuje zanik tychże.

Trwanie nieżytu kwaśnego jest długie. Co do uleczalności trwałego wydzielania kwasu solnego, to sądzi HONIGMANN (*München. med. Wochen. 1887. N. 47*), na podstawie kilku spostrzeżeń z kliniki RIEGEL'a, że osiągnąć jej nie można. Z tem zdaniem niezupełnie zgodzić się mogę, a to na podstawie własnych doświadczeń. Miałem bowiem kilka razy sposobność obserwowania, że nadmierne wydzielanie kwasu solnego w żołądku czczym z biegiem czasu się zmniejszyło, a nawet niekiedy przechodziło w niedowład wydzielniczy. Leczenie kwaśnego nieżytu żołądka powinno być w pierwszej linii skierowane do żołądka, t. j. miejscowe dyjetetyczno-lekarskie. Od wyłącznego stosowania środków ogólnie na wzmocnienie ustroju działających wiele oczekiwać nie można.

Mówiąc o sokotoku żołądkowym, nie mogę pominąć podniesienia tej okoliczności, że podmiotowe objawy gastryczne nie idą wcale zawsze w parze z objawami przedmiotowymi. Niejednokrotnie można napotkać chorych, szczególnie wieśniaków, u których wysoki stopień kwaśności soku w czczym żołądku zawartego albo znaczne łuszczenie się nabłonka wywołuje tylko nieznaczne albo żadne dolegliwości podmiotowe, podczas gdy u innych chorych, szczególnie u ko-

biet, sok żołądkowy nieznacznej tylko kwasności, lub mała zmiana anatomiczna w błonie śluzowej żołądka, daje powód do gwałtownych przypadłości gastrycznych. Zależy to widocznie od indywidualnej wrażliwości chorych, jak to się dzieje i w chorobach innych narządów: płuc, nerek i t. d., które raz mogą przedstawiać tylko nieznaczne zboczenia, a wywoływać silne przypadłości podmiotowe i czynnościowe, podczas gdy w innych przypadkach znaczne nacieki, wielkie jamy płucne, rozległy zanik nerek i t. p., bywają na pozór bez większych dolegliwości aż do końca życia względnie dobrze znoszone.

III. W przebiegu wrzodu żołądka stwierdziło wielu autorów [von den VELDEN, RIEGEL, ROTHSCHILD, BOAS i inni] znacznieszą kwasność miazgi pokarmowej, pochodzącą od kwasu solnego podczas samego aktu trawienia (*Hyperaciditas digestiva*). Z badań zaś prof. KORCZYŃSKIEGO i moich (*Deutsche med. Wochensh. 1886. N. 47—49*), wynika, że mamy tu do czynienia właściwie z trwałem wydzielaniem kwasu solnego w postaci nieżytu kwaśnego. Tę częstą kombinację nieżytu kwaśnego z wrzodem żołądka łatwo sobie tem tłumaczyć, że błona śluzowa już anatomicznie zmieniona, będąca w warunkach nieprawidłowych, może na miejscach bardziej zmienionych uleść działaniu trawiącemu ciągle działającego soku żołądkowego. Z łatwością tu mogą powstać nadżarcia, dające powód do wytworzenia się właściwego wrzodu, a w następstwie i krwotoku. Że wytworzenie się wrzodu z następczem krwawieniem zależy od stopnia kwasności, a względnie siły trawiącej zawartości żołądkowej, mieliśmy [KORCZYŃSKI i JAWORSKI] sposobność obserwowania już dawniej, a mianowicie, że w przebiegu wrzodu kwasność zawartości żołądkowej się powiększa, a na szczycie podniesienia się tejże występuje krwotok, poczem kwasność znów opaść może. Wynika stąd, że tak jak nieżyt śluzowy może być momentem usposabiającym do powstawania raka, tak nieżyt kwaśny sprzyja wytwarzaniu się wrzodu żołądkowego. Z tego punktu widzenia leczenie wrzodu żołądka polegać będzie na obniżeniu nadmiernie wygórowanej siły wydzielniczej narządu gruczołowego. Jako przykład kombinacji nieżytu kwaśnego z wrzodem żołądkowym może posłużyć wielce pouczający wspólnie z kol. d-rem SURZYCKIM i d-rem KEMPLEM na klinice prof. KORCZYŃSKIEGO ostatniemi czasy obserwowany przypadek wrzodu okrągłego żołądka, który zakończył się śmiercią i jest w stanie rzucić światło na podstawę anatomiczną trwałego wydzielania kwasu solnego.

T. Ł., lat 60, nauczyciel. Przed trzema laty przebył w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO krwotok żołądkowy, a następnie wypisał się. Rozpoznano: *Ulcus ventriculi rot., catarrhus acidus et gastrictasia ventriculi*. Stwierdzono bowiem łuszczenie się nabłonka i chęłbotanie w żołądku. Od tego czasu stan chorego się poprawił, objawy gastryczne ustąpiły, a odżywianie znakomicie się podniosło. Dopiero ostatniej zimy [1887] chory, począł uczuwać od czasu do czasu gnienienie i ból w żołądku. Z tego powodu został przyjęty 7 Marca 1888 r., do kliniki stałej prof. KORCZYŃSKIEGO. Przy badaniu przedmiotowem okazało się: chory dobrej budowy ciała i bardzo dobrego odżywiania, ze zboczeń jedynie tylko mierna bolesność przy dotykaniu okolicy żołądka, a w żołądku pluskanie o każdej porze dnia dające się wywołać.

Dnia 8. III. wydobyta zawartość czcza zawiera liczne strzępy białe bez śladów pokarmów, wykazuje kwaśność $21=0,7665$ p. m. HCl i wszystkie próby na HCl [papierki tropeolinowe, kongowe, rozczyń fioletowy, anilinowy, jako też próbę floroglucyno-wanilinową] wypadły dodatnio, co miało także stale miejsce i przy badaniu wszystkich następných płynów żołądkowych. W nocy tego samego dnia wystąpiły wymioty wodniste słabo sinawo zabarwione, o kwaśności $30=1,095$ p. m. HCl.

D. 9. III. zwymiotował chory około $\frac{1}{2}$ litra fusowatego płynu, którego przesącz okazywał kwaśność $42,0=1,533$ p. m. HCl.

D. 10. III. pomimo zupełnego wstrzymania się od pokarmów wystąpiły dwa razy fusowate wymioty w ilości po pół litra o kwaśności $56=2,044$ i $60=2,190$ p. m. HCl.

D. 11. III. pojawiły się znów fusowate wymioty, ale tylko o kwaśności $40=1,460$ i od tego czasu ustały na dni sześć.

Dopiero d. 17. III. bez widocznej przyczyny wymiotował chory ponownie przeszło jeden liter smołowo-czarnej masy o kwaśności $75=2,774$ p. m. HCl.

Przy odpowiednim leczeniu chory wielce niedokrzwisty i bezsilny, przychodził do siebie, począł już jadać potrawy mięsne [szynkę, befsztyki] i miał zamiar d. 11. IV. opuścić zakład, gdy właśnie tego samego dnia dostał wymiotów i wyrzucił miazgę pokarmową bez śladów krwi o kwaśności $70=2,5585$ p. m. dającą wszystkie oddziaływania na wolny kwas solny jaknajwybitniej, co i w następnych wymiocinach zauważono.

D. 12. IV. pojawiły się gwałtowne wymioty, w ilości półtora litra fusowatej masy o kwaśności $90=3,2895$ p. m. HCl.

D. 13. IV. Wystąpiły takie same wymioty, lecz w skąpej tylko ilości o kwaśności $90=3,2895$ p. m. HCl, wśród których uczył chory na gwałtowny ból w brzuchu, poczem wystąpiła bledź i ziębienie skóry, oddech nieregularny, zapaść i śmierć tego samego dnia.

Sekeyja wykonana nazajutrz [d. 14. IV] w zakładzie prof. BROWICZA przez kolegę d-ra HEMPLA nie wykazała w żadnym narządzie zmian chorobowych, prócz żołądka, które zostały w protokóle sekeyjnym w następujący sposób opisane:

„Żołądek w części podstawowej rozszerzony, połączony ściśłami zrostami łączno-tkankowymi z dolną powierzchnią wątroby i trzustki, zawiera mierną ilość zawartości fusowatej, zmieszanej z wydzieliną śluzową. Na tylnej ścianie, w odległości jednego centymetra od odźwiernika, otwór wielkości centy, kształtu okrągławego, lejkowato drażący w głąb, ściśle za pomocą zbitej tkanki łącznej, stanowiącej dno, połączony z głową trzustki, podminowujący ściany żołądka i dwunastnicy. W odległości czterech centymetrów, ponad otworem w części odźwiernikowej, dwie blizny, jedna podłużna, druga okrągława, zawierająca ślad rozłożonego barwnika krwi. Rozrost tkanki łącznej w okolicy otworu i blizna zajmuje tkankę podśluzową, mięsną i powłokę otrzewnową. Część odźwiernikowa węższa a powyżej otworu i blizna tkanka mięsna okrężna przerosła, luźnie połączona z warstwą podśluzową. Błona śluzowa żołądka szarawo-łupkowo zabarwiona,

rozpuchniona, na szczytach nielicznych fałd nastrzyknięta, w dnie i części odźwiernikowej okazuje nieliczne rozsiane płaskie wyniosłości. Błona śluzowa dwunastnicy zasiana drobnymi wynaczynieniami, pulchna, pokryta obfitą wydzieliną śluzową, zmieszaną z żółcią. Jama brzuszna zawiera około trzech litrów cieczy mętnej, fuszawatej. Na torebce wątrobowej i pętlicach jelit cienki pokład wysięku włóknikowego. Otrzewna ścienna, szczególnie w górnej części, matowa, pozbawiona połysku. Błona śluzowa dolnej części przewodu pokarmowego nie okazuje zmian. Kiszki wypełnione znaczną ilością zbitego kału“.

„Gruzoł krokowy przerosły, tkanka łączna około-nerkowa opatrzona znacznie większą ilością tłuszczu. Nerki, moczowody i pęcherz nie okazują zmian patologicznych“.

Na tej podstawie zostało postawione następujące rozpoznanie anatomiczne: „*Ulcus rotundum ventriculi perforans ad partem posteriorem regionis pyloricae circumscriptum, subsequ. peritonitide septica; cicatrices pylori, gastrectasia et hypertrophia stratus muscularis; catarrhus ventriculi chronicus cum hyperplasia mucosa ventriculi, catarrhus duodeni acutus; concretiones ventriculi cum hepate et pancreate*“.

W tym pouczającym przypadku okazało się, że trwałe wydzielanie kwasu solnego, które w powyższej formie niezłym kwaśnym nazwałem, trwa długo, lecz może doznać polepszenia. W czasie wzmagania się niezytu żołądka może się rozwinąć wrzód, który w miarę jak kwaśność się powiększa nie ma skłonności do zabliznienia, lecz draży wszersz i wglęb, tak, że podwyższanie się kwaśności może doprowadzić do krwotoku, a ostatecznie do przebicia wszystkich warstw żołądka. Skoro kwaśność soku żołądkowego się zmniejsza, dalsze szerzenie się wrzodu ogranicza się. Z przebiegu choroby wynika dalej, że wydzielanie kwasu solnego w tych stanach chorobowych dochodzi do kolosalnych rozmiarów, gdyż pomimo rozcieńczenia, zubożenia i zużycia kwasu solnego do trawienia kolosalnej ilości [kilka litrów] krwi wynaczynionej, kwaśność zawartości żołądkowej okazała się jeszcze bardzo znaczną. Okazuje się jeszcze to charakterystyczne zjawisko, że siła wydzielnicza gruczolów trawieńcowych stoi w odwrotnym stosunku do ilości krwi w naczyniach krążącej. Im więcej niedokrwiłym stawał się chory z powodu upływu krwi, tem większa ilość kwasu solnego się wydzielala, tem więcej szerzył się wrzód. Co do podstawy trwałego i nadmiernego wydzielania kwasu solnego, okazało się, że ta była anatomiczną, a mianowicie polegała ona według powyższego opisu sekcyjnego na przewlekłych zmianach niezytowych w błonie śluzowej z przerostem łączno-tkankowym w postaci *état mammeloné*. Wynika więc ztąd, że istnieją, nietylko postacie trwałego wydzielania kwasu solnego bez zmian, a więc funkcjonalne, jak to chcą mieć wyłącznie RIEGEL, NOORDEN, ROSENTHAL, GLAZ i inni, ale także i takie, które biorą swój początek w zmianach anatomicznych [w stanie zapalnym] błony śluzowej.

III. NIEŻYT PRZEWLEKŁY NOSA PRZEROSTOWY, związek i stosunek tegoż z cierpieniami sąsiednich, bardziej oddalonych narządów i z licznymi nerwicami zwrotnymi ciała.

[Według odczytu mianego w Towarzystwie lekarskiem Łódzkim dnia 21 Marca 1888].

Opracował

L. Przedborski,
ordynator szpitala czasowego w Łodzi.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 24].

W tych razach raczej z ERB'em przyjąć wypada chorobę zatok nosowych lub też wskutek obrzmienia błony śluzowej istniejące przeszkody w opróżnianiu się zatok, najczęściej zatoki czołowej, jak wykazali HARTMAN, RESSEL, B. FRAENKEL ¹⁾, V. MANDEL, HORNER i SEELIGMUELLER ²⁾. Z poprzedniego wynika, że mówiąc o nerwobólach nerwu trójdzielnego, *resp.* zależnych nie od owrzodzeń lecz od samego obrzmienia błony śluzowej, przedewszystkiem wymagać należy, by w odpowiednim przypadku cierpienie zatoki czołowej stanowczo wykluczonem zostało. Na okoliczność tę mnóstwo autorów, przytaczających liczne przypadki nerwobólu twarzowego pochodzenia nosowego, należytej uwagi nie zwróciło, głównie z przyczyny, że cierpienia zatok czołowych zaliczali do bardzo rzadkich. Że pogląd ten jest mylny dowodzą następujące dane: 1) SCHECH wykazał, że w bardzo okazałej ilości przypadków przy oględzinach pośmiertnych zmiany chorobowe znajdujemy w zatokach czołowych i że co do częstości zachorowywania zatoki czołowe zajmują 2 a nie 3 miejsce. 2) OGSTON operacjami na żywych mógł udowodnić istnienie zmian patologicznych w zatokach czołowych, ZIEM zaś spostrzegał mnóstwo nerwobólów które po paru wdmuchiowaniach powietrza, po wciąganiu kilkakrotnem w nos par rumianku lub po przypaleniu przerostów błony śluzowej żegadłem galwanicznym zupełnie udawało się usunąć. Dodatni wpływ przyżegań błony śluzowej na znikanie nerwobólów, ZIEM tłumaczy sobie w następujący sposób: 1) Po przypaleniu obrzmiącej błony śluzowej, ujścia sąsiednich z nosem zatok stają się swobodniejszemi, tak, że stek ropy i wentylacja powietrza w zatokach znacznie zostają ułatwionemi. 2) Oddechanie nosem, poprzednio zupełnie niemożliwe, po przypaleniu znowu staje się łatwem, wessanie więc krwi żyłnej z przekrwionej jamy nosowej prawidłowo odbywać się może. Ten sam wynik co przyżeganiem wywołać możemy przy pomocy znacznego krwi upustu z nosa, wciągania par amonijaku, lub, jak już wykazał PLINIJSZ, olejku miętowego, przy zastosowaniu kokainy, tabaki i w ogóle wszystkich środków, posiadających zdolność zmniejszania ilości krwi w błonie śluzowej nosa. Tak samo jak przy bólach głowy w okolicy czołowej, przy nerwobólu nadoczodołowym i twarzowym, główną rolę odegrywa przekrwienie

1) V. ZIEMSEN. Handb. IV. 1. str. 152. 1879. 2-ie wydanie.

2) Refer. Centralblatt für practische Augenheilkunde. 1880. str. 23 i 479.

jamy nosowej, tak również przy powstawaniu nerwo bólu ciała rzeskowego i bólu w wewnętrznym kącie oka, objawach często spostrzeganych przy niezycie przerostowym nosa, przekrwienie jamy nosowej za głównego winowajcę cierpień tych uważać możemy. Przy powstaniu uczucia ciśnienia w okolicy ciemieniowej (*Scheiteldruck*), na bliższą uwagę zasługują następujące stosunki anatomiczne: 1) Przy przepelnieniu naczyń błony śluzowej nosa, otwór nosowo-czaszkowy (*porus cranionasalis*), według HYRTL'a istniejące w dziurze ślepej (*for. caecum*) połączenie między zatoką podłużną górną, a żyłami nosa i zatoki czołowej, która jak wszystkie żyły wypustkowe gra rolę rurek bezpieczeństwa dla krwioobiegu żylnego wewnątrz-czaszkowego, a zarazem służy do opróżnienia zatok, często bywa zapchaną, wskutek czego powstają przekrwienia w żyłe wypustkowej tylnej, *resp.* w zatoce ciemieniowej (*sinus parietalis*). Już HYRTL wspomina, że bóle tyłogłowa i bóle w okolicy ciemieniowej (*regio parietalis*) mogą zależeć od przepelnienia krwią zatoki podłużnej górnej i żył wypustkowych ciemieniowych. 2) SCHWALBE, KEY i RETZIUS, MERKEL, doświadczeniami czynionymi zarówno nad ludźmi jak i nad zwierzętami, wykazali, że źródła dla steku płynu mózgowo-rdzeniowego stale przez sploty naczyniowe dostarczanego, u ludzi są dwojakie: a) układ naczyń chłonnych nosa. b) zatoki żyłne czaszki, przeważnie zatoka podłużna górna i poprzeczna, bardzo bogate w strzępki opony pajęczej, tworzące pochewki dla żył do zatok tych się opróżniających. Płyn mózgowo-rdzeniowy do naczyń chłonnych nosa ścieka bezpośrednio, do zatok zaś żylnych dostaje się dopiero po podwójnej filtracyi, przez strzępki pajęczce czyli gruczolki PACCHIONI'ego z zewsząd zamkniętego odstępu podpajęczego w odstęp opony twardej mózgowej (*spatium subdurale*), z kąd narreszcie splywa do zatok żylnych.

Ostatnia droga według MERKEL'a jest najważniejszą, lecz doświadczenia nad niezyciem nosa, wywołanym zbyt śmiałymi dawkami preparatów jodu i spostrzeżenia nad niektórymi postaciami wodogłowa przekonywają, że odpływ nadmiaru płynu mózgowo-rdzeniowego i przez drogi chłonne nosa odbywać się może. a) Przy niezycie nosa zbyt śmiałymi dawkami jodu wywołanym, trudno przypuścić, by ogromne ilości płynu wyciekającego z nosa wyłącznie z gruczolków tegoż powstały, w takim bowiem razie i inne błony śluzowe, jak gardziel, krtań również bogato uposażone w gruczolę, w usunięciu nadmiaru preparatów jodu nie mniejszą powinny odgrywać rolę co i gruczolę błony śluzowej nosa. Ta właściwa tylko błonie śluzowej nosa skłonność przemawia więc zatem, że dla oswobodzenia ustroju od nadmiaru jodu w jamie nosowej istnieją najdogodniejsze warunki, że istota mózgowa w najkrótszym czasie wszystkimi drogami a zatem i przy pomocy naczyń chłonnych nosa do celu tego podąża; b) za takim znaczeniem naczyń chłonnych nosa przemawiają, oprócz kilku opisanych przypadków śluzotoku nosowego (*rhinorrhoea*) i spostrzeżenia GIRARD'a, który w r. 1881 obserwował przypadek uleczenia przewlekłego wodogłowa (*Hydrocephalus chr.*), po często następujących obfitych wypływach surowicznych z nosa [płyn mózgowo rdzeniowy?]. Przy zapchaniu jamy nosowej prawidłowy odpływ płynu mózgowo rdzeniowego przez obie wskazane drogi napotykać musi na poważne przeszkody. 1) Ponieważ powierzchnia oddechowa przy oddechaniu no-

sem większą jest niż przy oddechaniu ustami [VOLTOLINI], przeto przy ostatnim sposobie oddechanie i wessanie krwi żyłnej ze strony płuc staje się mniejszem, łatwo więc powstają przekrwienia zastoinowe, zwłaszcza w takich miejscach jak w zatoce opony mózgowej twardej, która, nie posiadając zwykłych włókien mięśniowych, nie może prawidłowo podtrzymywać krwioobiegu żylnego; b) BRAUNE i CLASEN wykazali, że wahania w ciśnieniu powietrza, którem oddechamy, przy oddechaniu ustami są mniejsze niż przy oddechaniu nosem. U silnego mężczyzny manometr wprowadzony do jednej połowy nosa przy zamkniętych ustach wskazywał siłę ssącą 40—60 mm., przy oddechaniu zaś ustami i drugą połową nosa 2 mm., przy wyłącznem oddechaniu ustami i zamknięciu 2-ego otworu nosowego 4 mm.. Przy oddechaniu więc nosem wessanie płynu limfatycznego z błony śluzowej nosa łatwiej się skutecznia, co bardziej sprzyja odpływowi płynu mózgowo-rdzeniowego niż przy oddechaniu ustami. Przy wyłącznem oddechaniu ustami łatwo powstają przeszkody w odpływie limfy, wskutek czego odpływ płynu mózgowo-rdzeniowego za pomocą naczyń żylnych znacznie się wzmaga. Ponieważ jednakże przy oddechaniu ustami powstają jednocześnie zakłócenia i zastoje w krwioobiegu żylnym, przeto według HYRTL'a dane dla objaśnienia powstającego często przy zapchaniu jamy nosowej uczucia ciśnienia w okolicy ciemieniowej znajdujemy w przekrwieniu zatok podłużnej górnej i potylicowej. Według HYRTL'a, FRAENKEL'a i PETER'a przy przekrwieniu i zatorze zatoki strzałkowej górnej przez samodzielne krwawienia z jamy nosowej, krwioobieg wewnątrz-czaszkowy staje się łatwiejszym uczucie zaś ciśnienia w okolicy ciemion na czas pewien znika. W tym samym kierunku często działają upusty krwi przy stawianiu do nosa pijawek lub po zastosowaniu galvano-kauteru: po środkach tych następuje czasowe opróżnienie zatok podłużnej górnej i potylicowej i ból głowy w okolicy ciemieniowej przechodzi. Być może, że i *clavus hystericus*, ćwiek hysteryczny, często zależy od przekrwienia zatoki sierpowatej górnej wskutek obrzmienia i przerostu błony śluzowej nosa. O bólach tyłogłowa czyli bólach w okolicy potylicowej przy cierpieniach jamy nosogardzielowej wspominają już TROELTSCH, WENDL i inni. LUSCHKA objaśnia powstające podczas przebiegu chorób gardzieli i umiejscawiane przez chorych w głębi czaszki bóle, rozprzestrzenieniem się gałązki gardzielowej nerwu trójdzielnego w przelyku i w wylotach trąbek EUSTACHIJUS'za. TORNWALDT przy istnieniu guzów torbielowych *bursae pharyngeae* spostrzegł bóle w karku ¹⁾ lecz czy ból ten nie powstaje pod wpływem ucisku wywieranego ścianami guzów, na przebiegające w jamie nosogardzielowej końce nerwów, bliżej nie objaśnia. Ponieważ jednakże ból według TORNWALDT'a powstaje tylko przy ruchach głowy, a jak wykazał GANGHOFNER ²⁾, *bursa pharyngea* znajduje się w przedziale między obydwoma mięśniami prostemi i przednimi głowy (*mm. recti capitis antici*), wskutek czego wydzielina prawidłowo przez nią dostarczana przy ruchach tych mięśni stale opróżnioną zostaje, to przy powstaniu, przez zamknięcie kanału ujściowego *bursae*, guza torbielowego, takowy

¹⁾ V. ZIEMSENS. Handb. VII. 1. str. 252—275. 2-ie wydanie.

²⁾ Die Tonsilla und Bursa pharyngea. Sitzungsbericht der k. k. Akademie der Wissenschaft. Tomt 78. str. 182. Rozdz. 3.

objętością swoją znacznie ograniczyć może kurczliwość mięśni głębokich szyi i gardzieli, wywołując podczas skurczu tychże bóle w karku i tyłogłowiu.

Tego rodzaju bóle tyłogłowia powikłane sztywnością w karku i bólami w głębokich mięśniach szyi często na czas dłuższy udawało się usunąć, po zniszczeniu zgrubień błony śluzowej nosa, nigdzie jednakże w opisanych przypadkach związku między wyszczególnionym szeregiem objawów a cierpieniem jamy nosowej dostatecznie nie uwzględniono. W jednym przypadku ZIEM'a³⁾, prócz znacznego obrzmienia błony śluzowej nosa, stwierdzono istnienie ropienia w zatokach nosa, które, sądząc z wyników leczenia, wywoływało silne bóle tyłogłowia. ZIEM stosując przepędzania powietrza kilkakrotnie był w stanie usunąć bóle głowy, co przypisuje ułatwionemu odpływowi ropy z zatok. W r. b. przez czas dłuższy spostrzegałem przypadek, w którym przyczyną istniejących bólów w karku, mięśniach głębokich szyi i w tyłogłowiu bezpośrednio dopatrzeć się i w znacznej mierze usunąć byłem w stanie. Przypadek dotyczy 14-letniego chłopca, którego w Styczniu r. b. z powodu bólów przy łykaniu, sztywności w mięśniach karku i bólu tyłogłowia umieścić musiałem w szpitalu. Przy badaniu znalazłem ostry nieżyt gardzieli, sztywność w mięśniach karku i znaczną nadczołość w skórze głowy. Ruchy głowy zarówno ku przodowi jak i ku tyłowi okazały się prawie zupełnie zniesionymi. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia zapalenie gardzieli po kilku dniach przeszło, natomiast sztywność w karku i bóle tyłogłowia jeszcze bardziej się wzmogły. Przypuszczając, że mam do czynienia z ostrem zapaleniem mięśni szyjowych (*myositis acuta*), zalecałem choremu stopniowo prawie wszystkie swoiste leki przy gościu zachwalane: kwas salicylowy, salicylan sodu, salol, zewnątrz zaś wcierania szarej maści.

Środki te na cierpienie chorego najmniejszego nie wywarły skutku. Przy zbadaniu jamy nosowej i noso-gardzielowej, które z powodu częstych krwawień z nosa u chorego przedsięwziąłem, w jamie nosowej znalazłem: nieznaczne zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej. Jama noso-gardzielowa w dolnej części w wysokim stopniu okazała się zwężoną wskutek wystającego do niej, w postaci guza wielkości orzecha włoskiego, kostnego obrzmienia najbardziej ku tyłowi i dołowi skierowanego odcinka przegrody nosowej; kostne to obrzmienie przylegało prawie do tylnej ściany gardzieli i prawdopodobnie wywierało ucisk na głębokie mięśnie szyi. Ponieważ u chorego skonstatowałem na wielu miejscach, zwłaszcza na skórze szyi w okolicy gruczołów limfatycznych blizny, powziąłem podejrzenie, że obrzmienie kostne przegrody zależy musi od przymiotu. Choremu zaleciłem jodek potasu [Əjj na 3v] 2 razy dziennie po łyżce stołowej. Wszystkie objawy stopniowo zaczęły znikać. Po użyciu 4 flaszek, sztywność karku, bóle tyłogłowia zupełnie ustąpiły, ruchy głowy szczególnie ku przodowi stały się zupełnie niebolesnymi, pozostawał tylko lekki ból mięśniowy przy chęci silnego zadarcia głowy ku tyłowi, lecz i ten po wypiciu 5-ej flaszki zupełnie prawie znikł. Chorego po 5 tygodniowym pobycie w szpi-

³⁾ Monatschrift für Ohrenheilkunde. Nr. 4. 1880.

talu wypisałem zupełnie zdrowego; przy zbadaniu jamy noso-gardzielowej kostne obrzmienie przegrody nosowej okazało się znacznie mniejszem.

Do nerwic zwrotnych w znacznej odległości od nosa powstałych i w pokąźniejszej liczbie w literaturze opisanych należą: *enuresis nocturna*, padaczka, *globus hystericus*, połowiczny ból głowy, bezgłos histeryczny, kłus, astma i zapalenia oskrzeli [SOMMERBRODT].

O *enuresi nocturna*; o zależności cierpień tych, od zapchania jamy nosowej obszerną wzmiankę znajdujemy u MAYOR'a z Mortrical ¹⁾, ZIEM'a ²⁾ i ERLLENMEYER'a ³⁾ z Bendorfu. Wszyscy wymienieni autorzy, jak i przy zmorze, prócz zaburzeń w wymianie gazów wywołanych niedrożnością nosa, przyjmują jeszcze istnienie przeszkód w krążeniu żylnem oraz naczyń limfatycznych, przeszkód zależnych od zapchania jamy nosowej. Ponieważ ERLLENMEYER w zacytowanym już dziele przeprowadza pogląd, że *enuresis*, bezwiedne oddawanie moczu, trwoga nocna i padaczka często przechodzą jedna w drugą, przeto padaczka prawdopodobnie zależy musi od tych samych przyczyn co i obie pierwsze choroby. W wielu przypadkach, gdzie padaczka współcześnie z cierpieniem jamy nosowej się przejawia, ERLLENMEYER sądzi, że mamy do czynienia nie z nerwicą zwrotną pochodzenia nosowego, lecz z następstwami niedostatecznego oddychania, które przy niedrożności jamy nosowej ustami odbywać się musi, wskutek czego, jak już niejednokrotnie wykazałem, łatwo powstaje przekrwienie mózgu. Przyjmując zaś przekrwienie mózgu za główny moment etjologiczny w powstawaniu padaczki, łatwo zrozumiemy, że po usunięciu cierpienia nosowego, prowadzącego często do omawianego zejścia, w niektórych przypadkach, jak wykazali HACK, HARTMAN, LOEWE i ZIEM, padaczkę na zawsze uleczyć się daje.

Globus hystericus et oesophagismus. Na zależność cierpień tych od zmian chorobowych w tylnym odcinku nosa i jamy noso-gardzielowej wskazali już rozmaici autorzy, przeważnie zaś HYRTL ⁴⁾. HYRTL na *globus hystericus* zapatruje się jako na skurez mięśni gardziel ścieśniających. Niekiedy uczucie dławienia i obcego ciała w gardzieli objaśniają czasowo występującem obrzmieniem błony śluzowej nosa, gdyż jeżeli chorych zmusimy na pewien czas wciągać w nos aromatyczne substancyje, to wskutek podrażnienia ciał jamistych następuje chwilowe obrzmienie błony śluzowej nosa i uczucie dławienia w gardle. Bezgłos, *aphonia*, w [szczupłej] tylko ilości przypadków stanowi nerwicę zwrotną pochodzenia nosowego, zwłaszcza bezgłos histeryczny, [HERYNG autor], częściej takowy powodują warunki mechaniczne w jamach nosowej i noso-gardzielowej istniejące. MICHEL ⁵⁾ utrzymuje, że przy przeroście migdałków nie tylko że działalność strun głosowych wzrasta, lecz i współcześnie kurczące się mięśnie podniebienia usilniej pracować muszą, wskutek czego łatwo powstać może niedostateczność (*insufficiencia*) odpowiednich mięśni, a zatem i bezgłos.

¹⁾ Podręcznik ZIEMSEN'a XII. str. 137. 1876.

²⁾ Allgem. Medicin Central. Zeitung. 1885. Nr. 64. Monatsch. f. Ohrenh. 1885. Nr. 9. str. 278.

³⁾ Principien der Epilepsie Behandlung. 1886. str. 23 i 37.

⁴⁾ Topograph. Anatomie Tom. I. str. 542. 1871.

⁵⁾ Die Krankheiten der Mund und Rachenhöhle. 1875.

ZIEM podaje opis 2 przypadki bezgłosu u śpiewaczek, który po usunięciu przerosłych końców tylnych muszel dolnych zupełnie przeszedł. Poprawę głosu w obu tych przypadkach ZIEM nie uważa za uleczoną nerwicę zwrotną pochodzenia nosowego, lecz przyjmując pod uwagę znany fakt, że podczas mowy i śpiewu, ściany jamy nosowej współcześnie z strunami głosowymi drgać muszą dla objaśnienia osiągniętego wyniku do następującego rozumowania się ucieka. Współdrżanie ścian jamy nosowej, przy istniejących zgrubieniach w teźże, zostaje utrudnionem, praca strun głosowych znacznie wzrasta, a zarazem powiększają się warunki sprzyjające powstaniu niedostateczności mięśni tychże. Analogiję według ZIEM'a przedstawia bolesne oddawanie moczu przy przeroście gruczołu krokowego. Zjawiska tego nikt nie uważa za nerwicę zwrotną zależną od cierpienia gruczołu krokowego i dającą się usunąć po wyłuszczeniu tegoż, gdyż takowe zupełnie wytłómaczyć się daje anatomicznymi i fizyologicznymi trudnościami podczas oddawania moczu, przy cierpieniu tam istniejącem.

HYRTL w r. 1871 i v. TROELTSCH w 1877 r. wykazali, że bóle tyłogłowia, nerwoból czołowy i prawdziwa migrena często pozostają w związku z przewlekłymi cierpieniami nosa i gardzieli. ZIEM ¹⁾ z wielu przypadków w których po usunięciu cierpienia nosowego zniknęła i migrena, wspomina tylko o 5. We wszystkich tych przypadkach istniało ropienie w zatokach nosowych, które wprawdzie nie zostało stwierdzonem przez chirurgiczne otworzenie zatok, lecz które na mocy spostrzeganych objawów według ZIEM'a nie ulegało żadnej wątpliwości. 1) U wszystkich chorych migrena zniknęła po perjodycznym następującym odpływie ropy z nosa. 2) U niektórych chorych, cierpiących na ranne wymioty a u których stwierdzono ropienie w zatoce HIGHMOR'a, wymioty ustawały po zebraniu się ropy w nosie po odejściu teźże przez oczyszczanie nosa. 3) Przy przepłukiwaniu jamy HIGHMOR'a niektórzy chorzy skarżyli się na darcie w odpowiedniej połowie głowy, na bóle w oku po tej samej stronie i na uczucie jakby takowe siłą wypchanem zostało z oczodołu. Objawy te łatwo występowały przy zapchaniu ujść zatok korkami ropnemi lub osadzającemi się środkami leczniczymi [ałun], najdokładniej zaś dawały się spostrzegać w przypadkach obustronnego ropienia, zwłaszcza gdy przy nader łatwym oczyszczaniu jednej z zatok, ciecz wstrzyknięta w drugą, bardzo wolno odpływała. ZIEM więc napady migreny czyni zależnemi od steku ropy przez zbyt wąskie lub obrzmiałe ujścia zatok, upatrując w zjawisku tem analogiję, jaka istnieje między kolką nerkową i żółciową, przy których ból również powstaje wskutek przeciskania się kamieni nerkowych i żółciowych przez wąskie kanały. Uleczenie migreny po przypaleniu żegadłem galwanicznym lub usunięciu polipów w przypadkach opisanych przez HACK'a i SCHAEFFER'a obecnie łatwo objaśnić sobie możemy drogą nader prostą. Po przypaleniu obrzmiałej błony śluzowej nosa lub usunięciu polipów, drożność jamy nosowej staje się większą, ujścia zatok swobodniejszemi, łatwiej więc skutecznia się odpływ wydzieliny z zatok, chłonicie ze strony płuc wzrasta, przekrwienie błony śluzowej nosa przez samą operacyję zostaje znacznie zmniejszone, a z niem i zastój w zatokach opony mózgowej twardej.

1) Allg. medic. Centr. Zeitung Nr. 35. 36. 1880.

W najnowszych czasach EULENBURG ¹⁾ zbija pogląd, jakoby cierpienia nosa ważną miały odgrywać rolę przy powstawaniu migreny, zwłaszcza u osób, które już z lat dzieciennych zdradzają rozstój nerwowy; EULENBURG przypuszcza, że na wywołanie połowicznego bólu głowy znaczny wpływ w tych razach wywiera istniejąca skłonność do wahań w krwiobiegu wewnątrz-czaszkowym (*endocraniale Schwankungen*) i znaczna wrażliwość gałązek nerwu trójdzielnego, opony mózgowo umerwiających.

A s t m a. Przy objaśnieniu powstawania astmy teoria nerwic zwrotnych jeszcze mniej niż przy innych zaburzeniach nerwowych może znaleźć zastosowanie.

Niektóre czynniki odznaczają się zdolnością bezpośredniego wywoływania duszności i napadów astmatycznych, tu należą: obecność w powietrzu kurzu, pyłu lub pobudzenie nerwu węchowego pewnymi środkami drażniącymi, jak np. proszkiem ipeki. Za przypuszczeniem tem przemawia częste pojawianie się napadów duszności u kuśnierzy, młynarzy, aptekarzy i tapicerów. Ponieważ nos ochrania płuca od ciągłego oziębiania i utraty wody i od przenikania substancji drażniących, to przy wykluczeniu jamy nosowej z czynności oddechowej, szereg szkodliwości na powierzchnię oddechową płuc oddziaływających znacznie wzrasta. Przy istniejącej wrażliwości układu nerwowego lub zmianach chorobowych w krtani, oskrzelach, płucach i sercu, powyższe szkodliwości, właściwie zaś mówiąc ciągle drażnienie jakiemu podlegają gałązki nerwów błędnych ze strony suchego, chłodnego i nasyconego kurzem powietrza, łatwo dają powód do powstawania duszności i napadów astmatycznych. Dla powstawania astmy przy cierpieniach jamy nosowej, doniosłe znaczenie ma następująca okoliczność. Przy wyłącznym oddechaniu ustami, powierzchnia oddechowa staje się znacznie mniejszą [VOLTOLINI] ilość zaś tlenu doprowadzonego do płuc skąpszą. Ponieważ współcześnie przy zapchaniu jamy nosowej rytm oddechowy znacznej ulega zmianie, oddech staje się częstszym i powierzchowniejszym, przeto łatwo powstają przeszkody w wymianie gazów między powietrzem a krwią płucną, w ostatniej coraz bardziej nagromadza się kwas węglany, który powoduje drażnienie rdzenia przedłużonego i prowadzi do napadów astmatycznych. [C. d. n.].

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W redakcyi naszego pisma są do nabycia po 5 złotych reńskich karty uczestnictwa na V zjazd lekarzy i przyrodników polskich mający się odbyć we Lwowie od 18—21 Lipca r. b.

— Wydział gospodarczy Zjazdu uprasza kolegów udających się na zjazd, o zawiadomienie czy zechcą wziąć udział w projektowanej wycieczce do Iwonieza w d. 22 Lipca.

Lwów. Na zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie ogłoszono w ostatnich dniach następujące odczyty:

D-r H. Pacanowski z Warszawy „Kilka uwag w kwestyi t. zw. zanikowego nieżytu żołądka“.
D-r Ż. Krówczyński ze Lwowa „Poronne leczenie kiły“. Tenże „Jakie leczenie kiły daje najlepsze wyniki“. — Prof. D-r Hława z Pragi „O t. zw. infekcyi hemorrhagicznej“. Tenże „O durze osutkowym ze stanowiska etyologicznego i anatomo-patologicznego“. — Docent D-r Obrzut z Pragi „O przyczynach anatomicznych żółtaczki w przebiegu zapaleń śródmiąższowych chronicznych wątroby“.

¹⁾ Zur Aethiologie und Therapie der Migraine. Wien. Med. Presse. Nr. 1. 2. 1887.

Tenże „O ostrym ziarnistym zaniku nerek po płonicy“. — **D-r T. Stachewicz z Gerbersdorfu** „Rokowanie w gruźlicy płuc“. — **D-r Sokołowski z Warszawy** „O wyleczalności i leczeniu miejscowem t. zw. suchot krtaniowych“. — **D-r Jakowski i D-r Chrostowski z Warszawy** „Epidemiczne zapalenie płuc i wyniki badań bakteriologicznych, dokonanych podczas spostrzeganej w Warszawie epidemii“. — **D-r Święcicki z Poznania** „Ustilago maidis w połoźnictwie“. Tenże „Histologija macicy u noworodków“. — **D-r Fr. Neugebauer (syn) z Warszawy** „Kazuistyka 125 przypadków przetok pęcherzowo-maciczyznych“. Przyczynek do nauki o przetokach moczopłciowych u kobiet z demonstracją metody operowania i specjalnego zastosowania **L. Neugebauera** ojca. Tenże „Spondylolisthesis i spondylolizema“ przyczynek do nauki o zwięzieniach macicy z demonstracją preparatów kostnych rysunków i fotogramów. — **D-r Oltuszewski z Warszawy** „Przyczynek do rozpoznawania i leczenia kiły [przymiotu] krtani“. — **Prof. D-r Cybulski i docent D-r Głuziński z Krakowa** „O parciu ościennem w żyłach i sposobach oznaczenia tegoż“. — **Czapliński i Rosner, kandydaci medycyny z Krakowa** „O drogach, któremi tłuszcz i mydło z jelit dostają się do ogólnego obiegu“. — **A. Beer z Krakowa** „O pobudliwości różnych miejsc samego nerwu“. — **Prof. D-r Cybulski z Krakowa** [ewentualnie] „O ciałkach nerwowych **prof. Adamkiewicza**. — **M. Dobrowolski z Krakowa** „Rzut oka na ważniejsze lekowzory Europy i Ameryki“. — **D-r A. J. Rolle z Kamieńca Podolskiego** będzie miał odczyt na ogólnem zebraniu p. t. „Dziedziczość obłąkania“. — **D-r Pisek ze Lwowa** „O leczeniu gorączki wobec nowszych pojęć o gorączce“.

PROGRAM

V Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich we Lwowie w 1888 roku.

We Wtorek, 17 Lipca.

Poufne zebranie towarzyskie celem wzajemnego poznania się w lokalu kasyna miejskiego [ul. Akademicka 13] o godzinie 8½ wieczorem.

We Środę, 18 Lipca.

O godzinie 10 przed południem: Otwarcie Zjazdu pierwsze Walne Zgromadzenie w wielkiej sali ratuszowej.

O godzinie 4 po południu: Otwarcie Wystawy higieniczno-lekarskiej i dydaktyczno-przyrodniczej.

Wieczorem: Koncert w Ogrodzie miejskim, w razie niepogody zebranie w salonach Koła literackiego.

We Czwartek, 19 Lipca.

O godzinie 9 rano: Posiedzenia sekcyjne.

O godzinie 4 po południu: Posiedzenia sekcyjne.

Wieczorem: Recepcja dana przez reprezentację miasta Lwowa w wielkiej sali ratuszowej.

W Piątek, 20 Lipca.

O godzinie 9 rano: Posiedzenia sekcyjne.

Po południu, Zwiedzenia osoblności miasta Lwowa, szpitali, zakładów i zbiorów naukowych — oraz wycieczki w okolicy: do Dublan, Kulparkowa i t. d.

Wieczorem: Zabawa ogrodowa na Wysokim Zamku, w razie niepogody wieczorem w Kasynie miejskim.

W Sobotę, 21 Lipca.

O godzinie 10 rano: Drugie Walne Zgromadzenie i zamknięcie Zjazdu.

Wieczorem: Uczta dana przez Wydział gospodarczy.

W Niedzielę, 22 Lipca.

Wycieczka: 1) do Podhorzec, 2) do Drohowyża, 3) do Iwonicza, 4) przez Kołomyję do Słobody rungruskiej i na Czarnohore, 5) w Beskid przez Skole do Ławoczyń.

Uwaga. Szczegółowy program ogłoszony będzie w numerze 1 „Dziennika Zjazdu“, który wyjdzie dnia 17 Lipca bieżącego roku.

D-r med. Stanisław Bęklewski

ordynuje, jak zwykle, w PIATYGORSKU i na grupach
w ciągu całego sezonu.

6-1

D-r Stanisław Prager,

ordynuje jak dawniej

w Marienbadzie.

3-2

W POŁADZE

podczas sezonu kąpielowego (od Lipca) ordynować będzie

D-r J. ALEKSA.

2-2

D-r F. Chłapowski

ordynować będzie w tem lecie jak poprzednio

w Kissingen (w Bawaryi).

6-3

D-r Mieczysław Kittel

praktykuje jak zwykle od 10-go Maja w Francensbadzie,
(Podczas sezonu zimowego w Meranie).

6-3

W Karlsbadzie (Schwarzer Löwe) ordynuje jak lat poprzednich

Docent d-r Jaworski.

4-3

Docent D-r A. Mars

ordynować będzie w porze kąpielowej począwszy od 12-go Czerwca b. r.

w Krynicy.

5-4

„KARLSBAD“

D-r Hassewicz udzielać będzie porady lekarskiej przez cały sezon kuracyj-
ny. Mieszka w domu „Kopernik“.

3-3

D-r Lesław Gluziński

b. asystent Uniw. Jagiel.

ordynować będzie w sezonie bieżącym podobnie jak lat poprzednich w Szczawnicy
Zakład górny Nad Zdrojami.

7-6

D-r Jan Rosner

ordynuje we Francensbadzie

(Goldene Stern).

8-6

D-r MAJKOWSKI

praktykować będzie przez całą porę kuracyjną
w Busku.

12-7

Docent D-r Smoleński

ordynuje jak dawniej

w Jaworzcu (na Śląsku).

6-5

D-r Med. Zdzisław Nieszkowski

6-5

(z Warszawy)

w r. b. jak w latach poprzednich ordynować będzie w Szczawnicy od 20 Czerwca.

D-r T. Zaremba

ordynować będzie w roku bieżącym jak zazwyczaj

w Szczawnicy Dom W-go D-ra Trembeckiego.

10-7

FABRYKA WÓD MINERALNYCH

MAGISTRA FARMACJI

W. Karpińskiego

w WARSZAWIE

poleca.

**WODY ŻELAZO-ARSENICALNE
LEVICO I RONCEGNO.**

Używa się ich podług wskazań lekarza od jednej do 5 łyżek dziennie, a sprzedaje się tylko za receptami Doktorów.

UWAGA.

Każda łyżka wody Levico z awiera tyle soli arsenikalnej co 10 kropeł Liquor. arsenicalis Pearsonii, a Roncegno tyle co 15 kropeł — buteleczka zawiera 18 do 20 łyżek stołowych — Cena 40 kop.

10—2

WIELKI MIKROSKOP

0—2

po ś. p. D-r Jędrzejewicz do sprzedania w magazynie optycznym G. GERLACHA

KAPIELE JODOWO-SOLANKOWE

BAD HALL

Górna Austryja.

Najsilniejsza solanka jodowa na kontynencie. Pomyślny skutek leczniczy we wszelkich cierpieniach skrofulicznych, niemniej i dolegliwościach organów moczowo-płciowych oraz ich skutkach. Wyborowe urządzenia kąpielowe (kuracyja wodami i kąpielami, inhalacyje, mięsienie, kefir). Szczęśliwe warunki klimatyczne, stacyja drogi żelaznej. Droga przez Linz nad Dan.

Sezon od 15 Maja do 30 Września

Dokładny prospekt w wielu językach wysyła

Zarząd kuracyjny BAD HALL.

5—4

Ktoby z Szanownych Kolegów życzył sobie mieć Felczera (młodszego) mającego 4 lata praktyki szpitalnej i ucziwego pracownika raczy się zgłosić listownie do mnie:

D-r Tchórznicki, Lekarz Szpitala w Sterdyniu. Gub. Siedlecka,

st. pocz. Sokołów— Sterdyń.

3—3

Miejsce kuracyjne **SALZBRUNN,** na Szlązku.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

OBERBRUNNEN

Źródło alkaliczne pierwszorzędne znane pod względem leczniczym od r. 1601. Odznacza się wyborowym smakiem i zawartością przewyborowych środków leczniczych przeciw chorobom narządów oddechania, żołądka, narządów moczowych, pedogrze i t. d.

Wysyłkę uskuteczniają w każdej porze roku

Salzbrunn na Szlązku

Furbach i Strieboll.

26—13



FABRYKA WÓD MINERALNYCH

Magistra Farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w WARSZAWIE

ulica Mirowska Nr. 3.

OSTRZEŻENIE.

Pragnąc zapobiedz licznym niedogodnościom jakie powstają w skutek zamiany syfonów, bądź to z powodu podobieństwa syfonów jednych do drugich, lub złej woli, z dniem 6 Maja zaprowadziłem syfony specjalne do wód mineralnych, znacznie większe od tych jakie używane są w Warszawie. Każdy syfon opatrzony jest napisem w szkłe **Woda wyrobu fabryki W. Karpińskiego — Syfon własność fabryki.** Panowie więc fabrykanci, którzyby pomimo tak wyraźnych cech używali wspomnianych syfonów do sprzedaży w nich swoich wyrobów do odpowiedzialności sądowej pociągnięci zostaną.

10—6

W. Karpiński.

SOLEC

w Gub. Kieleckiej, powiecie Stopnickim

Najsilniejsze i najskuteczniejsze ze znanych wody siarczano-gorzkie, jod i brom w obfitości zawierające. Kąpiele mineralne, mułowe, masaży, elektroterapija.

Bale, reuniony, muzyka, czytelnia i fortepian. Mieszkania wygodne, hotel, restauracyja po niskich cenach. Sezon od 20 Maja do 15 Września. Droga do Kielec koleją, zkaąd 8 mil karętką pocztową lub doręzką.

6—5

KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higieniczne dostać można w następujących aptekach:

Biehiera ul. Nalewki
Borowskiego ul. Przejazd
Grabowskiego ul. Bielańska
Habielskiego ul. Stare-Miasto
D-ra Heinricha pl. Teatralna
Karpińskiego ul. Elekoralna
Kucharzewskiego ul. Miodowa
Lerowskiego ul. Marszałkowska

Lilpola ul. Nowy-Swiat
Rutkowskiego ul. Długa
Sobolewskiego ul. Dzika
Turskiego ul. Karmelicka
Wendy i Wiorogórskiego ul. Krak.-Przedm.
Wróblewskiego ul. Krakowskie-Przedmieście
Ziemsńskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL I GESSNER

Właściciele apteki Jerozolimka 27.

Uwaga. Grzybki do robienia kefiru sprowadzane wprost z Kaukazu apteka posiada stale świeże. Zapotrzebowania z prowincyi (na grzybki z informacyją przygotowywania) natychmiast załatwiamy.

12—7