

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI 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 miesiąc, następne 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: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. JAN SĘDZIAK. Przyczynę do kazuistyki ciał obcych w tchawicy. — II. WŁ. GAJKIEWICZ. Najnowsze poglądy na fizyologję mózgu [Dalszy ciąg]. — III. ED. PRZEWOSKI. Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowej (*hernia diaphragmatica*) z ogólnemi uwagami o tejże chorobie. — Piąty zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie [Dokończenie]. — 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 tętnic 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 dziem 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 duszniczej 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 najmniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemisrania 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. 18.

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—35

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kłbiecego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—6

D-r E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w Meranie, Marktgasse 5,
od 15 Maja do 15 Września w Gleichenbergu, Villa Max.

12—2

D-r TYMOWSKI

praktykować będzie w tym roku, podobnie jak i lat poprzednich

w **SAN REMO.**

6—2

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—21

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU D-RA SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

I. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI CIAŁ OBCYCH W TCHAWICY.

Napisał

Jan Sędziak,
asystent oddziału.

Jakkolwiek bogatą jest kazuistyka ciał obcych w drogach oddechowych [krtani, tchawica, oskrzela], jak o tem świadczą liczne prace, a głównie SOLIS-COHEN'a ¹⁾ i klasyczna monografia POULET'a ²⁾, to jednak i przypadek, przez nas spostrzegany, zasługuje na opisanie ze względu na pewne właściwości.

Rubstein, lat 14 liczący, z Radomia, przybył do ambulansu dla chorób gardlanych w szpitalu Ś-go Ducha dnia 11 Maja 1888 roku.

Chory opowiada, że przed 3 miesiącami połknął pestkę dyni, przyczem wystąpił zaraz silny napad duszności i kaszlu, które to objawy wkrótce powoli ustąpiły, jakkolwiek niezupełnie, gdyż duszność zwłaszcza trwa i dotąd.

Przy badaniu znaleziono: chory dość wynędzniały, już z daleka słycać utrudnione oddechanie, przedstawiające typ t. zw. *stenosis inspiratoria*. Gardziel zmian żadnych nie przedstawia, w krtani natomiast, poniżej strun prawdziwych widać jakieś ciało, stojące w poprzek głośni, której prawie całą tylną połowę zajmuje. Ciało to, koloru szarawo-białego, wyraźnie odbijało od pozostałych części krtani, dość silnie zaczerwienionych, zwłaszcza z lewej strony [struna fałszywa lewa, więz nagłośnio-nalewkowy lewy]. Błona śluzowa tchawicy również dość mocno zaczerwieniona. Kształt i kolor ciała był taki, że można było uznać opowiadanie chorego za prawdopodobne. Dla dokładniejszego zbadania, choremu zalecono przyjść nazajutrz, przyczem wynik badania okazał się zupełnie podobnym z tą różnicą, że ciało zdawało się być jakoby wkliniwanem w tylną ściankę krtani [przypuszczalnie na wysokości chrząstki obrączkowej] wierzchołkiem zaś zwrócone było do światła krtani.

Zmiana ta w położeniu wspomnianego ciała naprowadzała na myśl, że jednak musi ono być ruchomem. Ażeby się o tem przekonać, D-r Sokołow-

¹⁾ „Encyclopédie internationale de chirurgie“ GOSSELIN'a. Paris 1886 p. 47.

²⁾ „Traité de corps étrangers en chirurgie“. Paris 1879 p. 360.

ski postanowił zakokainować krtań chorego, zachowując przy tem wszelkie ostrożności.

Przy kokainowaniu wystąpił silny napad kaszlu, przyczem chory wykrztusił znaczną ilość mocno cuchnącej wydzieliny ropnej, w której napróżno upatrywaliśmy pestki. I rzeczywiście przy nowem badaniu lusterkiem krtaniowym, okazało się, iż ciało tkwiło w tem samym miejscu i w tej samej postaci. Zdawało się przeto pozornie, że jest ono nieruchomem, wklinowanem mocno w tylną ściankę krtani, przeciw temu jednak stanowczo przemawiały następne wielokrotnie dokonywane badania, gdyż chwilami się zdawało, że ciała obcego już nie ma, przy kaszlu jednak znowu się w poprzednim miejscu zjawiało. Już *à priori* można było przewidzieć, że próby wyjęcia pestki drogą wewnątrz-krtaniową nie doprowadzą do celu. Z jednej strony bowiem ciało to było zbyt nisko umiejscowionem [prawdopodobnie na wysokości chrząstki obrączkowej, a być może jeszcze niżej], tak, że dotrzeć do niego było niezmiernie trudno, z drugiej strony stawała na przeszkodzie ruchomość ciała, nie ulegająca wątpliwości, a wreszcie wąskość szpary głosowej w porównaniu z przypuszczalną znaczną objętością obcego ciała. W każdym razie D-r Sokołowski postanowił probować wyjęcia pestki na drodze wewnątrz-krtaniowej, licząc głównie na rzadką rzeczywiście cierpliwość chorego. Niestety kilkakrotne próby usunięcia tą drogą ciała, przy pomocy różnorodnych odpowiednich narzędzi, nie doprowadziły do celu, zarówno przy użyciu lusterka krtaniowego, jako też bez takowego w położeniu chorego na brzuchu ze zwieszoną głową. Przy każdej z tych prób chory doznawał znacznych napadów duszności i kaszlu, przyczem odpływał za każdym razem wielkie masy mocno cuchnącej ropnej płwociny. Nie pozostawało przeto nic innego, jak tylko wydobycie pestki drogą sztuczną przez ranę tracheotomijną. W dniu poprzedzającym operację przecięcia tchawicy, na którą zarówno chory jak i rodzice z trudnością dali się namówić, chory był przedstawianym w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem.

Dnia 16 Maja prof. Kosński przystąpił po poprzednim zachloroformowaniu chorego, do przecięcia tchawicy, sprobowałszy poprzednio jeszcze raz pod chloroformem wydobycia ciała drogą wewnątrz-krtaniową. Po przecięciu 3 pierwszych chrząstek tchawicy i rozszerzeniu rany, w pierwszej chwili żadnego ciała zauważyć się nie dało, gdy jednak u chorego wystąpił napad kaszlu, w ranie można było spostrzedz jakieś białe ciało, które z łatwością dało się wyciągnąć; okazało się, iż była to zwykła pestka dyni.

Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny: chory nie gorączkował, kaszel coraz się zmniejszał [w płucach nieco rzężeń] płwocina wkrótce straciła swój pierwotny charakter i zmieniła się na zwykłą śluzową. Po 4 dniach rurkę wyjęto, rana jednak w tchawicy dość powoli się goiła.

Jak wspomnieliśmy na wstępie, liczne są przykłady uwięźnięcia ciał obcych w drogach oddechowych. Najczęstszą przyczyną bywa wdech nagły

mimowolny, lub sztucznie wywołany podczas trzymania w jamie ustnej pokarmu, lub jakiegokolwiek ruchomego przedmiotu. Ciekawe są niezmiernie dane, ty-
czące się natury ciał obcych; należą do nich albo ciała płynne [woda, krew,
ropa, pokarmy płynne], lub stałe, że przytoczymy główniejsze z nich: pa-
ciorki, igły, szpilki, monety, guziki, kamienie, gwoździe, obrączki, rurki tra-
cheotomijne, świstawki, groch, fasola, orzechy, ziarnka zboża, kawy, arbuza,
zęby, kości, ości kawałki mięsa, pijawki, ostrygi, robaki, ryby i t. d..

Najczęściej przypadki przedostawania się ciał obcych do dróg oddecho-
wych zdarzają się u dzieci. Na 102 przypadków ARONSSOHN'a, 40 przypada na
wiek od 1—10 lat, 15 zaś tylko przypadków na wiek od 10—20 lat. Tym spo-
sobem przypadek nasz należy do rzadszych, dotyczy on bowiem 14-letniego
chłopca. Nie trudno nam będzie zrozumieć przyczynę częstości tych przypad-
ków w wieku dziecięcym, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że dzieci mają
zwyczaj wprowadzać do jamy ustnej wszystko, co do rąk im się dostanie.

Nie mniej stosunkowo częstemi są przypadki u starców, co tłumaczy się
znowu osłabieniem u nich wszystkich czynności ustroju. Jako momenty sprzy-
jające należy między innymi uważać znieczulenie w celach operacyjnych. Z li-
cznych przykładów, zebranych u POULET'a ¹⁾ przytoczę jeden: chorego znieczu-
lono w celu wyrwania zęba; dla utrzymania ust otwartemi, między zęby wsta-
wiono korek, który wpadł do dróg oddechowych, powodując natychmiastową
śmierć od zaduszenia. Przy niektórych cierpieniach np. gruźlicy, lub przymiotu
krtani, obumarłe cząstki chrząstek krtaniowych mogą również powodować
śmierć.

Niektóre z ciał obcych szczególnie często bywają przyczyną uwięznięcia
w drogach oddechowych. I tak w statystyce BOURDILLAT'a ²⁾, obejmującej
przeszło 300 przypadków, 71 razy ciałem obcym była fasola, 36 różnorodne
skorupy [z orzechów, jaj], pestki, 20 — cząstki kości, wreszcie 15 — ziarnko
zboża, kawy, arbuza.

Co się tyczy postaci ciał obcych, to bywają one albo regularne [najczęściej
np. fasole], albo nieregularne [np. kawałki kości], wreszcie wydrążone [np. rurki
tracheotomijne]. Nasz przypadek należy do pierwszej grupy. Wielkość ciał
obcych bywa różnorodną; i tak POULET przytacza ciekawy przypadek, dotyczący
84 letniego starca, zmarłego nagle od zaduszenia się ciałem obcym. Na sekcji
ciało owe okazało się kawałem mięsa wielkości jaja gołębiego, wypełniało ono
całą górną połowę krtani (*vestibulum*). Co się tyczy umiejscowienia ciał obcych
w drogach oddechowych, to według wspomnianej już statystyki BOURDILLAT'a
na 156 przypadków, 80 przypadło na tchawicę [do nich i nasz przypadek za-
liczyć wypada], 35 na krtani, w 26 przypadkach ciało obce tkwiło w prawem
oskrzeli, w 15 zaś w lewem

Pierwszym objawem, jakie wywołuje ciało obce [czy to płynne, czy też
stałe], dostawszy się do dróg oddechowych, jest silny napad duszności i kaszlu

¹⁾ L. c.

²⁾ Cytowany u COHEN'a i POULET'a.

przyczem bardzo często zaraz, lub w czas jakiś *sua sponte* bywa wykrztuszeniem; tak naprzykład w statystyce DURHAM'a w 136 przypadkach nastąpiło od razu wydalenie ciała obcego, w 6 przypadkach po 24 godzinach, w 19 przypadkach od 8 dni do 30, w 68 od 30 dni do roku, wreszcie w 31 przypadkach od roku do 17 lat.

Niezawsze jednak tak szczęśliwie rzecz się kończy; często bardzo następuje śmierć od zaduszenia się. U POULET'a znajdujemy bardzo ciekawy przypadek: pewien dzierżawca, złowiwszy rybę, włożył ją między zęby w celu łatwiejszego wyciągnięcia [taki był zwyczaj w tamtych stronach]. Ryba jednak, wyslizgnąwszy się, wpadła do tchawicy. Przywołany lekarz był w stanie uchwycić za ogon wystający powyżej nagłośni, ogon jednak pozostał mu w ręku, chory zaś zadusił się.

Częstokroć wszakże zdumiewającą bywa tolerancja dróg oddechowych; i tak np. WATSON opisuje przypadek, w którym moneta złota lata całe pozostawała w jednej z zatok krtaniowych, nie wywołując poważniejszych objawów, GROSS zaś widział chorego, u którego 60 lat tkwiący w drogach oddechowych kawałek kości, z kaszlem wreszcie został wykrztuszonym. I nasz przypadek do pewnego stopnia można tu odnieść: pestka dyni pozostawała w tchawicy w ciągu 3 miesięcy, wprawdzie nie bez reakcyi, jednak stosunkowo z nieznaczną. Co się tyczy następujących zmian, jakie ciała obce, krótszą lub dłuższą obecnością swą w drogach oddechowych, wywołać mogą, to są one następujące: rozedma płuc, zapalenie tchawicy i oskrzeli [w naszym przypadku *tracheo-bronchitis putrida*], zapalenie płuc ostre [POULET przytacza przypadek, gdzie nastąpiła śmierć wskutek przedostania się części mas wymiotnych u pewnego idyjoty; sekcya wykazała zapalenie płuc w okresie zwątrobienia czerwonego], dalej ropień płuc, suchoty płuc [przypadek połkniętego kłosa przez 20-letnią kobietę, po 9 miesiącach śmierć od gruźlicy płuc ¹⁾]. Wreszcie, acz rzadko, opisane są jednak przypadki krwotoku wskutek zranienia większych naczyń [ROKITANSKY] oraz takie, w których mniej, lub więcej długo istniejące objawy mózgowe ustąpiły dopiero po wykrztuszeniu ciała obcego [HAMBURGER].

Co się tyczy rozpoznania obecności ciała obcego w drogach oddechowych, to operamy go na objawach, jakie zaraz po dostaniu się ciała obcego zjawiają [kaszel, duszność, ból], oraz na odpowiednich danych anamnestycznych. Po dłuższym jednak czasie polegać jedynie na wywiadach i powyższych objawach nie możemy; tu lusterko krtaniowe, tam gdzie to jest możliwem [t. j. jeżeli ciało obce jest w krtani, lub górnej części tchawicy, jak to w naszym przypadku miało miejsce] może jedynie rozstrzygnąć kwestyję. Wreszcie należy tu wspomnieć i o tracheoskopii, w celu powyższym pierwszy raz przez VOLTOLINI'ego wprowadzonej ²⁾. Pozostaje nam jeszcze powiedzieć słów kilka o leczeniu.

¹⁾ Tutaj odnosi się przypadek SOKOŁOWSKIEGO i OLTUSZEWSKIEGO, o którym poniżej.

²⁾ 10-letnie dziecko połknęło skorupę od orzecha, objawy zaduszania, tracheotomija, głos jednak stale ochrypnięty, każda próba wyjęcia rurki powoduje napady zaduszenia. W 10 miesięcy po operacyi VOLTOLINI za pomocą zbudowanego przez się na wzór otoskopu BRUNTON'a tracheoskopu zdołał wykryć na tylnej ściance tchawicy jakąś masę. Po rozszerzeniu rany wyjęto, po uprzedniem rozbiciu na 3 części, skorupę długości 15 mm., szerokości 12 mm.. Poczem wyzdrowienie.

Wywoływanie sztucznie kaszlu i kichawicy, środki wymiotne, wreszcie podawanie do wewnątrz oliwy, po większej części nie prowadzą do celu. Ważniejszą już jest zmiana w położeniu ciała: tu należą przypadki BRUNEL'a i LENORR'a w których połknięta moneta została wykrztuszoną przy położeniu na brzuchu z głową zwieszoną, lub przypadek DUNCAN'a, przy zmianie położenia na głowie. Najczęściej jednak wszystkie te zabiegi są niedostateczne i należy przystąpić do sztucznego wydobycia ciała obcego albo drogą naturalną, przez jamę ustną, lub sztucznie przez ranę zewnętrzną. Pierwsza metoda jest niezmiernie trudną, stosuje się ją zazwyczaj przy pomocy lusterka krtaniowego. Pierwszemu GIBS'owi w r: 1864 udało się w ten sposób wyjąć igłę, tkwiącą w chrząstce nalewkowej. WALKER, za pomocą pincety MACKENZIE'go, wyjął z krtani 3 miesięcznego dziecka gwóźdź. Używanymi narzędziami w tym celu są kleszcze i haczyki, te ostatnie mają tą ujemną stronę, że ciało obce złamać mogą [jak to się przytrafiło MACKENZIE'mu].

Kleszczami, używanymi do polipów, udało się MASSE'emu z Neapolu przy pomocy laryngoskopu wydobyć z krtani żywą pijawkę; OERTEL w ten sposób wydobył z krtani sztuczną szczękę z 4 zębami. Nie zawsze jednak możliwym jest użycie przy operacji lusterka krtaniowego, często wypada nam działać na ślepo przyczem wynik może być pomyślnym, jak tego dowodzi następujący przypadek który przytaczam ze względu na to, że i w naszym przypadku, wprawdzie bezskutecznie, D-r SOKOŁOWSKI kilkakrotnie próbował stosować powyższą metodę. 9-letnia dziewczynka połknęła blaszkę miedzianą, przy laryngoskopii stwierdzono jej obecność w krtani na wysokości strun głosowych. Dziecku kazano się położyć na brzuchu w poprzek łóżka z głową zwieszoną, operator [klęcząc] wskazicielem lewej ręki wszedł do krtani, przyciskając nagłośnię do nasady języka, drugą zaś ręką, zbrojną w kleszcze, wprowadził je do krtani i blaszkę wyjął.

Do sztucznych operacyj w celu wydobycia ciał obcych z dróg oddechowych należą: rozcięcie krtani (*laryngotomia*) i tchawicy (*tracheotomia*). Pierwszy który w powyższym celu robił laryngotomię był PELLETAN, następnie SMITH, BLONDIN i inni z pomyślnym wynikiem. Daleko częściej stosowana bywa tracheotomija [jak to miało miejsce w naszym przypadku], przyczem w wielu razach następuje zaraz wykrztuszenie ciała obcego przez ranę, w innych zaś razach [jak to było i w naszym przypadku] wydobyte uskutecznia się za pomocą różnorodnych narzędzi [u nas zwykłą pincetą]. W statystyce DURHAM'a, obejmującej 554 przypadków, na 167 z rozcięciem tchawicy, w 91 nastąpiło samodzielne wydalenie ciała obcego, zaś w 39 za pomocą narzędzi. Co się zaś tyczy wyników po tracheotomii, to w powyższej statystyce DURHAM'a na 167 przypadków, w 37 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, w pozostałych wyzdrowienie.

Tyle o kazuistyce obcych narodowości. Rozpatrując szczegółowo przytaczaną przez POULET'a i COHEN'a literaturę, uderzył mnie zupełny brak nazwisk polskich. Nie przypuszczając, by w naszej literaturze brak było zupełnie opisanych przypadków odnośnych, postanowiłem rzecz tą zbadać. W tym celu szczegółowo przejrzałem wszystkie tomy Gazety Lekarskiej od początku założenia aż do ostatnich czasów, wszystkie tomy Medycyny do 1887 roku włącznie, wreszcie Przegląd lekarski również do 1887 r. włącznie. Jakkolwiek wynik

tych poszukiwań był ilościowo bardzo smutny, to jednak znalazły i się ciekawe spostrzeżenia, które w tem miejscu uważam za stosowne w streszczeniu przytoczyć ¹⁾:

1. W roku 1878 w N-rze 19 Gazety Lekarskiej, umieścił HERYNG artykuł pod tytułem: „Igła w zatoce polykowo krtaniowej lewej (*sinus pyriformis*). *Extrac-tio*“. Przypadek dotyczył 18-letniej dziewczyny, która, trzymając w ustach igłę z nitką, takową połknęła; wezwany felczer wyciągnął nitkę, igła zaś pozostała. Przy badaniu lusterkiem krtaniowem udało się autorowi dojrzeć ową igłę, której jeden koniec tkwił w chrząstce SANTORINI'ego, drugi zaś po przebicium bocznej powierzchni chrząstki tarczowej tkwił w bocznych mięśniach szyi. Próby wyjęcia igły przy pomocy lusterka nie doprowadziły do celu. Autor postanowił działać po ciemku i w celu łatwiejszego wyjęcia złamał igłę na 2 części, poczem każdą część wyjął oddzielnie ²⁾.

2. W roku 1881 w Gazecie Lekarskiej w N-rze 46 ogłosił HERYNG pracę pod tytułem: „Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w krtani i przełyku“. Na wstępie autor wspomina, że JASIŃSKI miał sposobność spostrzegać następujący przypadek: pestka dyni wpadła do krtani dziecka, a ułożywszy się na strunach głosowych, spowodowała śmierć.

Sam autor przytacza 2 następujące przypadki [3-ci tyczący się ciała obcego w przełyku pomijam].

1). 3-letni chłopczyk, bawiąc się sprzączką, połknął takową. Po zachloroformowaniu dziecka, autor przy pomocy lusterka spostrzegł ciało, którego jeden koniec opierał się o przedni kąt strun, drugi zaś uwiązł w *incisura interarythenoidea*. Próby wyjęcia przy pomocy lusterka były bezowocne, natomiast po ciemku kleszczami TOBOLD'a udało się autorowi sprzączkę wyjąć.

2). 40-letnia kobieta, jedząc kotlet, nagle uczuła ból w gardle, jednocześnie wystąpił i kaszel. Badając chorą lusterkiem krtaniowem, autor ujrzał na strunie lewej pod chrząstką nalewkową cienką i ostro-zakończoną blaszkę kości, której część tkwiła w przełyku. Manipulując w ten sposób, by koniec kości, w krtani tkwiący, wypchnąć, udało się autorowi zahaczyć kość i wyjąć takową.

3. W r. 1881 w Gazecie Lekarskiej [odbitka], SOKOŁOWSKI i OŁTUSZEWSKI opisali „Przypadek ciała obcego w oskrzelu lewym“. Przypadek dotyczył 37-letniej kobiety, która przed tygodniem, będąc zupełnie zdrową, pod-

¹⁾ W porządku chronologicznym.

²⁾ Nieco analogiczny do powyższego przypadek spostrzegali D-r SOKOŁOWSKI w roku 1885, szczegóły którego ustnie raczył mi zakomunikować [przypadek ten dotąd nie był ogłoszony drukiem]. 26-letnia szwaczka, trzymając igłę w ustach, nagle westchnąwszy głęboko, takową połknęła, uczuwszy jednocześnie ból gwałtowny w okolicy krtani. W kilka godzin potem badanie laryngoskopowe wykazało obecność igły w lewej zatoce polykowo-krtaniowej (*sinus pyriformis*). Igła tkwiła głęboko w błonie śluzowej, tak, że ślad jej przedstawiał się jako smuga czarna podbiegnięta krwią. Sondowanie wykazało obecność twardego ciała. Ponieważ próby wydobycia igły kleszczykami okazały się bezskutecznymi, D-r SOKOŁOWSKI użył metody, zaleconej przez HERYNGA, t. j. uchwyciwszy pod kierunkiem lusterka igłę po środku mocnymi szczypczykami FAUVEL'a złamał ją, wydobywszy jednocześnie połowę około 2 ctm. długości. Przy napadzie kaszlu pozostały kawałek igły został wydalony.

czas obiadu raptem doznała napadu silnego kaszlu i duszności. Badanie lusterkiem krtaniowym dało wynik ujemny. W płucach z początku, żadnych zmian nie dało się wykryć. Stopniowo jednak coraz wyraźniej umiejscawiała się sprawa chorobowa z lewej strony klatki piersiowej, mianowicie od tyłu stępiecie, oddech oskrzelowy, rżenia wilgotne, później z charakterem dźwięcznym. Przytem stan ogólny zaczął się pogarszać, gorączka, poty, wychudnienie, wreszcie białko w moczu, rozwolnienie i śmierć. Sekcja wykazała obecność kości, tkwiącej w dolnej gałęzi lewego oskrzela, w dolnym zaś zrazie lewego płuca *pneumonia cachecticorum* z zejściem w czarną indurację.

4. W roku 1883 w N-rze 6 Gazety Lekarskiej, MATLAKOWSKI opisał przypadek „uwięznięcia w oskrzelu szczoteczki, odłamanej przy czyszczeniu rurki tracheotomijnej“. Przypadek dotyczył 65-cio letniego mężczyzny, któremu prof. KOSIŃSKI zrobił *crico-tracheotomiam*. Przy następczych oczyszczaniach rurki przez chorego, zdarzyło się, że trzonek druciany się złamał i szczoteczka pozostała w tchawicy. Chory zmarł, przed śmiercią z objawów fizykalnych stwierdzono obecność szczoteczki w prawym oskrzelu. Badanie pośmiertne wykazało takową na początku prawego oskrzela.

5. W roku 1883 w N-rze 2 Medycyny, CIEKAWY-CYPRYŃSKI i TALKO-HRYNCEWICZ opisali „przypadek uwięznięcia ziarna harbużowego w krtani dziecka“. Dziewczynka lat 5 mająca, połknęła ziarno arbuza, zaraz duszność, chrypka, kaszel z charakterem krupowym. Badania lusterkiem krtaniowym nie dokonano [nie wiadomo, na jakiej zasadzie autorzy umiejscawiali ciało obce w krtani]. Po 11 miesiącach przy kaszlu, chora wykrztusiła masę ropy, a w niej okazało się ziarno arbuza.

6. Wreszcie w roku 1887 w N-rze 47 i 48 Przeglądu Lekarskiego docent PIENIAŻEK ogłosił: „przyczynę do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych. Wydobyte szpilki z oskrzela drugorzędnego strony prawej“. 14-letni student, bawiąc się t. zw. fistułą t. j. rodzajem dmuchawki, służącej do wydmu-chiwania strzałki do celu, połknął takową [strzałkę]. Chory skarżył się na kłócie przy kaszlu w okolicy chrząstki prawego czwartego żebra. Badanie laryngoskopowe nie wykazało, aż do podziału tchawicy, żadnego ciała. Na podstawie fizykalnego badania płuc [szmer zwięzienia], autor przyszedł do przekonania że ciało obce tkwi w prawym głównym oskrzelu. W kilka dni potem chory sam czuł, jakby mu się coś w płucach usunęło i rzeczywiście nowe badanie wykazało przypuszczalne umiejscowienie ciała obcego w drugorzędnym oskrzelu dolnym.

Prof. OBALIŃSKI wykonał przecięcie tchawicy, przez ranę zaś tracheotomijną autor przy pomocy własnych szczypczyków polipowych zdołał szczęśliwie szpilkę wydobyć.

Dodać tu winienem jeszcze 3 przypadki [razem więc 12], które znalazłem opisane w Pamiętnikach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z lat 1842, 1847 i 1868. Oto pokrótce ich treść:

1. „Zaduszenie ziarnem tyczkowego grochu (*phaseolus vulgaris*) przez KLESZCZOWSKIEGO ¹⁾. Przypadek dotyczył 4½-letniego chłopca, w 4 dni po

¹⁾ Pam. Tow. Lek. r. 1842. Tom VIII, str. 47 i 53.

połknięciu grochu, śmierć przy objawach coraz zwiększających się napadów zaduszania. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono ziarno grochu w prawem oskrzeliu¹⁾.

2. „Zakrztuszenie się przez wpadnięcie kawałka kostki do kanału oddechowego“ przez KLESZCZOWSKIEGO²⁾. 22-letni nauczyciel, jedząc bigos, zakrztusił się nagle i upadł. Powoli przyszedł do siebie, w tydzień potem przy pasowaniu się chorego z bratem wystąpił nowy napad duszności, przyczem po uderzeniu chorego w kark, wypadła mu z ust kostka płaska, cał długa i prawie tyleż szeroka.

3. Wreszcie ostatni przypadek³⁾ dotyczył 8-letniego chłopca, który połknął lupinę orzecha laskowego. Chorego już po dokonanej tracheotomii przywieziono do Ś-go Ducha na klinikę KORZENIOWSKIEGO. Po wyjęciu rurki z rany wyskoczyła przy kaszlu wyżej wzmiankowana lupina.

Cyfra 12 naszych przypadków w porównaniu z setkami, ogłaszanych za granicą, nie przedstawia się bardzo imponująco. Czyżby rzeczywiście przypadki uwięznięcia ciał obcych w drogach oddechowych zdarzać się miały u nas tak rzadko? Nie sądzę, raczej przypuszczać należy, że stosunkowo dość często, zwłaszcza w praktyce prowincjonalnej, dają się one spostrześć, lecz przez niczem niewytłómaczoną obojętność do wiadomości ogółu nie dochodzą.

II. NAJNOWSZE POGLĄDY NA FIZYJOLOGIĘ MÓZGU

opracował

Władysław Gajkiewicz.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 39].

Prócz wpływu na powstawanie ruchów dowolnych, mowę i odczuwanie wrażeń, jakie świat otaczający wywiera na nasze zmysły, półkule mózgowe grają ważną rolę w czynnościach organicznych. Oddawna jest wiadomem, iż wszelkiej czynności mózgu towarzyszą zmiany w czynnościach organicznych. Powszechnie znanem jest bicie serca, a nawet chwilowe zatrzymanie jego ruchów, przy silnych wrażeniach moralnych; dalej, czerwienienie się lub blednięcie twarzy, przyspieszenie oddechania, zwiększenie wydzielania: śliny, potu, moczu, wydzieliny żołądka i kiszek i t. p. przypadłości, jakie w życiu codziennem widzimy na każdym kroku, występujące pod wpływem strachu, obawy, radości i t. p.. *A priori* więc można było już przypuścić wpływ kory mózgowej na te zjawiska. Na drodze doświadczalnej starali się go wykazać różni badacze, że wymienimy tylko EULENBURG'a, LANDOIS'a, a zwłaszcza FRANÇOIS-FRANCK'a. Po poszukiwaniach tego ostatniego, obecnie jest wiadomem, iż nie cała kora mózgowa zachowuje się

¹⁾ Pam. Tow. Lek. r. 1847, Tom XVIII, str. 261.

²⁾ Pam. Tow. Lek. r. 1868, Tom LX, str. 264.

pod tym względem jednakowo. Drażnienie okolic czołowej, skroniowej i potyliczowej jest bez wpływu; tak nazwane przez FRANÇOIS-FRANCK'a „reakcje organiczne“ mają miejsce tylko wtedy, gdy drażnieniu ulegnie *zona motoria*, którą z tego powodu FRANÇOIS-FRANCK słusznie proponuje nazywać „*zona excitabilis*“. Miejsce to i tylko to, drażnione tak słabym strumieniem elektrycznym, iż nie wywołuje on żadnego jeszcze skurczu mięśniowego, powoduje już zmiany w krążeniu krwi, oddechaniu, wydzielaniu i t. d.. Inne okolice powierzchni mózgu potrzeba drażnić bardzo silnym strumieniem elektrycznym, aby wywołać ten sam skutek, który nadto tłómaczy się występującymi wtedy drgawkami epileptoidalnymi i dlatego objawy te nazywa FRANÇOIS-FRANCK „*épilepsie interne*“. Reakcje organiczne przy drażnieniu substancji korowej mózgu są dwojakie: dodatnie [przyspieszenie ruchów serca, przyspieszenie oddechania, skurcz mięśni naczyń krwionośnych, powiększenie ilości wydzielin gruczołów ślinowych, potowych, łzowych, żołądka, kiszki i t. d.], lub ujemne, inhibicyjne [zwolnienie ruchów serca i oddechowych, rozszerzenie naczyń krwionośnych, zatrzymanie wydzielin], a to zależnie od siły drażnienia. Wedle EULENBURG'a i LANDOIS drażnienie kory mózgowej ma wpływać na spadek ciepłoty ciała, a zniszczenie na podniesienie się jej. Zniszczenie miejsc, których drażnienie wywołuje powyższe objawy, nie pociąga nigdy za sobą utraty funkcji organicznej, nie następuje mianowicie wtedy nigdy porażenie serca, naczyń lub oddechania. Dowodzi to, iż w korze mózgowej nie ma ośrodków ruchu organicznego lub wydzielniczych, a tylko, że pewne zawoje mózgowe są pobudliwe i że drażnienie ich, jak każdej innej powierzchni czułej, na drodze odruchowej wywołuje te zmiany. Może to rzucić światło na pojęcie czynności ruchowej półkul mózgowych wogóle. Drażnienie silne a krótkie na wysokości „*zonae excitabilis*“ wpływa zwykle na serce moderująco, gdy tymczasem przyspieszenie skurczu mięśnia sercowego jest zwykłym następstwem drażnienia słabego, a dłużej trwającego. Jednocześnie przy takim drażnieniu następuje stale skurcz mięśni naczynioruchowych [*vaso-dilatatio* zaś tylko wyjątkowo]. Następstwem tych 2 czynników jest zmiana ciśnienia krwi w tętnicach, a mianowicie podniesienie go, gdyż rzadko zwolnienie ruchu mięśnia sercowego jest tak znaczne, iż mimo skurczu naczyń krwionośnych, ciśnienie wewnątrz-tętnicze opada, co może być wzięte fałszywie za skutek naczynio-rozszerzający. Że zmiany te w sercu i naczyniach nie zależą od występujących jednocześnie zaburzeń w oddechaniu i drgawek mięśni kończyn, dowodzi to, że zatrucie kurarą [a więc usunięcie możności kurczenia się mięśni prądkowanych] na wynik nic nie wpływa. Na „*zona excitabilis*“ nie ma miejsc, które drażniąc, możnaby specjalnie wpłynąć na oddechanie, serce, naczynia krwionośne lub wydzielanie. Drażnienie jej w któremkolwiek miejscu, przenosi się za pomocą włókien nerwowych pęczka piramidalnego do rdzenia kręgowego i przedłużonego, gdzie znajdują się prawdziwe ośrodki serca, naczyń krwionośnych, oddechania i t. p..

Gdy stwierdzono, iż pewne części kory mózgowej są w bezpośrednim stosunku z ruchem mięśni, pytano się, jaka jest natura tego stosunku, jaka jest rola, mechanizm tych odrębnych okolic mózgu, jakie jest fizjologiczne znaczenie „umiejscowień ruchowych“. Przypatrzmy się kolejno hipotezom, jakie z biegiem czasu powstały.

I. Jedni [zwłaszcza FERRIER] ze względu, iż ruchy, powstające przy drażnieniu tych miejsc, mają charakter ruchu celowego, dowolnego, a zniszczenie ich znosi ten ruch dowolny, nie wpływając nic na czynność czucia, sądzili, iż są to ośrodki, w których wytwarza się ruch dowolny i nazwali je „centrami psycho-ruchowemi“, a część kory pobudliwą — „zona motoria“. Niewątpliwem jest, iż istota szara korowa jest anatomicznym substratem spraw psychicznych; otóż jedna z tych spraw, mianowicie wola, świadomość wykonania ruchu dowolnego, miała powstawać w tych ośrodkach psycho-motoryjnych. Stwierdzeniem tej hipotezy czysto ruchowej zdawało się być odkrycie ośrodków czuciowych, zniszczenie których jest bez wpływu na ruchy mięśni, a drażnienie powoduje wprawdzie niekiedy drgawki, lecz te nie są nigdy ograniczone stale do pewnej tylko grupy mięśni, lecz zdaniem FERRIER'a są obustronne, w rozmaitych mięśniach i mają odrębny charakter. Przy drażnieniu np. ośrodka słuchu następuje wstrząśnienie podobne do powstającego przy silnym szmerze. Przy drażnieniu ośrodka dotyku [którym wedle FERRIER'a ma być *gyrus unciformis* i *g. hippocampi*] zwierzę obraca głowę w tył i w stronę przeciwną, jak gdyby miało świadomość nieprzyjemnego wrażenia w kończynach. Przy drażnieniu ośrodka węchu i smaku [wedle FERRIER'a *subiculum cornu Ammonis*] zwierzę kręci nozdrzem i zamyka je częściowo, jak gdyby doznawało ze strony powonienia przykrego wrażenia.

Spostrzeżenia jednak uczą, iż u chorego dotkniętego bezwładem pochodzenia korowego nie ginie produkcja woli, chory z porażoną np. ręką chce nią poruszać, tylko nie może urzeczywistnić, ucieleśnić swej woli. Sprawa więc psychologiczna tworzenia się woli i możność wykonywania pewnych ruchów, nie odbywają się, nie zależą od tego samego ośrodka, skoro zniszczenie go wpływa tylko na jedną z tych czynności, a zostaje bez wpływu na drugą. Widzieliśmy, iż to samo ma miejsce w *aphasia motorica*. Ośrodków więc ruchowych korowych nie można uważać za ośrodki psycho-ruchowe.

II. Hipoteza czuciowa, wedle której ośrodki korowe mają znaczenie czysto czuciowe. Wedle niej ruchy powstające przy drażnieniu ich są pochodzenia odruchowego, a bezwład po zniszczeniu ich zależy od utraty czucia. Można tu odróżnić kilka podziałów:

a) Dla HITZIG'a ośrodki t. zw. ruchowe korowe są narządami ośrodkowemi „świadomości mięśniowej“ (*Muskelbewusstsein*), ruchy powstające przy drażnieniu ich zależą od wywołania pewnych uczuć mięśniowych, a porażenie od utraty tych uczuć.

b) Dla SCHIFF'a ruchy powstające przy drażnieniu pewnych miejsc kory są odruchami, a porażenie zależy od utraty czucia dotyku, są to więc tylko pseudo-porażenia; zwierzęta po wycięciu tych miejsc są podobne do chorych dotkniętych bezwładem (*ataxia*) przy cierpieniu tylnych pęczków rdzenia kręgowego: zapominają o kończynach, bo postradały świadomość ich położenia. Jako dowód, że drgawki są odruchami, SCHIFF przytacza znikanie pobudliwości kory mózgowej po znieczuleniu eterem, chloroformem i t. d., dalej, że czas, jaki upływa między chwilą podrażnienia kory a wystąpieniem ruchu, jest 7—11 razy dłuższym, niż ten, jaki jest potrzebnym do przeniesienia pobudzenia przez nerw ruchowy obwodowy [SCHIFF, BUBNOFF

i HEIDENHAIN, VARIGNY, FRANÇOIS-FRANCK]. Dowody te jednak nie wytrzymują krytyki. Środki znieczulające, działając trująco na komórki nerwowe istoty szarej korowej, mogą znosić wszelką ich czynność, a nie tylko odruchową; długie spóźnienie się w odczynie na drażnienie nie wystarcza również dla określenia natury ruchu jako zwrotnej, bo można je tłómaczyć tem, iż na drodze, którą przebiega podrażnienie, znajduje się narząd ośrodkowy, który przerabia to podrażnienie i wskutek tego wywołuje opóźnienie w rozpoczęciu ruchu i istotnie FRANÇOIS-FRANCK, znosząc istotę szarą, skracał to opóźnienie o $\frac{1}{3}$. Dalej niewątpliwymi są przypadki chorobowe u człowieka, w których mimo zniszczenia „*zonae motoriae*“, czucie na dotyk, bóle i t. d. było niezmienionem, a zaburzenie ruchu nie przypomina w niczem ataksyi, lecz jest zupełnym bezwładem. Nadto, hipoteza ta nie wytłómaczy braku pobudliwości kory mózgowej u zwierząt przez kilka pierwszych dni po urodzeniu [SOLTMANN, ROUGET, TARCHANOFF i t. d.].

c) Wielkiem rozpowszechnieniem, zwłaszcza w Niemczech, cieszy się hipoteza MUNK'a. Dla niego jak i dla MEYNER'a, kora mózgowa nie ma innej właściwości, jak zdolność odczuwania (*Empfindungsfähigkeit*) i zapamiętywania wrażeń doznanych i dostarczonych przez różne nerwy zmysłowe. Jest ona niejako płaszczyzną rzutu wszystkich zmysłów. Kora zrazu potylicowego jest w związku ze zmysłem wzroku (*Sehsphäre*), kora zrazu skroniowego ze zmysłem słuchu (*Hörsphäre*), kora płatu czołowo-ciemieniowego ze zmysłem dotyku (*Fühlsphäre*). Ta ostatnia odpowiada „*zonae motoriae*“ innych autorów. W „*Sehsphäre*“ znajdują się ośrodkowe pierwiastki, których czynność wywołuje uczucie wrażeń świetlnych (*Lichtempfindung*) doprowadzonych przez nerw wzrokowy, a więc wytworzenie się wyobrażeń, pojęć świetlnych i ich zapamiętanie (*Gesichtswahrnehmungen* i — *Vorstellungen*). Zdaniem MUNK'a w innem miejscu tej *Sehsphäre* następuje odczucie światła, a w innem zapamiętanie wrażeń świetlnych. Po zniszczeniu tego ostatniego miejsca, włókna nerwu wzrokowego mogą być pobudzone przez fale świetlne, działające na siatkówkę, wrażenie to zostaje odczute w odpowiednim miejscu *Sehsphäre*, tak, że zwierzę widzi, tylko nie rozpoznaje znanych mu przedtem osób, miejscowości, przedmiotów i t. p., bo zapamiętane wyobrażenia utraciło i nie ma z czem porównywać. Ten *sui generis* brak w zmysle wzroku nazwał MUNK ślepotą psychiczną (*Seelenblindheit*). Analogiczne zmiany w zmysle słuchu nazwał tenże głuchotą psychiczną (*Seelentaubheit*). Jeśli cała *Seh-* lub *Hörsphäre* ulegną zniszczeniu, tak, że świeże wrażenia, jakich dozna nerw wzrokowy lub słuchowy, nie będą mogły być odczute, a inne dawne, zapamiętane zginą, to występuje ślepota lub głuchota zupełna, którą MUNK nazwał korowemi (*Rindenblindheit*, — *taubheit*). Co do ruchu, to pobudka do niego nie wychodzi z zawojów mózgowych „ruchowych“. Kora mózgowa na wysokości *Fühlsphäre* odczuwa tylko wrażenia jakich przy ruchu doznaje skóra, mięśnie i t. d., zapamiętywa te wrażenia i przez asocjacyję tych zapamiętanych wyobrażeń wytworza się pojęcie ruchu (*Bewegungsvorstellung*). Przez zniszczenie części tej *Fühlsphäre*, zwierzę traci wyobrażenia dotyku, ucisku, położenia i t. d., odpowiedniej części ciała, następstwem czego ma być porażenie ruchu (*Seelenlähmung*). Po pewnym jednak czasie w pozostałej części *Fühlsphäre* mogą się wyro-

bić nowe wyobrażenia, a porażenie ruchu przechodzi. Jeśli jednak cała *Fühl-sphäre* ulegnie zniszczeniu, to nowe wyobrażenia nie mogą się wyrobić i porażenie zostanie trwałem (*Rindenlähmung*). MUNK doświadczeniami mógł wyróżnić w *Fühlspäre* 7 oddzielnych miejsc, będących w związku z kończyną przednią, tylną, twarzą, okiem, uchem, szyją i tułowiem. Dla MUNK'a więc „ośrodki ko-rowe“ są wspólne dla czucia i ruchu. Są jednak i to bardzo liczne obserwacje przez najwiarogodniejszych badaczy robione, iż mimo zniszczenia kory za-wojów ośrodkowych [*Fühlspäre* MUNK'a] za życia nie było żadnego zboczenia czuciowego. Takie jest przekonanie większości badaczy francuzkich i angielskich [CHARCOT, PITRES, GRASSET, FERRIER i t. d.].

III. Hypoteza mieszana, czucio-ruchowa. Część kory mózgowej pobudliwa jest ośrodkiem czucia skórno i mięśniowego, a jednocześnie miejscem wytwarzania się pobudzeń ruchowych [LUCIANI, TAMBURINI, SEPPILI]. Zarzuty jej można zrobić te same jak 2 powyższym. [D. n.]

III. CZTERY NOWE PRZYPADKI PRZEPUKLINY PRZEAPONOWEJ

(*hernia diaphragmatica*)

z ogólnemi uwagami o tejże chorobie.

Napisał

Dr Edward Przewoski.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 38].

Zawartość worka przepuklinowego zmienia się zależnie od jego wielkości i położenia. W przepuklinach przymostkowych zawartość stanowi najczęściej poprzecznicą i sieć wielką, rzadziej wymienione narządy z dodatkiem odźwiernikowej części żołądka [WUERTH], a niekiedy tylko sieć sama [GOBLET, BÉCLARD]. W wielkich workach przepuklin śródprzeponowych na części mięsnej, lub mięsnej i ścięgnistej razem] bywają: żołądek, kiszka cienka, gruba, śledziona, a nawet dwunastnica z trzustką [MACAULEY, PYL], w mniejszych zaś takich workach widziano np. tylko *colon transversum* [VEDIÉ], albo tylko żołądek [MARSH HOWALD]. Worek przepukliny przełykowej zwykle zawiera żołądek [BRODOWSKI], lub żołądek i śledzionę [BONN]. Zawartość znowu worka przepuklin zaprzeponowych tworzy sama nerka z nadnerczem, albo oprócz wymienionych narządów jeszcze sieć i część poprzecznicę, a także śledziona.

Zawartość worka bardzo rzadko przyrasta do wewnętrznej jego powierzchni, lub do brzegów otworu wchodowego. Najczęściej się daje ona łatwo wprowadzać i wyprowadzać. Jeżeli zawartość stanowi żołądek, to czasem można stanowczo stwierdzić, że narząd ten napelniwszy się, skutkiem obciążenia, wychodzi do jamy brzusznej i następnie po opróżnieniu nazad chowa się do worka.

Naturalną jest rzeczą, że przejście z jamy brzusznej pewnych narządów do worka przepuklinowego wywoływać musi większą lub mniejszą zmianę w to-

pograficznem rozłożeniu trzew brzusznych. Jeżeli to przejście miało miejsce w dosyć wczesnym okresie życia, to odbija się ono także na wzroście tych trzew na ich kształcie i t. d.. Zresztą taka wędrówka i dla narządów zupełnie rozwiniętych nie może pozostać obojętną.

Sam worek znowu wypukłą swą powierzchnią tłocząc na narządy zawarte w klatce piersiowej, spowodowywa w tej ostatniej większe, lub mniejsze zmiany. Stosownie do wielkości worka, płuco odpowiedniej strony zostaje ugniecione na większej lub mniejszej przestrzeni, serce i inne narządy odepchnięte i przemieszczone. Jeżeli worek przepuklinowy wytworzył się wcześniej i we wczesnej epoce życia ucisnął płuca, serce i t. d., to podobne tłoczenie może nawet powstrzymać ich prawidłowy rozwój. Szczególniej wyraźnie widać to na płucach. Przy wielkich workach płuca w takich warunkach pozostają prawie w stanie zaczątkowym, a przy małych workach na płucach w odpowiednim miejscu widać zagłębienie, przyczem tkanka ich nie okazuje zmian zależnych od ucisku. Bardzo rzadko spostrzegamy zrosty pomiędzy workiem, a narządami klatki piersiowej. Jeżeli wreszcie takie zrosty są, to po większej części bywają one bardzo małe i słabe. Częściej jeszcze na odpowiedniej części płuca spotykamy zgrubienie opłucnej.

Przy przepuklinach przeponowych fałszywych, nietraumatycznego pochodzenia, istotną zmianę anatomiczną stanowi obecność otworu w przeponie, przez który przechodzą trzewa brzuszne. Jako rzecz charakteryzującą można tu od razu podnieść także to, że brak przy tych przepuklinach worka wytwarza brak hamulca ograniczającego rozmiary przemieszczania się trzew brzusznych do klatki piersiowej. Ztąd to przy tych przepuklinach w przeważnej liczbie przypadków przemieszczanie się trzew brzusznych dochodzi do zastanawiających rozmiarów.

Wielkość otworu przepuklinowego bywa rozmaita. Były przypadki w których widziano całkowity brak przepony lub brak całej jednej połowy. Takie jednak przypadki należą do wyjątkowych. Zwykle trafia się brak w przeponie mniejszy. Okonturowanie takiego otworu jest najczęściej okrągłe, lub okrągławe, ale zdarzają się także braki owalne, jajowate, trójkątne z zaokrąglonymi brzegami [CASPER], a nawet w postaci półksiężyca. W *centrum tendineum* widziano raz dwa otwory obok siebie, rozdzielone wązkim paskiem ośrodka ścięgnistego [LINALI]. Innym razem otwór był rozdzielony na dwie części przez sterczący ku górze brzeg *ligamenti suspensorii hepatis* [WILLIGK]. Przy dużych brakach niejednokrotnie z całej połowy przepony pozostawał tylko wązki sierpowaty pasek, który miejscami nawet niknął na wewnętrznej powierzchni klatki piersiowej.

Utkanie brzegu otworu opisują rozmaicie. Przeważnie ma on wązkim rąbkim mieć budowę włóknistą, bliznowatą, a nawet w wielu razach chrząstkowatą. W innych przypadkach, podobnie jak w naszym czwartym, wolny brzeg otworu w przeponie ze wszech stron otacza gładko i równo błona surowicza, będąca wynikiem zlania się otrzewnej z opłucną, przyczem znaku tego zlania nigdzie nie widać. Rozumie się, że w różnych przypadkach błona surowicza

obejmująca wolny brzeg otworu, może się z nim mniej lub więcej mocno zrastać.

O umiejscowieniu na przeponie mniejszych otworów i stosownie do tego o ich ograniczeniu dokoła przez części samej przepony, lub z udziałem ścian klatki piersiowej, można tylko powtórzyć to samo, co było powiedziane o otworze, prowadzącym do worka w przepuklinach przeponowych prawdziwych. Jeżeli do budowy brzegu otworu wchodzi pęczki mięsne, to w niektórych przypadkach można wyraźnie zauważyć, że są one grubsze, niż w częściach przepony bezpośrednio przylegających. Może to zależeć od przerostu pęczków, lub też od tego, że skutkiem rozciągania otworu przez przechodzące trzewa, więcej tkanki mięsnej zesuwa się do jednego miejsca.

Jeżeli otwór w przeponie dociera do osierdzia, to niekiedy bywa także miejscowy, mniejszy lub większy, brak i tego narządu [LAMBEL]. Przy całkowitym braku przepony serce wisi pomiędzy trzewami brzuszniemi.

Pość i jakość narządów brzusznych, przechodzących przez otwór przepukliny fałszywej w rozmaitych okolicach przepony, stosunkowo małej ulega zmianie. W szczegółach przedstawiają to dostatecznie trzeci i czwarty z opisanych przez nas przypadków. Najzwyczajniej przechodzą do jamy opłucnej razem kiszki cienkie, kiszki grube do górnego końca kiszki zstępującej, śledziona, część wątroby, żołądek, a także rzadziej dwunastnica z trzustką, *coecum* i t. d.. Rzadsze są nierównie te przypadki, w których przez otwór przeponowy przemieszcza się do klatki piersiowej trzew brzusznych niewiele. Różnica pomiędzy prawą a lewą stroną polega na tem, że do otworów lewostronnych oprócz innych trzew, wchodzi często lewy zraz wątroby, do prawostronnych zaś prawy jej zraz, lub nawet cała wątroba. Czasami mały otwór w prawej połowie przepony tylko zatyka duża wątroba, wypuklając się pewną swą częścią do klatki piersiowej. Do otworów przymostkowych wchodzi niekiedy przednia część wątroby. Nakoniec otwory zaprzeponowe przepuszczają niejednokrotnie nerkę i nadnercze.

Charakterystyczne zjawisko przy tych przepuklinach stanowi to, że trzewa brzuszne, zapełniając jedną z jam klatki piersiowej, bezpośrednio dotykają swą powierzchnią do powierzchni narządów w klatce piersiowej zawartych. Jeżeli przytem nie zachodzą inne powikłania, to samo przemieszczenie trzew brzusznych nie wywołuje zwykle żadnych spraw zapalnych. Kiszki, śledziona, żołądek i t. d., leżą swobodnie w jamie opłucnej i nie przyrastają do płuca, lub gdziekolwiek do opłucnej. W kilku zaledwie przypadkach obserwowano taki przyrost kiszek i sieci do brzegów otworu w przeponie [np. w przypadkach opisanych przez FLOECH'a, NORRIS'a i innych]. Rozumie się wszelako, że przy przepuklinach fałszywych podobnie jak przy prawdziwych samo przemieszczenie, jeżeli tylko trwa ono czas dłuższy, powoduje w tych trzewach znaczne zmiany, a także odpowiednie zmiany w narządach klatki piersiowej. Te następne zmiany skutkiem przemieszczenia występują w organach przy przepuklinach fałszywych daleko częściej i w daleko wyższym stopniu, niż przy przepuklinach prawdziwych. Widzimy tu więc prócz wydłużeń kanałów, kręzek i t. d., jeszcze duże zmiany, zależne od powstrzymanego rozwoju lub zaniku

skutkiem ucisku. Zanik skutkiem powstrzymanego rozwoju bardzo jasno np. widać na płucach i śledzionie. Ze strony bezpośrednio uciśniętej spotykamy płuco uderzająco małe. Wynosi ono ledwo małą część objętości płuca z drugiej strony u tego samego osobnika. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że płuco to znajduje się w stanie analogicznym z tem, co spotykamy podczas ucisku u dorosłych, tymczasem bliższe badanie [w naszym przypadku czwartym] wykazuje, że płuco pod względem budowy drobnowidzowej mało się różni od takiego płuca płodowego, które jeszcze nie oddechało. Płuco jest spłaszczone, ale nie jest skórzaste. Nie obserwowałem takiego płuca zaświeża, ale sądząc z budowy, myślę, że ono nawet pod względem ukrwienia mało się różnić musi od drugiego płuca w tym samym przypadku. Główne oskrzela i główne naczynia takiego płuca także wydają się trochę mniejsze. Ze wszystkich wymienionych względów mniemam, że nie popełniając błędu, trzeba uważać takie płuco nie inaczej jak za zanikłe skutkiem powstrzymanego wzrostu (*Atrophia pulmonis congenita ex evolutione retenta, oppressa*).

Toż samo, co powiedziano o płuca, odnosi się także do śledziony, która nieraz jest o połowę i więcej zmniejszona.

Miejscowy zanik od ucisku widzimy wyraźnie na brzdowatych przewężeniach wątroby. Dla pełności może przypomnieć na tem miejscu jeszcze wypada opisane wyżej rozciągnięcie listków opłucnej, obejmujących tylne śródpiersie z silnem wypukleniem ich w postaci worka do jamy drugiej opłucnej (*hernia subaortica*). W naszym trzecim i czwartym przypadku zmiana ta przybrała obszerne i zwracające na siebie uwagę rozmiary.

Pozostaje nakoniec zaznaczyć cechy anatomiczne przepuklin przeponowych pochodzenia traumatycznego, a także tych, które rozwijają się skutkiem spraw patologicznych. Ostatnie zresztą budzą daleko mniej interesu, jako przytrafiające się nader rzadko, gdy tymczasem przepukliny traumatyczne są niezawodnie najczęstsze ze wszystkich. Przepukliny traumatyczne pospolicie przyjmują postać przepuklin fałszywych i wyjątkowo tylko, gdyż nie więcej jak w $\frac{1}{30}$ części ogólnej liczby wszystkich tego rodzaju przypadków, stają się przepuklinami prawdziwemi, z workiem.

Do wytworzenia się przepuklin przeponowych traumatycznych prowadzi zawsze rana, powstała z przebicia lub rozdarcia przepony. W szczególności rana taka jest wynikiem albo pchnięć zadanych bagnetem, nożem, szablą i innemi narzędziami ostremi, albo skutkiem przeszyć przez pociski postrzałowe, albo też rozdarć z powodu upadnięcia, lub zeskoczenia ze znacznej wysokości, przejechania wozem, przygniecenia przez wielki ciężar i t. d. Dawniej myślano nawet, że rozdarcie przepony może się zdarzyć przy gwałtownych wymiotach.

Wszystkie wymienione zranienia przepony w pierwszej chwili powstania mają swój właściwy charakter rodzajowy. Są one większe lub mniejsze i zależnie od przypadku mieszczą się w tej lub owej okolicy przepony. Brzegi ich są równe, lub nierówne. Nadto wszystkie te rany odznaczają się tym wspólnym rysem, że brzegi ich mają dążność do rozchodzenia się. Zranienie przybiera więc formę okrągłą, okrągłąwą, owalną i t. d.. Przekonać się o tem można jeżeli już nie na człowieku, to na zwierzętach za pomocą bardzo łatwych doświadczeń.

Ja przecinając nawet część ścięgniętą na psach za pomocą długiego i wąskiego noża, widziałem, że rana przybierała kształt zupełnie zaokrąglony. Niezawodnie, że dopiero co nadmienione zachowanie się ran przepony wcale nie sprzyja ich zarastaniu. Ztąd to, jeżeli zraniony osobnik pozostaje przy życiu, to sam tylko brzeg rany wygładza się i goi skutkiem zrosnięcia się nad nim otrzewnej z opłucną, gdy tymczasem cała rana przyjmuje wygląd taki, jaki opisują zwykle przy otworach wrodzonych. Z tego powodu CRUVEILHIER już bardzo dawno powiedział, że skoro rozdarcia lub przebicia przypadkowe przepony potrwać czas dłuższy, to „jest rzeczą prawie niemożliwą rozpoznać przy badaniu pośmiertnym, czy otwór w przeponie i następcze przemieszczenia trzew są skutkiem uszkodzenia przypadkowego po urodzeniu, czy też stanowią zmianę wrodzoną“. Jeżeli więc sprawa kończy się wytworzeniem trwałego otworu w przeponie, to przepuklina przeponowa ze wszech miar staje się równoznaczną z przepukliną fałszywą nietraumatyczną.

Co się tyczy przepuklin traumatycznych prawdziwych, to wytwarzają się one wówczas, gdy uszkodzenie nie rozciąga się na całą grubość przepony. Skoro np. z powodu jakiegoś zranienia zostanie rozcięta tylko opłucna i znaczna część grubości mięśnia, albo też cały mięsień, to po rozejściu się części rozciętych mniej wytrzymała na parcie pozostała reszta wypukła się ku jamie klatki piersiowej i powstaje worek. Tak samo może pęknąć tylko sam mięsień, wówczas wypuklają się do góry otrzewna i opłucna. Wytworzenie się worka przepuklinowego możliwe jest i w takim razie, gdy rana przepony z jakiegokolwiek powodu zakończy się zablźnieniem. Po pewnym czasie mało oporna blizna rozciąga się i powstaje worek. Po wytworzeniu się drogą tego lub owego mechanizmu worka, przepuklina pod względem wyglądu i znaczenia dla ustroju prawie przestaje się już różnić od przepuklin prawdziwych nietraumatycznych.

Powstanie przepukliny przeponowej w następstwie spraw patologicznych stanowi zjawisko wyjątkowe. Zaliczają tu np. przypadek następujący:

U 15-letniej dziewczyny MACNAB przeciął klatkę piersiową z powodu lewostronnego ropnego zapalenia. Obfite ropienie trwało około miesiąca, poczem rana się zagoiła. Po pewnym czasie chora zaczęła doświadczać stale w godzinę po jedzeniu, bólu w lewej połowie klatki piersiowej, a oprócz tego klatka piersiowa nawet po dłuższym czasie nie okazywała żadnych objawów zapadnięcia. W 3 lata po torakotomii chora nagle po obfitem jedzeniu dostała nudności i wymiotów. Stan jej stopniowo pogarszał się coraz bardziej, wreszcie po trzech dniach przy objawach zupełnego upadku sił umarła. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono w lewej połowie przepony bardzo obszerny, okrągły otwór z ostrymi brzegami. Przez ten otwór swobodnie przechodziły do jamy lewej opłucnej cały żołądek i dolny koniec przełyku. Jakiegoś znaczniejszego zaciśnienia tych narządów w otworze przeponowym wcale nie było.

Otóż MACNAB myśli, że w tym przypadku górna powierzchnia przepony skutkiem długotrwałego ropienia na tyle została zniszczona, że następnie pod wpływem nacisku przez trzewa brzuszne uległa przerwanu.

Na zakończenie części anatomicznej przytoczę jeszcze przybliżoną skalę częstości przemieszczania się narządów brzusznych przez otwór przepuklin prze-

ponowych. LACHER obliczył, że na jego 275 rozmaitych przepuklin przeponowych do organów przemieszczonych należały: żołądek 161 razy; *colon* albo jego części 145 razy, sieć wielka 96 razy, cienka kiszka 83 razy, wątroba 45 razy, trzustka 27 razy, *coecum* 20 razy, a nerka tylko dwa razy. Zwykle przez jeden otwór przepuklinowy przechodzi dwa, trzy lub więcej trzew brzusznych razem. Daleko rzadziej jeden tylko narząd stanowi zawartość przepukliny. Na 276 przypadków jeden narząd przechodził przez otwór przepuklinowy tylko 53 razy: w tem żołądek 27 razy, *colon* 13 razy, kiszka cienka 6 razy i sieć wielka 2 razy.

[C. d. n.]

Piąty zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 39].

D-r OBRZUT zakończył wykłady na sekcji medycyny teoretycznej odczytem „O tak zwanej infekcyi hemarogicznej“, pracy wykonanej przez prof. HLAVĘ. Na podstawie 10 przypadków zbadanych bakteriologicznie prof. HLAVA, przyszedł do wniosku, że największa część tych zakażeń była zakażeniem drugorzędem spowodowanym przez streptokoki i *bacill. septico-pyemicus*. Niektóre zaś zakażenia hemoragiczne pierwotne mogą być uważane za otrucia spowodowane przez mikroby gnilne. Oddzielnych postaci bakteryj prof. H. nie wyróżnia.

Sekcya medycyny publicznej bardzo żwawo toczyła rozprawy o kilku żywotnych i interesujących kwestyjach. D-r ROLLE z Kamieńca Podolskiego [znany powszechnie historyk D-r ANTONI J.] rozpoczął wykłady odczytem „O cieleńniku i detrycie ospowym“, gdzie obok sprawozdania z 20 miesięcznej działalności cieleńnika, założonego w Kamieńcu, poruszył pytanie, jakim warunkom uczynić zadość należy, by mieć krowiankę, posiadającą znaczną odporność i jaki okres owej odporności da się otrzymać przy ich wykonaniu. Wnioski, jakie się dały z dyskusji nad tym przedmiotem wprowadzić, są następujące: 1) limfa powinna być zbierana często, z pominięciem źle rozwiniętych pęcherzyków, 2) dezynfekcyja jest niemożliwą, potrzeba tylko zachować aseptykę [wodę sterylizować, używać czystej gliceryny, sterylizować naczynia] 3) rurki powinny być szczelnie zamykane. Wyraz detryt kol. POLAK proponuje zastąpić słowem miazga ospowa.

Kol. BUJWID przedstawił znane nam „wyniki swoich bakteriologicznych poszukiwań powietrza i wody miasta Warszawy“.

W dyskusji d-r OBTUŁOWICZ zaznacza, jak pożądaną byłoby rzeczą badać wodę i powietrze podczas epidemii, a także badać powietrze w salach, przepełnionych chorymi tyfusowymi, ospowymi i t. d. D-r BARZYCKI przytacza przykład z własnej praktyki o niewątpliwem szerzeniu się tyfusu brzuszno w pewnej wiosce za pomocą wody z potoku, gdzie prano bieliznę chorych tyfusowych.

Kol. POLAK przemawiał za organizacyją służby zdrowia, opartej na samorządzie gmin i sformułował znany nam i przez Zjazd przyjęty wniosek o nieodzownej potrzebie założenia prywatnego towarzystwa higienicznego w kraju.

Kol. Z. KRAMSZYK dowodził potrzeby oddzielnych zakładów dla chorych na jaglicę, wczem go dzielnie popierali D-r WOŁAŃSKI i D-r OBTUŁOWICZ.

D-r DUBONOWICZ w odczycie „O życiu obłąkanych“ odmalował dobre urządzenie zakładów angielskich i poleca je za wzór dla naszych zakładów dla chorych umysłowych.

D-r OBTUŁOWICZ przedstawił owoc swoich dziesięcioletnich obserwacji nad epidemią tyfusu plamistego i sposobami szerzenia się tej zarazy. Autor oblicza, że w ciągu ostatniego siedmiolecia na choroby tyfoidalne zmarło w Galicyi przeszło 58 tysięcy ludzi. Przyjąwszy cyfrę śmiertelności na 6—8%, wypada że corocznie zapada na tyfus najmniej 100 tysięcy osób. Prelegent przedstawia mapy dwóch różnych powiatów: jednego biednego i drugiego zamożnego i cały szereg tablic, ilustrujących przebieg tyfusu plamistego z lat 10. Spostrzeżenia D-r Ob. co do szerzenia się tyfusu dadzą się mniej więcej streścić w tych słowach: 1) tyfus plamisty, jako choroba wysoce zakaźna, przenosi się z osoby na osobę w każdym okresie choroby, a zarazek nawet po upływie tygodni nie traci na sile, 2) warunki higieniczne nie mają widocznego wpływu na szerzenie się tyfusu plamistego, 3) siedliskiem zarazy dla Galicyi jest Borysław, znany z kopalń naftowych, 4) rozsądnikami tyfusu plamistego są więzienia i areszty policyjne, z kąd wypuszczeni na wolność więźniowie szerzą zarazę po wsiach i miastach, 5) dezynfekcja w więzieniach i po wsiach wiele pozostawia do życzenia. W końcu prelegent formuluje wnioski o potrzebie reformy więzień pod względem sanitarnym, o donoszeniu władzy o chorobach zakaźnych, o wykładach higieny w szkołach. Wnioski te, przez Zjazd przyjęte, na innem miejscu podaliśmy *in extenso*.

D-r ZALESKI z Sanoka opisał dezynfektor prostej, przez siebie wynalezionnej, konstrukcyi, gdzie dezynfekcja odbywa się za pomocą pary wodnej przy 100 C..

Prof. BLUMENSTOK przemawiał o potrzebie ujednostajnienia słownictwa lekarskiego za pośrednictwem towarzystw lekarskich.

D-r BARZYCKI zaś mówił o potrzebie podniesienia zdrojowisk krajowych. O wnioskach jego mówiliśmy gdzieindziej. Jak widzimy sekcya medycyny publicznej obfitowała w projekty piękne i pożyteczne. Oby się tylko choć w części ziściły i to w niedalekiej przyszłości.

Prace sekcji ginekologiczno-położniczej rozpoczął kol. NEUGEBAUER [syn] pełnym erudyty odczytem „O spondylolistezie“, z przytoczeniem bogatej kazuistyki, ilustrowanej wielką ilością fotogramów i rysunków.

D-r STROYNOWSKI mówił „O massażu przy wypadnięciu macicy“, [metoda THURE-BRANDT'a]. Polemizował z nim D-r GULIŃSKI, który przekłada metodę chirurgiczną.

D-r SIELSKI przedstawia chorobę i opisuje operacje plastyczne na międzykroczu metodą LAWSON-TAIT'a. Cztery razy operował w ten sposób wypadnięcie macicy, raz przedarcie międzykroczu. Przy wypadnięciu macicy rzadko amputuje część pochwową. Wywiązała się żywa dyskusya między prelegentem, a d-r STROYNOWSKIM i GULIŃSKIM, z których pierwszy tylko przedarcia międzykroczu uważa za kwalifikujące się do operacji LAWSON-TAIT'a, drugi rokuje recydywę chorym D-r SIELSKIEGO z powodu nieamputowania części pochwowwej.

D-r BRAUN opisał kilka przypadków z kliniki prof. MADUROWICZA, a mianowicie: cięcie cesarskie, wykonane na karlicy z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu, dalej pęknięcie macicy i przejście całego jaja płodowego do jamy brzusznej podczas ciąży: matka żyła jeszcze przez 6 tygodni po wydobyciu przez laparotomię płodu nieżywego. Następnie prelegent poruszył kwestyę rozszerzenia szyjki macicznej balonem BRAUN'a w celu przyspieszenia porodu i przedstawił rzadki przypadek oderwania się do-

browolnego macicy od przedniej ściany pochwy podczas porodu z powodu bliźnowatego zwięzienia wejścia do pochwy. Chora i dziecko zmarły.

Nakoniec D-r FESTENBURG mówił o antyseptyce w położnictwie. W dyskusyi D-r BRAUN podał dobre wyniki ze stosowania w położnictwie 2% roztworu kreoliny.

Na zaimprovizowanej na prędcie sekcji dermatologii i syfilidologii [która odbyła jedno posiedzenie] D-r SZADEK miał odczyt „O mechanicznem leczeniu przewlekłej rzerzączki“, po którym nastąpiła ożywiona dyskusya.

Dalej D-r KRÓWCZYŃSKI mówił o poronnem leczeniu przymiotu, uwzględniając przedewszystkiem wycinanie pierwotnego stwardnienia. Opierając się na własnem doświadczeniu prelegent twierdzi: 1) że po wycięciach przebieg zwykle jest łagodniejszy, 2) że wyjątkowo można nawet zapobiedz wystąpieniu objawów ogólnych.

Tenże D-r KR. rozpatrywał: jakie leczenie przymiotu daje najlepsze wyniki? A więc najpierw, jeżeli można, wycinać pierwotne objawy. Dalej wcierać 1—1,5 grm. szaruchy do gruczołów zajętych, a położonych najbliżej objawu pierwotnego. W przypadkach cięższych podawać równocześnie rtęć wewnątrznie. Każdy objaw leczyć miejscowo, a rtęć podawać długo, nawet przez wiele miesięcy. Najskuteczniejsze są wcierania, robione wcześniej w okolice gruczołów limfatycznych, potem dopiero idą wstrzykiwania i używane w Anglii naparzenia. Do wstrzykiwań zaleca kalomel, *Hydr. flav. oxyd* i *Hydr. salicyl.*

Na tem kończymy sprawozdania z odczytów najbliżej nas obchodzących t. j. lekarskich. Z powodu braku czasu lub niestawienia się prelegentów zeszło z porządku dziennego po kilka odczytów z różnych sekcji. Otóż co do braku czasu, zauważyliśmy, że czasu by wystarczyło, gdyby niektórzy prelegenci zechcieli mieć wykłady zwięzłe, nie przeciążone wodnistemi cytatami, wstępami historycznemi, drobnostkowemi opisami przypadków i t. d..

Dla tego słusznie wydało mi się żądanie prof. RYDYGIERA, ażeby zamiast odczytów, w literalnem znaczeniu tego słowa, miały miejsce wykłady ustne, jak również warunek, aby wykład trwał nie dłużej nad minut 20. Szkoda tylko, o czem już poprzednio wspomniałem, że prelegenci nie zostali o tem wcześniej zawiadomieni.

Wyrazem postępu Galicyi na polu higieny, a po części pedagogii, była wystawa higieniczno-lekarska i przyrodniczo-dydaktyczna ¹⁾. Urządzona z inicjatywy D-ra MERUNOWICZA, a w znacznej części dzięki jego nadzwyczajnym zabiegom i pracy, wystawa ta była na mniejszą skalę powtórzeniem naszej warszawskiej. Zewnętrzny wygląd wystawy był bardzo skromny. Nie rozumiem dla czego, mając do rozporządzenia tak piękny gmach, jakim jest lwowska politechnika, urządzono wystawę w gimnazyjum realnem, gdzie przedewszystkiem było ciasno. Estetyczna strona, ważna dla wystawców i publiczności, zasługi-

¹⁾ Po ogłoszeniu urzędowego sprawozdania uzupełniamy listę nagrodzonych wystawców z Warszawy.

Kol. NENCKI i p. ALF. BUKOWSKI dyplom honorowy za prace naukowe w dziedzinie higieny.

Kol. SZUMLAŃSKI medal brązowy za tablice statystyczne szpitali warszawskich.

Redakcyjja Pamiętnika fizyjoğraficznego i zakład litograficzny medal srebrny za mapki.

P. ST. PRAUSS i MAKS. FLAUM, medal srebrny za grafikony.

P. A. HOŁOWIŃSKI, medal srebrny za tablicę porównawczą rozmaitych światel.

P. KS. MAKOWSKI, list pochwalny za dzwonek automatyczny, ostrzegający o otwarciu wodociągu.

P. KORDANOWSKI [LELIWA], list pochwalny za preparaty słodowe.

P. SŁOWIKOWSKI, medal brązowy za obrazy graficzne spostrzeżeń meteorologicznych.

P. SIGALINA KLAUD., medal brązowy za kefir.

P. SIGALIN RAFAŁ, list pochwalny za kumys.

wała chyba więcej na uwzględnienie, niż odległość politechniki od środka miasta, doprawdy znów nie tak znaczna. Gimnazjum, z powodu lekcyj mogło być oddanem dopiero w ostatniej chwili i trzeba było dziwnej sprężystości i żelaznej pracy szanownego inicjatora wystawy, aby wybrnąć z tego chaosu i kłopotów urządzania wystawy na przedce. Wystawa lwowska, podobnie jak jej pierwowzór, nosiła na sobie cechę dydaktyczną t. j. była obrazem nie tyle faktycznych postępów na polu higieny, ile miarą pragnień i dążeń w tym kierunku. Dydaktyczną korzyść wystawy podniosłyby odpowiednie objaśnienia, praktykowane u nas z powodzeniem; brakło ich na wystawie lwowskiej.

Okazy wystawowe były ułożone podług grup następujących: 1) Bakteryjologia, 2) Higiena szkół, 3) Higiena mieszkań, 4) Higiena szpitali, 5) Higiena fabryk, 6) Apteki, 7) Wystawa przyrodniczo-dydaktyczna, 8) Pokarmy i napoje, 9) Asanacja miast, 10) Statystyka lekarska, 11) Weterynaryja, 12) Kąpiele i łaźnie, 13) Gimnastyka, 14) Chirurgija, 15) Higiena odzieży i pielęgnowania ciała.

W grupie bakteryjologicznej d-r SZPILMAN wystawił komplet cały przyrządów do badań bakteryjologicznych, jak również hodowle chorobotwórczych bakteryj, tablice i t. d. Były i fotogramy drobnowidzowych obrazów, [robione w Paryżu], ale nie dające dokładnego pojęcia o formach bakteryj. Tu również figurowały okazy i tablice kol. BUJWIDA i hodowle pasorzytów ropnych d-r WEHR'a.

Higiena szkół, fabryk i szpitali przedstawiała się nad wyraz ubogo. Najsmutniejsze wrażenie zrobiła na nas grupa szpitalna, traktowana rzeczywiście po macoszemu. Lepszą już była higiena mieszkań, gdzie się odznaczały wyroby lwowskiego technika p. RYCHNOWSKIEGO. Rozrzucone po różnych grupach wyroby tej firmy świadczą o jej żywotności. Takie np. przenośne dezynfektory, pozwalające dezynfekować rzeczy bez przewożenia ich do odległych izb dezynfekcyjnych, powinny by się doczekać rozpowszechnienia. Towarzystwo politechniczne we Lwowie z okazji wystawy wydało obszerną broszurę p. t. Wady i ulepszenia naszych pomieszczeń, rzecz podobno wielkiej wartości.

W grupie 6-iej, urządzonej najlepiej pod względem estetycznym, aptekarze galicyjscy i wielu zagranicznych z Wiednia, Berlina, Darmstadtu wystawili, obok nowych środków lekarskich, wiele nowych przyrządów i naczyń, służących do przyrządzania lekarstw. W tej grupie również REICHERT z Wiednia wystawił drobnowidze własnego wyrobu bardzo piękne i niezbyt drogie. Jako nowość pokazywano szrubę do przesuwania preparatów we wszystkich kierunkach, a więc i z tyłu naprzód.

Grupa przyrodniczo-dydaktyczna przedstawiała się najlepiej z całej wystawy. Celem wystawy tej grupy było podać wskazówki, jakie okazy, preparaty i modele powinny się znajdować w gabinetach szkół średnich. Okazów było bardzo dużo, dostarczyły je szkoły galicyjskie i prywatni wystawcy, jak bracia FRIEDOWIE z Pragi Czeskiej, prof. DYBOWSKI, prof. WEJGEL i inni.

Do tej grupy należało także Muzeum pedagogiczne miasta Lwowa, wystawione przez Radę szkolną, obejmujące wszystkie środki naukowe, potrzebne do umysłowania nauki w szkołach ludowych z zakresu nauk przyrodniczych, geografii i historii. Nie bez zazdrości oglądaliśmy to piękne muzeum.

W grupie lekarskiej i statystyki lekarskiej umieszczono wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie [12 tomów], wydawnictwa Gazety Lekarskiej [5 tomów dzieł specjalnych, Książka pamiątkowa dla prof. HOYERA i 7 roczników], wydawnictwa dzieł lekarskich czeskich. Dalej preparaty drobnowidzowe naczyń rdzenia kręgowego ludzkiego wraz z monografią

prof. KADYJEGO, wydaną w Krakowie, ozdobioną 10 kolorowemi tablicami. D-r WIDMAN przedstawił bogatą kolekcję rysunków sfigmograficznych wraz z aparatami do zdejmowania tych rysunków, D-r OBTUŁOWICZ tablice i mapy, objaśniające przebieg tyfusu płamistego w dwóch powiatach za 1879—1888, D-r BARZYCKI tablice przebiegu tyfusu brzuszno w pow. Rzeszowskim za 1878—1888 r. Zakłady zdrojowe wystawiły okazy wód, soli leczniczych, plany budynków i t. d.

W grupie weterynaryjnej podziwialiśmy przepiękne preparaty anatomiczne prof. KADYJEGO, dyrektora instytutu anatomicznego przy lwowskiej szkole weterynaryi. Preparatów tych naliczyliśmy 24. Niektóre z nich np. kręgosłup koński z nastrożnietymi naczyniami, korozyjny preparat żył i tętnic kopyta końskiego, kolekcja iniekowanych prąciów zwierzęcych, to prawdziwe arcydzieła w swoim rodzaju, usprawiedliwiające w zupełności najwyższe uznanie [dyplom honorowy], jakie D-r KADYJEGO na wystawie spotkało. Pouczające również były woskowe preparaty, objaśniające rozwój wnętrzaków (*ascaris lumbricoides*, *taeniae* etc.) wystawione przez dyrektora szkoły weterynaryi d-ra SEIFMANNA.

Z grupy chirurgicznej nie wiele mamy do zaznaczenia. Tani stół operacyjny D-ra ZIEMBICKIEGO może zachęci do kupna jaki szpitalik prowincjonalny. Jestto stół bardzo prosty, drewniany, lakierowany na biało, opatrzony we środku rowkiem. Fabrykanci wiedeńscy i czescy wystawili materiały opatrunkowe i instrumenty. D-rowie NEUGEBAUEROWIE [ojciec i syn], narzędzia do operacyi na pochwie i szyjce macicznej [przeważnie własnego pomysłu]. Jedna rzecz zasługiwała na szczególne wyróżnienie, mianowicie kolekcja próbek z żelatyną, przeznaczona do demonstracyi wartości aseptycznej materiałów opatrunkowych i dezynfekującej siły płynów przeciwnilnych używanych w chirurgii. Na czarnej tablicy w kilka rzędów przymocowane są próbki, do których się wkłada różne materiały opatrunkowe: watę, jedwab, katgut, dreny, i t. d. w takim porządku, aby każdy materiał miał swój rząd w kierunku poziomym. W kierunku zaś pionowym próbki podzielone są podług rodzaju płynów przeciwnilnych, do jakich się opatrunki zanurzają [fenol, sublimat, kwas borny, tymol, kreolina i t. d.]. W miarę wartości przeciwnilnej, danego materiału, na żelatynie będą się rozwijały lub nie kolonije pasożytów. Tym sposobem przy dłuższej obserwacyi można będzie *ad oculos* wykazać wartość przeciwnilną płynów i przeciwnilność materiałów opatrunkowych. Mamy nadzieję, że kol. WEHR [wystawca tych próbek] nie omieszka podzielić się z ogółem wynikami swoich spostrzeżeń.

Tenże kol. WEHR wystawił szafkę do podręcznych narzędzi. Szafka jest zbudowaną ze szkła i metalu. Nowość pomysłu polega na tem, że każda półka otwiera się oddzielnie w sposób nader prosty.

Nie chcąc rozszerzać rozmiarów i tak długiego sprawozdania, inne mniej interesujące nas grupy pomijam. Ogólne wrażenie jakie wystawa higieniczna robiła było to, że na polu higieny wiele mamy jeszcze do zrobienia. Tymczasem *in magnis voluisse sat est!* Są położenia, jak się trafnie wyraził jeden z uczestników Zjazdu, w których oddechanie nawet jest już pocieszającym objawem.

A. Puławski.

DO PP. PRENUMERATORÓW:

Upraszamy Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, o rychle uregulowanie rachunków.

NAJWIĘKSZY PAPIROWY ZAKŁAD



APTEKA

Magistra Farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w WARSZAWIE

ulica Elektoralna Nr. 39.

MINERALNYCH NA BUTELKI I SYFONY.

- Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maładze wyborowej:
- Wino Rabarbarowe czyste, pół butelki 2 rs.
 - „ „ z korą chin królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.
 - „ Chinowe czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.
 - „ „ z żelazem, pół butelki 1 rs. 50 kop.
 - „ z Chiną i z Kakao (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 20 kop.

N a d t o :

- Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop. — 100 kop. i po 120 kop.
- Wino pepsynowe, na winie francuzki-m, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina. Pół butelki 2 rs.
- Tamar-Indien, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnemi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez bólesci. — pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.
- Tran lekarski oczyszczony } Cena względna do cen handlowych.
- „ „ zwyczajny }
- „ z żelazem, z jodkiem żelaza, z bendzwinijanem żelaza, butelka po rs. 1.
- Oleum ricini koussinatum comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, koussu i korzenia granatu, cena dozy rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkaniu trzew brusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwiistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską (rachityczną) cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

10—8

W. Karpiński.

ULICA MIROWSKA NR. 3.

Zakład leczniczy D-ra Römplera

dla chorych piersiowych w Görbersdorfie na Szlązku.

zaleca z pomyslnym skutkiem dla kuracyi zimowej wielki nowo wybudowany ogród zimowy. peczyjalna manipulacyja w chorobach krtani. 6—5