

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** W. Placzkowski. (Wspomnienie pośmiertne). — I. H. Kottubaj. Zmiany anatomiczne ślinianek po podwiązaniu przewodów Stenona i Whartona. (Doniesienie tymczasowe). — II. A. Sokółowski. W sprawie leczenia klimatem swojskim. (*Climatotherapie nostras*). — *Dział sprawozdawczy*: 16. Exner. Badania nad umiejscowieniem czynności w substancji korowej mózgu człowieka. — 17. J. Gruber. O znaczeniu leczenia wstrzykiwań środków lekarskich przez trąbkę Eustachijusza bez użycia cewnika. — Wiadomości bieżące. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Ś. p.

## D-r WITOLD PLACZKOWSKI

ordynator oddziału chirurgicznego szpitala Dzieciątka Jezus.

(Wspomnienie pośmiertne).

Ze łzą w oku, z boleścią w sercu, kreślić słów kilka pośmiertnego wspomnienia, aby niem pożegnać kolegę, przyjaciela i towarzysza wspólnej pracy — niełatwe to zadanie, które dziś przypadło mi w udziale.

Dnia 7-go Lutego, roku bieżącego, zmarł w Meranie na ostrą gruźlicę płuc D-r Witold Placzkowski, Ordynator Oddziału chirurgicznego żeńskiego szpitala Dzieciątka Jezus.

Gazeta nasza traci w zmarłym jednego ze swoich członków-współwłaścicieli, nauka lekarska dzielnego chirurga, traktującego swój przedmiot z zapalem, pracownika nad wyraz sumiennego, społeczeństwo zacnego i szlachetnego człowieka, obywatela i lekarza.

Ś. p. Witold Placzkowski urodził się d. 30 Stycznia 1851 r. w mieście Włocławku z rodziców niezamożnych.

Wzięty w opiekę przez bogatego dziadka stryjecznego, ukończył w 1868 r. warszawskie gimnazjum I-sze i w tymże roku wstąpił na wydział lekarski do byłej Szkoły Głównej. W 1873 roku ukończył w stopniu lekarza uniwersytet tutejszy.

Twarde były warunki życia, w których ś. p. Witold zdobywać sobie musiał ziarna nauki i podstawy bytu na przyszłość. Tym jednak warunkom, być może, zawdzięczał on, że nie rozleniwił ducha, nie zmarnował beczynnem lat młodych, i chociaż krótkiem lecz czynnem swoim życiem, służyć może za przykład dla wielu, jak pojmować należy obowiązki, które wkłada na nas zawód i społeczeństwo.

Wychowywany nadzwyczaj skromnie przez dziadka, który ciężką pracą zdobył znaczny majątek, w ubogim pomieszczeniu, studyjował ś. p. Witold dniem, a niekiedy i nocą, gdyż w wieczornych godzinach czytywał zwykle podszlemu i schorzałemu opiekunowi.

Nauka przychodziła z trudem i mozolem. Nadzwyczajnych zdolności nie było, i ś. p. Witold rozumiał dobrze, że tylko pracą, żelazną wolą i cierpliwością może osiągnąć tajników wiedzy, zdobyć sobie wybitniejsze stanowisko.

Po śmierci dziadka, który mu zapisuje cały majątek, pragnąc odświeżyć umysł i ciało, odetchnąć powietrzem pól i lasów, wyjeżdża na wieś i używa swobody przez kilka miesięcy.

Bezczynność jednak nie była w naturze ś. p. Witolda. Duch rwał się do czynu, myśl sięgała dalej, niż zwykła działalność lekarza-praktyka. Często przemknęło szlachetne marzenie o profesorskiej katedrze, o sławie, którą należało zdobyć pracą i nauką. A warunków ku temu nie brakło! Wykształcenie wyższe ukończone, niespodziewany dar fortuny, uznanie i zachęta ze strony znajomych i kolegów. Gdzie jednak się zwrócić w przykrych i trudnych warunkach, w których żyć przypadło w udziale, jak zdobyć wymarzone ideały, która droga będzie najlepszą, najodpowiedniejszą i czy doprowadzi do pożądanego celu — oto pytania, które zadawał sobie młody lekarz po powrocie do Warszawy.

Los mu jednak sprzyjał. Rad i wskazówek do dalszej działalności postanowił zasięgnąć u nestora lekarzy polskich, czeigodnego profesora Szokalskiego, który mu wskazał kierunek chirurgiczny, oparty jednak na ścisłej znajomości anatomii opisowej. Szanowny profesor nie poprzestał jednak na samych radach, lecz życzliwie przedstawił ś. p. Witolda profesorowi Hirszfeldowi, przy którym zmarły zajmował się następnie przez czas pewien przygotowywaniem preparatów anatomicznych na wykłady dla studentów.

Do Września 1875 ś. p. Placzkowski pracował jako asystent chirurgiczny przy oddziale szpitalnym św. Rocha, a w Październiku tegoż roku mianowany został prosektorem przy katedrze anatomii opisowej tutejszego uniwersytetu.

Jakkolwiek zajmował się przedtem anatomiją opisową, nie uważał się jednak za dostatecznie przygotowanego w tym kierunku, zwłaszcza dla prowadzenia praktycznych zajęć ze studentami. Od chwili też objęcia posady prosektora aż do jej opuszczenia pracuje ciągle, niezmordowanie.

Dzień był za krótki dla żadnego wiedzy młodzieńca, godziny obowiązkowe nie istniały i nieraz pracował do późnej nocy, schylony nad preparatem, dopełniając braki swej anatomicznej wiedzy, lub przygotowując się do wykładów na dzień następny.

Trzeba znać fatalne warunki pomieszczenia, w których ś. p. Witold zmuszony był się zajmować, aby zrozumieć przedwczesny zgon jego, warunki, którym najsilniejszy organizm uległby musiał.

W mrocznym pokoiku, bez odpowiedniej wentylacji, zapełnionym rozkładającymi się preparatami, pracować godzin kilkanaście, w ciągu których przez godzin kilka należało prowadzić wykłady dla studentów, zaiste—to najpewniejszy zadatek dla zyskania zarodków śmiertelnej choroby, która też nie dała na

siebie długo czekać ś. p. Witoldowi. Już w końcu pierwszego roku występują objawy podupadłego odżywiania, a w drugim roku przyłącza się prawostronne ostre wysiękowe zapalenie opłucnej. Gdy po kilku miesiącach wyzdrowiał, pracuje dalej w tych samych warunkach aż do początku r. 1879, w którym to czasie uzyskał na drodze konkursu posadę Ordynatora w oddziale chirurgicznym żeńskim szpitala Dzieciątka Jezus.

Na tem nowem polu swojej działalności, mając gruntowne podstawy w anatomii i zapal do przedmiotu, byłby niewątpliwie zdobył sobie świetne stanowisko. Oddział swój urządził wzorowo i podług najnowszych wymagań nauki. Pół dnia w nim spędzał, operując śmiało i ze znajomością rzeczy najcięższe przypadki. Z większych operacyj, które wykonał, przytoczę tu tylko: pierwszy raz u nas dokonane z pomyślnym skutkiem wyluszczenie na obudwóch stopach kości skokowej (*exstirpatio tali*) przy *pes varus* u 6-letniej dziewczynki, który to przypadek po pierwszej operacji przedstawiał zmarły na jednym z posiedzeń warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dalej wykonał całkowite wyluszczenie prawej łopatki wraz z wypilowaniem główki kości ramieniowej, dwa wypilowania połowy szczęki górnej, częściowe wycięcie nerwu szczękowego dolnego, kilka herniotomij, dwa razy prześwidrowanie (*trepanatio*) w kilku miejscach kości udowej przy *osteomyelitis* i wiele innych operacyj.

Z operowanych chorych rzadko która zmarła, co ś. p. Witold zawdzięczał sumiennemu następczemu leczeniu chorych operowanych. Każdy opatrunek zmieniał własną ręką, z pedanteryją i cierpliwością nieraz podziwienia godną. Chorą operowaną zajmował się jakby własnem dzieckiem, nie oglądając się na środki szpitalne, które bardzo często dopełniał datkiem ze swej własnej kieszeni.

Operował ciągle, rzec można, gorączkowo, jakby przeczuwał, że życie jego niedługie, a do zdobycia i nauczania się wiele jeszcze pozostaje.

Stosunki familijne, życie domowe, towarzyskie i publiczne dla niego prawie nie istniało. Żył tylko medycyną i dla medycyny, o niej ciągle rozprawiał, o niej marzył, dla niej, rzec można, się poświęcił.

Jakie szlachetne serce biło w tej piersi, jak odczuwał nędzę drugich i jednocześnie, jak każdy przypadek, więcej zawily, niesłychanie go zajmował, pozwolił sobie przytoczyć jeden fakt z życia zmarłego, który żywo stoi mi w pamięci.

Syn jego nauczyciela, człowiek niezamożny, zapadł na ciężką i trudną do określenia chorobę. Było to, jak się zdaje, długotrwałe cierpienie zapalne końców stawowych różnych kości długich szkieletu (*osteomyelitis et osteitis epiphysium*).

Chory, opuszczony przez lekarzy, udał się o poradę do ś. p. Witolda, który zajął się nim z całą troskliwością. Przez półtora roku odwiedzał chorego bezinteresownie, często po dwa razy na dzień, i oprócz rozcięcia mnóstwa ropni, wytwarzających się u tego chorego w różnych okolicach ciała, dokonał u niego: wyluszczenia obudwu wielkich palców u stóp, wycięcia martwaków z końców namięstkowych kości przedramienia i całkowitego wypilowania lewego stawu łokciowego. Chory po kuracyi w Ciechocinku wyzdrowiał zupełnie.

W końcu roku 1880 ś. p. Witold wyjeżdża na 6 miesięcy w podróż naukową za granicę, z której powrócił już niezupełnie zdrowym. Po powrocie zajął się nanowo pracą szpitalną, przerywać ją jednak musiał od czasu do czasu, gdyż coraz częściej zapadał na zdrowiu.

Nieraz, gdy się czuł już znacznie gorzej, zwracałem jego uwagę, aby rzucił zajęcia, wyjechał na wieś i mając byt materyjalny zabezpieczony, odpoczął przez czas dłuższy, — odpowiadał mi: „wolę żyć krócej a z pożytkiem dla innych i zajmując się tem, co ukochałem, jak w bezczynności i spokoju przedłużyć życie, które już nie będzie dla mnie miało celu i przyszłości“.

Pod koniec roku przeszłego zachorował bardzo mocno i pomimo bardzo troskliwej opieki kolegów i wyjazdu do Włoch, oddawna tłęca choroba powstrzymać się już nie dała.

Zmarły, oprócz obszernego streszczenia z pracy D-ra Scriby pod tytułem: „Poszukiwania nad zatorem tłuszczowym“, pomieszczonego w dwóch numerach Kroniki Lekarskiej z roku 1880, nie ogłosił innych prac drukiem. O ile wiem, musiał pozostawić w rękopiśmie obszerniejsze opracowanie z rysunkami, dotyczące powięzi miednicy (*fascia pelvis*), gdyż o pracy tej często wspominał, jak również opis powyżej wspomnianego przypadku wyluszczenia kości skokowych i drugiego, dotyczącego wypadnięcia przez ściankę brzuszną większej części kiszek (*eventratio*). Prace te już dawno mogły być ogłoszone, lecz zmarły o ile we wszystkich swoich czynnościach był niesłychanie sumiennym, tak i w tych pracach starał się przedstawić rzecz wyczerpująco, ciągle więc je przerabiał, dopełniając nowemi spostrzeżeniami i studjami anatomicznemi.

Chwile, które spędziłem ze ś. p. Witoldem już to przy anatomicznym stole, już-też pracując razem w szpitalu, pozostaną dla mnie zawsze najmiłszem, niezatartem wspomnieniem. Dziękując się chętnie zdobytą wiedzą, niejedną kwestyję mi rozjaśnił, wiele nauczył. Szczery i poświęcający się dla każdego, spieszył zawsze i wszędzie z pomocą lub koleżeńską przysługą. Żegnaj mi Druhu ukochany, Towarzyszu serdeczny! Niechaj wspomnienie Twego życia jak jasna gwiazda przyświeca młodym pracownikom na ciężkiej niwie nauki lekarskiej. Duch, który był w Tobie, niechaj ożywia nas wszystkich, zapał Twój niechaj nas ogarnia, pobudzając do pracy, do czynu, dla nauki, dla kraju i ludzkości. Pokój Twoim popiołom! Cześć Twojej pamięci!

*E. Modrzejewski.*

---

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. WL. BRCDOWSKIEGO.

## I. ZMIANY ANATOMICZNE ŚLINIANEK PO PODWIĄZANIU PRZEWODÓW

Stenon'a i Wharton'a.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Podał **Henryk Kotlubaj.**

---

Zanim ogłoszę szczegółowe sprawozdanie ze swoich badań nad zmianami ślinianek po podwiązaniu ich przewodów wyprowadzających, podaję na tem miejscu w streszczeniu niektóre ustępy mej pracy i ostateczne jej wyniki.

Niniejszem chciałem wypełnić lukę w naszej literaturze, albowiem nie mamy dotąd prac w tym kierunku, a obraz mikroskopowy ślinianek, pozbawionych swej funkcji, nie był dotąd dokładnie znanym, pomimo jedynej pracy D-ra Pełszyńskiego z Petersburga, dokonanej w 1876 r. nad ślinianką przyuszną; w pracy tej anatomiczna strona przedmiotu pozostawia wiele do życzenia, gdyż głównym jej celem było wykazać sposób leczenia przetoki ślinowej. Jednocześnie z mojami doświadczeniami pp. Arnozani i Waillard z Bordeaux przedsięwzięli podobną pracę nad gruczołem przyusznym, o której doniesienie tymczasowe podali w *Gazette hebdomadaire* za rok przeszły w N-rze 27. Z podanego przez nich opisu dwóch doświadczeń mogę wywnioskować, iż wzmiankowani autorowie, jeżeli nie we wszystkich szczegółach, to w ogólnych zarysach, znaleźli też same zmiany anatomiczne, co i ja.

Doświadczenia wykonywałem na psach i kotach odnośnie do ślinianek przyusznej i podżuchwowej. Po podwiązaniu z jednej strony przewodu Stenon'a, z drugiej zaś Wharton'a, operowane zwierzęta zostawały przy życiu od 2 dni do 4 miesięcy, gdyż zabijałem je w rozmaitych terminach, dla dokładnego zbadania wszelkich zmian i przedstawienia całego przebiegu sprawy.

Rezultaty, do których doszedłem, są następujące. W śliniance przyusznej zaraz po podwiązaniu występują widoczne zmiany w przewodach, w których światło cokolwiek rozszerzone i nabłonek zmętniały. Rozszerzenie światła przewodów występuje zawsze jako stała zmiana z początku dużych, następnie małych, aż do najdrobniejszych przewodów, przyczem nabłonek ulega z czasem znacznemu uciskowi, tak, że ku końcowi trzeciego miesiąca po podwiązaniu przedstawia się zupełnie jednolitym, albo z płaskimi komórkami. W pęcherzykach najprzód pojawia się powiększona ziarnistość komórek wydzielających, następnie zupełny rozpad takowych, przyczem duże zaokrąglone jądra są rozrzucone po całym świetle pęcherzyków. W dalszym zaś ciągu widzimy pęcherzyki znacznie zmniejszone i uciśnięte rozrosłą tkanką śródmiąższową, albo światło w nich znacznie powiększone i wydzielające komórki zupełnie uciśnięte i spłaszczone, przy czem tkanka łączna również zajmuje szerokie przestrzenie między zrazikami i nawet między pęcherzykami. W tej ostatniej gdzieniegdzie dają się widzieć drobne komórki limfoidalne, jednak nacieczenia w ścisłym znaczeniu tego słowa nigdy nie udało mi się spostrzec.

Być bardzo może, że owe komórki wędrujące, jeżeli nie stanowią jedyne punktu wyjścia dla rozrostu tkanki łącznej, wszelako grają pewną rolę w tym względzie. Zastój śliny we wszystkich przewodach jest tu bodźcem drażniącym, który wywołuje bynajmniej nie jednorazową imigrację bezbarwnych ciałek krwi, ale mniej więcej stałą przez cały ciąg doświadczenia; te ciała z biegiem czasu, podlegając zmianom postępowym, wytwarzają zbitą tkankę łączną. Z drugiej strony, wskutek zmniejszenia funkcji komórek wydzielających, pęcherzyki z czasem zapadają, nie wywierają na sąsiednią tkankę żadnego ciśnienia, nie utrzymują jej w normalnych warunkach. Tkanka śródmiąższowa jakby postępuje za zapadającymi pęcherzykami, zajmuje wolne miejsce, rozszerza się i przechodzi w stan zaczepny, ugniata wciąż pęcherzyki, które już nie są

w stanie przeciwdziałać temu ciśnieniu, ustępują sile i w ostatecznym kresie ulegają zanikowi.

Niezawsze jednak to ma miejsce, gdyż widzimy na niektórych preparatach drugi rodzaj zaniku; mianowicie pęcherzyki przedstawiają znaczne rozszerzenie światła, obok również znacznego rozrostu tkanki śródmiąższowej. W tym razie komórki wydzielające przedstawiają oczywiście niejaką żywotność i siłę, gdyż bez wątpienia po podwiązaniu głównego przewodu funkcjonują czas niejaki, wskutek czego wszystkie przewody i nawet drobne światła pęcherzyków wypełniają się wydzieliną. Ta ostatnia, będąc, jakśmy już wyżej nadmienili, drażniącym bodźcem, jednocześnie uciska ścianki przewodów i nawet same komórki gruczołowe. Tym sposobem w pęcherzykach powstaje znaczne ciśnienie, które je doprowadza do wyżej opisanego stanu. Następnie widzimy, że pomimo takiego ciśnienia wewnętrznego, uciskającego w takim stopniu komórki wydzielające, wielkość pęcherzyków pozostaje też sama, albo się cokolwiek zmniejsza; zdawało by się, że będziemy mieli ogromne rozszerzenie światła i rozciągnięcie otoczki właściwej (*membrana propria*), czego w danym razie nie ma i śladu. Objasniam tę okoliczność jak wyżej, t. j. rozrostem tkanki łącznej, która przeciwdziała energii ciśnienia i utrzymuje pęcherzyki w zależności od nowej siły, paraliżującej działanie pierwszej. Tym sposobem ścianki pęcherzyków podlegają działaniu dwóch sił odsrodkowej i dośrodkowej.

Mamy zatem w śliniance przyusznej dwojakiemu rodzaju zmiany, które zależą być może od wieku operowanych zwierząt, niejednostajnego żywienia lub też innych wpływów, nie dających się bliżej określić.

W gruczole podżuchwowym znajdowałem oba rodzaje tych zmian u każdego z operowanych zwierząt. Jednakże obok takich obrazów mikroskopowych widzimy i inne, które dają nam jeszcze jeden rodzaj zaniku, wskutek podwiązania przewodu wydzielającego. W kilku przypadkach operowane ślinianki po dość długim czasie straciły bardzo wiele, tak na objętości jak i na wadze, co zresztą bywało we wszystkich doświadczeniach, atoli obraz mikroskopowy znacznie się różnił od poprzednich. Właściwie nie dostrzegłem w nich widocznych zmian oprócz rozszerzenia światła przewodów i ucisku wyścielającego je nabłonka. Jednak przy bacznej obserwacji można było dojrzeć obok zupełnie normalnych pęcherzyków znacznie mniejsze, posiadające niekiedy nie więcej nad jedną komórkę. Tkanka śródmiąższowa nie przedstawiała najmniejszego rozrostu i o tyle tylko zmieniona była, że miejscami widać w niej było komórki limfoidalne. Chcąc objaśnić przyczynę zupełnego zaniku gruczołu przy zachowaniu jego budowy, przypuszczam, iż owe zmniejszenie się całej ślinianki zależy od zmniejszenia pęcherzyków w niejednakowym wszelako stopniu i odbywa się prawdopodobnie kosztem komórek wydzielających.

Te ostatnie podlegają prawdopodobnie przeistoczeniu białkowatemu, albowiem już w najwcześniejszych okresach widzimy w komórkach gruczołowych powiększoną ziarnistość, która zawsze daje dodatnią reakcję na białko i ujemną na tłuszcz. W późniejszych okresach obok białkowatego widzimy też i tłuszczowe przeistoczenie, co jednak częściej zdarza się w śliniankach przyusznych.

Przewody po większej części we wszystkich przypadkach są zatkane jednolitą skręplą śliną, albo ziarnistą masą, pochodzącą z rozpadu zwyrodniałych komórek nabłonkowych, lub też klejowatą masą, w której widać napęczniałe komórki. W zawartości głównych przewodów wydzielających widzieliśmy ogromną ilość limfoidalnych komórek i zapewne nabłonkowych w rozmaitych okresach zwyrodnienia tłuszczowego. Raz jeden w zawartości przewodu *Whartona* znajdowała się ogromna ilość nabłonka cylindrycznego z nader wyraźnymi rzęskami, co mi dało powód do dokładnego zbadania nabłonka całego przewodu; jakoż oczywiście znalazłem, iż nabłonek tego przewodu ma wszelkie cechy nabłonka rzęskowego. Dokładne zbadanie tego przedmiotu i szczegółowe opisanie przewodów ślinowych zastrzegam sobie na później, po zebraniu większego materiału.

Streszczając powyższe fakta podaję następujące wyniki mej pracy.

1). Podwiązanie przewodów *Stenona* i *Whartona* powoduje zupełny zanik ślinianek przyusznej i podżuchwowej.

2). Makroskopijnie zanik wyraża się zmniejszeniem objętości i wagi gruczołów;

3). Mikroskopijnie zaś: *a*) zmniejszeniem objętości pęcherzyków gruczołowych wskutek ucisku takowych przez rozrastającą się tkankę śródmiąższową; albo *b*) rozszerzeniem światła pęcherzyków wskutek wewnętrznego ucisku wydzieliny przy wytwarzaniu się jednoczesnem tkanki śródmiąższowej; albo *c*) zmniejszeniem objętości pęcherzyków wskutek zaniku komórek wydzielających bez wytwarzania się tkanki łącznej; albo *d*) zupełnym rozpadem komórek gruczołowych i rozszerzeniem samych pęcherzyków bez wytwarzania się tkanki łącznej. Dwie ostatnie formy stosują się li tylko do ślinianki podżuchwowej.

4). Wszystkie przewody rozszerzają się znacznie, a nabłonek ich podlega uciskowi i przeistoczeniu białkowatemu.

5). Komórki gruczołowe podlegają przeistoczeniu białkowatemu, w części zaś tłuszczowemu, dopóki nie ulegną innym wyżej opisanym wpływom.

6). Nabłonek przewodu *Whartona* bywa czasami rzęskowym.

7). Naczynia włosowate ślinowe między komórkami gruczołowymi nie istnieją.

---

## II. W sprawie leczenia klimatem swojskim.

(*Climatotherapie nostras*).

podał D-r. med. **Alfred Sokołowski**.

---

Sądząc, że wyniki leczenia chorych, dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych, za pomocą klimatu tutejszego, mogą interesować ogół lekarzy krajowych, postanowiłem podać do wiadomości w krótkości rezultaty, otrzymane w Zakładzie leczniczym w Nałęczowie. W roku zeszłym, w Zakładzie tym znajdowało się 300 chorych, w tej liczbie 53 dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych; tych ostatnich podzielić można na trzy kategorie:

1). Chorzy dotknięci usposobieniem do katarów dróg oddechowych; byli to po większej części ludzie młodzi, najczęściej z dziedzicznym usposobieniem do suchot płucnych; katary i kaszle występują u nich głównie jesienią i wiosną, chociaż i w innej porze roku byle nieznaczne zaziębienie zaraz je wywołuje; odżywianie ogólne po części liche; niedokrwistość nieraz bardzo wyraźna, większość ich ma do zaznaczenia w anamnezie samogwałt, lub wczesne nadużycia płciowe, rzadziej *abusus in baccho*. Częstokroć są to osobniki wycieńczone nadmierną pracą umysłową, chociaż przyczyna powyższa zazwyczaj jest skombinowaną z tą ostatnią. U kobiet, należących do tej grupy, najczęstszymi przyczynami owego usposobienia kataralnego są: wadliwe wychowanie, zaniedbywanie najelementarniejszych zasad higieny, brak ruchu, brak powietrza, nieprawidłowości w miesiączkowaniu i t. d. Chorzy, należący do tej grupy, stanowią najodpowiedniejszy grunt do rozwoju suchot płucnych, które przy łada sposobności nieraz spostrzeżenie wybuchają, sprowadzając szybko zejście fatalne. To usposobienie do katarów dróg oddechowych nie jest właściwie cierpieniem miejscowem, lecz, zdaniem mojem, chorobą całego ustroju. cierpi tu bowiem odżywianie ogólne, cała masa krwi, wrażliwość zaś błon śluzowych jest już objawem następczym. Toteż i przy leczeniu należy uwzględnić ów wywód chorobowy i do usunięcia go stosować odpowiednie środki. Niektórzy autorowie owo usposobienie do katarów tłómaczą poprostu złem odżywianiem skóry, małym odczynem nerwów naczyńioruchowych skóry na bodźce zewnętrzne, ztąd też i leczenie kierują jedynie ku tej przyczynie, a więc alfę i omegę ich postępowania stanowi hydropatyja pod najróżnorodniejszymi formami. Jestto zapatrywanie jednostronne; wodolecznictwo samo przez się nie jest w stanie usunąć cierpienia; przeciwnie nieraz zbyt energicznie i nieodpowiednio prowadzone wywołuje pogorszenie stanu ogólnego a z niem wzmaga się i owo usposobienie kataralne. Podstawą leczenia winna być poprawa konstytucyi, tu zatem przedewszystkiem zaliczyć należy: 1) zmianę powietrza, a właściwie mówiąc, leczenie powietrzne w ścisłym znaczeniu tego słowa; nie dość jest bowiem zalecić choremu wyjazd na świeże powietrze na wieś lub do uzdrowiska, należy jeszcze ściśle określić użycie owego powietrza. Chorym takim przedewszystkiem należy zalecić metodyczny ruch, gimnastykę na powietrzu, konną jazdę, grę w piłkę i t. p. zajęcia na świeżem powietrzu; zajęcia te należy tak rozdzielać i urozmaicać, aby jak największą liczbę godzin chory przebywał na powietrzu przy wzmóhonym ruchu, aby tym sposobem w danej jednostce czasu nietylko jak najwięcej wdechał powietrza, a zatem odświeżał krew, lecz aby jednocześnie połączone to było z gimnastyką płucną. W nocy latem chorzy tacy spać winni bezwarunkowo przy otwartych oknach. 2) Obok leczenia powietrzem należy zwrócić niesłychanie baczną uwagę na poprawę odżywiania chorych za pomocą odpowiedniego i metodycznego odżywiania. Dyjetę należy ściśle uregulować nietylko pod względem ilości i jakości, lecz również pod względem odstępów czasu między jednym a drugim jedzeniem. U większości tych osobników leczenie mleczne znakomite oddaje usługi; mleko pod różnemi postaciami znoszone bywa zazwyczaj wybornie; należy tu jednakże ściśle indywidualizować, wiele bowiem osób, nie znoszących słodkiego, trawi wybornie kwaśne mleko, lub odwrotnie. Co się zaś dotyczy ilości, to powinno się zalecać nie



w mniejszej ilości jak sześć do ośmiu szklanek dziennie; w ogóle mówiąc, mniejsze ilości mleka w tym celu używane, zdaniem mojem, wcale nie zasługują na nazwę kuracyi mleczej. U osobników z wyjątkowo wrażliwym kanałem pokarmowym, przedstawiających jednocześnie znaczny stopień upośledzonego odżywiania, stosowałem kumys, który w większej liczbie przypadków był znoszonym wybornie; i kumys jednakże należy również zalecać w większych ilościach, a więc najmniej sześć szklanek dziennie. Obok kuracyi mleczej i kumysowej chorym zalecić winniśmy dyjetę mięsną i jarzyny, które najlepiej spożywać winni raz na dzień. Na trzecim dopiero planie u chorych, w mowie będących, znajdować się powinny pewne praktyki hydroterapeutyczne. W ogóle mówiąc, co się dotyczy wodolecznictwa, to należy przyjąć za prawidło, aby je stosować umiarkowanie, nie rozpoczynać procedurami zbyt energicznymi, a wreszcie, na co szczególniejszy kładę nacisk, stosować je tylko raz dziennie, najlepiej rano. Zazwyczaj leczenie hydropatyczne rozpoczynałem dopiero po kilku dniach, a nieraz po tygodniu i więcej leczenia powietrzno-dyjetetycznego, stosując z początku zimne nacierania całego ciała, rano, wprost z łóżka, poczynając od  $+ 20^{\circ}$  R., schodząc stopniowo do  $+ 14^{\circ}$  R., lecz pod tym ostatnim względem trzymając się indywidualności chorych, wielu z nich bowiem, a szczególnie niedokrwiste kobiety, nie jest w stanie bardzo długo znosić zimniejszych nacierañ nad  $20^{\circ}$  stopniowe; dopiero z poprawą stanu ogólnego daje się to skutecznić. U tej ostatniej kategorii chorych często leczenie rozpoczynałem od nacierañ tylko górnej połowy ciała. Po 8 do 14-dniowym użyciu takich nacierañ, skoro stan ogólny poprawia się widocznie, można przejść do zimnych natrysków, stosując je z początku bardzo krótko, od 20—30 sekund, zważając na odczyn po nich; ciepłota tych natrysków nigdy nie powinna być niższą od  $+ 10^{\circ}$  R., najwłaściwsza zaś ciepłota jest od 14-u do 12-u stopni. U osobników zbyt wrażliwych, a szczególnie niedokrwistych kobiet, lepiej natrysków nie stosować wcale, a porzestać tylko na nacieraniach.

Trzymając się zasad, powyżej pokrótce wyłożonych, u wszystkich chorych należących do tej kategorii (22-óch), otrzymałem poprawę; o ile tego rodzaju postępowanie, nieraz już po krótkim czasie, uwieńczone zostaje pomyslnym skutkiem, może posłużyć następujący przykład:

Panna N. lat 19; matka cierpi na przewlekłe katarę dróg oddechowych. Chora w młodości przedstawiała wybitne objawy skrofulozy. Od kilku lat rozwinęła się niezwykła skłonność do katarów i kaszlu; w ciągu ostatniej zimy powstał uparty, suchy kaszel, trwający dotychczas. W dniu 11 Lipca przybyła do Zakładu, gdzie znalazłem stan następujący: stan ogólny lichej, waga 118 *ll.*, wygląd skrofuliczny. Znaczna bladeść skóry i błon śluzowych. W obu płucach suche rżenia dość obfite, bez głębszych zmian miąższu. Trawienie i miesiączkowanie prawidłowe. Zalecono leczenie mlecze, ruch i przebywanie ciągle na powietrzu, nacierania zimne. Po 14 dniach, przy znacznej poprawie stanu ogólnego, zalecono krótkie natryski. Chora przy wyjeździe dnia 14 Sierpnia, t. j. po pięcio-tygodniowym leczeniu, przedstawiała stan następujący: kaszel zupełnie ustąpił; w płucach żadnych rżeń się nie słyszy; stan ogólny chorej wyborny; przybyło jej 9 funtów na wadze; bladeść błon śluzowych zupełnie ustąpiła.

2). Drugi poddział owej pierwszej grupy stanowią chorzy, dotknięci już wyraźnym, od dawnego czasu istniejącym, przewlekłym katarom dróg oddechowych, przeważnie oskrzeli (*bronchitis chronica*). Chorzy ci przedstawiali znowu dwa wybitne typy: a) katar oskrzeli przewlekły, z mniej lub więcej rozwiniętą rozedmą płuc (*emphysema pulmonum*) przy istniejącym zazwyczaj dobrym stanie ogólnym. Kaszel uparty z plwociną, a nadewszystko duszność stanowiły główną ich dolegliwość. Niektórzy oprócz tego przedstawiali (szczególniej przy zupełnie dobrym stanie ogólnym) objawy, tak zwanej, pletory brzusznej. U tego rodzaju chorych odmiennie, niż jakieśmy to widzieli w pierwszej grupie, cierpienie przedstawia charakter czysto miejscowy, więc i leczenie głównie w tym kierunku winno być skierowanem, uwzględniając w wysokim stopniu powikłania ze strony organów brzusznych. Leczenie powietrzne, umożliwiająca dobre przewietrzanie płuc (gimnastyka płucna), stoi tu na pierwszym miejscu; w przypadkach większej duszności korzystnie kombinować z niem można, jak to u niektórych chorych robiłem, z jednoczesnym użyciem przyrządu Waldenburg'a. Procedury hydropatyczne zasługują tu na szczególną uwagę, a na pierwszym miejscu stawiam przede wszystkim natryski zimne krótkotrwałe. Działaniem swoim nie tylko wywołują lepsze odżywianie skóry, zmniejszając tym sposobem skłonność do nowych zaziębień i powrotów kataru, ale jednocześnie działają miejscowo odciągająco na płuca: przytem sam natrysk, szczególniej jeśli posiada dość znaczne ciśnienie, wywołuje odruchowo cały szereg głębokich wdechów, ułatwiających przedostawanie się powietrza do najgłębszych części płuc, które u tego rodzaju osobników nieraz bywają zatykane przez zbite masy śluzowe, wywołujące przez to następnie obrzęk oboczny, atelaktazę i t. p. następstwa, które pociągają za sobą bliznowate stwardnienia.

Jak to już wyżej wspomniałem, u tego rodzaju osobników należy baczyć na powikłania ze strony jamy brzusznej, a mianowicie na objawy zastoju brzuszego. Przy istnieniu takowych powyższe leczenie łączyłem z umiarkowanym użyciem wody Marienbadzkiej lub Karlsbadzkiej, usuwając tym sposobem szybko owe nieprzyjemne powikłania.

b) Druga postać, pod którą przedstawiają się chorzy, dotknięci przewlekłym katarom oskrzeli, jest następująca. Chorzy, tu się odnoszący, kaszlą oddawna, nieraz od wielu lat; kaszel z różnym nateżeniem trwa stale, powiększa się jednakże głównie podczas wiosny i późną jesienią; plwocina bywa zwykle obfita, często nawet kaszel przytem bywa nieznaczny; chorzy uskarżają się tylko na nadmierną wydzielinę, która sama prawie występuje. Stan ogólny takich chorych zazwyczaj przedstawia się lichy; klatka piersiowa źle zbudowana; w płucach wyraźnych objawów zgęszczeń nie znajdujemy, miejscami jednakże oddech zaostrozony przyjmuje charakter podejrzany (*saccadée*), w ogóle atoli znajdujemy w obu płucach oddech silnie zaostrozony, najczęściej bez rzeżeń. Stan taki, który zazwyczaj oznaczają w patologii jako *bronchitis chronica*, zdaniem mojem, stanowi sprawę przejściową od katarów do gruźlicy pospolitej (w znaczeniu Laennec'owskim); sądze nawet, że u większości ich istnieją już w płucach zmiany głębsze, miąższowe, których jednakże nie jest w stanie wykryć dyagnostyka fizykalna. Ztąd też na chorych takich należy się zapatrywać, jako

na będących w przededniu choroby ustrojowej i leczenie nasze przedewszystkiem winniśmy skierować na poprawę konstytucyi. Tu więc należy przedewszystkiem stosować całą grupę tych środków, które przy pierwszej kategorii chorych obszerniej omawialiśmy, a więc: leczenie powietrzne, gimnastykę płucną, przedewszystkiem leczenie mleczne, a lepiej jeszcze kumysowe. Co się dotyczy hydropatyi, takową stosować należy niesłychanie oględnie. Zdarzają się niektórzy chorzy w tej grupie, u których najłżejsze nawet praktyki bezwarunkowo przeprowadzić się nie dadzą, należy więc uwzględnić to w wysokim stopniu. Zwykle jednakże nacierania zimne bywają dobrze znoszone i najlepiej na nich poprzestawać, przechodząc u osobników nieco mocniejszych, przy znaczniejszej poprawie stanu ogólnego, do użycia krótkich zimnych natrysków. U niektórych chorych, również tu należących, w razie bardziej suchego kaszlu, obok powyższego leczenia z korzyścią dają się stosować wody szczawo-alkaliczne np. Szczawnicka lub Emska.

Wreszcie wspomnieć winienem o cierpieniach krtani natury nieżytowej, których kilka przypadków miałem sposobność obserwować w Nałęczowie. W przypadkach tych zalecałem oprócz leczenia powietrznego, użycie wody Emskiej oraz wziewanie środków ściągających; praktyki hydropatyczne zawsze bywają źle znoszone. Pod tym względem wyjątek stanowią porażenia krtani (2 przypadki), w takowych, szczególnie jeśli są pochodzenia hysterycznego lub zależą od niedokrwistości ogólnej, z korzyścią mogą być stosowane odpowiednie praktyki hydropatyczne (nacierania, natryski), obok leczenia skierowanego na poprawę stanu ogólnego.

Następujący przykład jest najlepszą tego ilustracją: pani S., śpiewaczka, lat 22 mająca, przybyła do Zakładu 17 Lipca 1881 z powodu chrypki, występującej od czasu do czasu. Znaleźliśmy stan następujący: stan ogólny lichy, waga 114 *tt.*, niezwykła bladość błon śluzowych; chora obok chrypki uskarża się na łatwe męczenie się, zawroty i bóle głowy. Badanie krtani wykazało umiarkowany stopień porażenia głośni (*paresis*), nieznaczny katar strun głosowych prawdziwych. Głos nieco ochrypnięty; wysokie tony zupełnie fałszywe. Chorej zalecono leczenie powietrzno-mleczne, oraz wodę żelazną nałęczowską. Po dwóch tygodniach, przy poprawie stanu ogólnego, zalecono nacierania, a następnie zimne natryski. Chora po dwumiesięcznym pobycie w Zakładzie poprawiła się znakomicie pod względem stanu ogólnego, objawy bezkrwistości znikły zupełnie; głos stał się zupełnie czystym, najwyższe tony zupełnie prawidłowe, dość nawet forsowny śpiew nie wywoływał najmniejszej chrypki. Badanie krtani wykazało stan zupełnie normalny, objawy porażenia głośni ustąpiły w zupełności.

(D. n.)

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

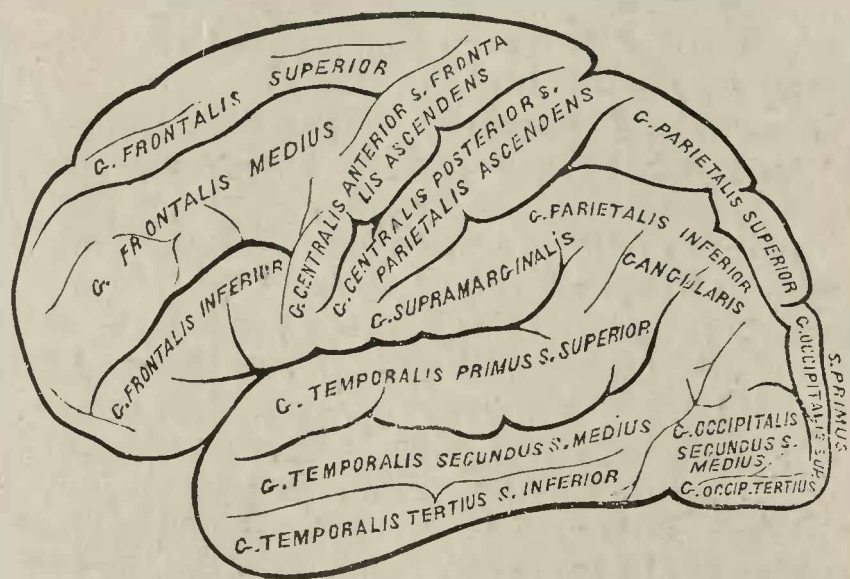
16. Exner. **Badania nad umiejscowieniem czynności w substancji korowej mózgu człowieka.** (*Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen*). Pod tym tytułem Exner, profesor fizjologii i asy-

stent Brücke'go w Wiedniu, wydał — z pomocą Akademii nauk — w r. 1881 dzieło, ozdobione 25 tablicami lito- a w części i chromolitografowanemi, z którego treścią niezmiernie ciekawą i ważną poznamy Czytelników „Gazety Lekarskiej“.

Po raz to pierwszy fizjolog fachowy zajął się kwestyją umiejscowień czynności w substancji korowej mózgu człowieka. Jedyną tu drogą, dla łatwo zrozumiałych powodów, jest badanie przy łóżku chorego i porównywanie objawów istniejących za życia z wynikiem sekcji pośmiertnej. Ważność tej metody uznaje i autor, skoro na str. V mówi, „iż jakkolwiek wielkimi są rezultaty doświadczeń, czynionych na zwierzętach, to jednak nie przepuszczą one nas poza pewną granicę, poza którą (obawiać się należy) różnice między ośrodkami nerwowymi człowieka i zwierząt są większe, niż to zazwyczaj jest przyjmowanem“. Badania swe oparł Exner na 169 przypadkach, obserwowanych przez różnych lekarzy do r. 1880. Z ogłoszonych drukiem przypadków uwzględnił tylko te, w których prócz substancji korowej (i niewielkiej grubości leżącej pod nią substancji białej) inne części mózgowia i rdzenia były zdrowe (z wyjątkiem przypadków, w których cierpienie tych części przebiegało bez objawów ruchowych i zaciowych). Autor wyłączył przypadki spowodowane uderzeniem (gdyż takowe powoduje wstrząśnienie całego mózgowia) oraz przypadki powikłane rozlanem zapaleniem osłon mózgowych (*meningitis diffusa*), był więc w wyborze przypadków, na których oparł swe wywody, więcej wymagającym, niż jego poprzednicy. Dla uwidocznienia zmian E. na przygotowanych odlewach zdrowego mózgu malował farbą olejną części kory, dotknięte cierpieniem w każdym nadającym się do zużytkowania przypadku, przyczem inną nakładał farbę, gdy dotkniętą była kończyna górna, a inną, gdy porażoną była kończyna dolna, twarz i t. d.

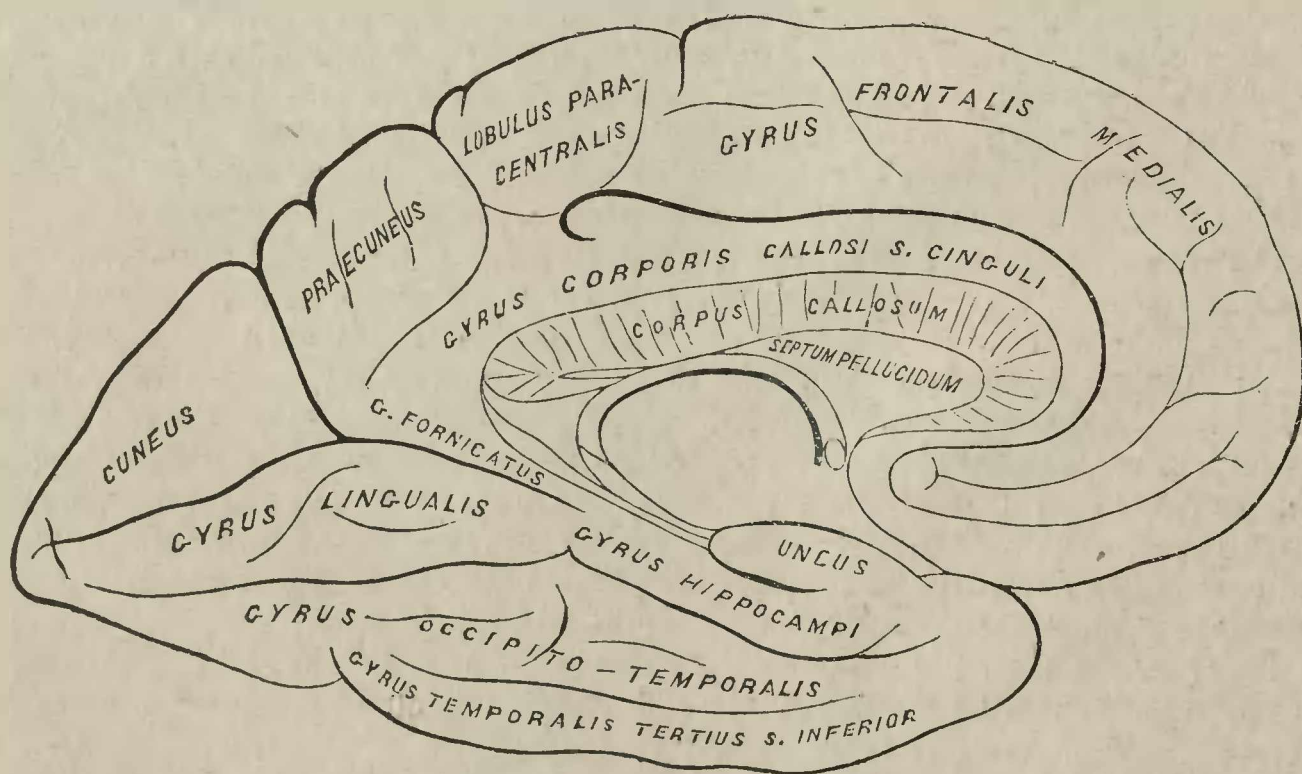
Zanim poznamy rezultaty, przypatrzmy się metodom, jakich użył autor. Nie zadawał się on, jak jego poprzednicy, metodą przypadków dodatnich, polegającą na oznaczeniu miejsca kory mózgowej uległej zmianie, przy cierpieniu części ciała, której ośrodek chcemy oznaczyć. Prócz tej metody spożytkował on głównie 2 inne, dotychczas nieuwzględniane, a mianowicie: metodę przypadków ujemnych i procentowego obliczania. Pierwsza z nich zasadza się na tem, iż dla wykrycia siedliska korowego pewnej czynności, oznaczyć należy miejsca kory mózgowej w przypadkach, w których czynność ta była niezmienioną. Metoda zaś procentowa polega na tem, iż całą substancję korową mózgu dzieli się na dowolną ilość podziałek (Exner podzielił na 367) i oznacza się, ile razy w zebranych przypadkach zajęta była każda z tych podziałek i w ilu z tych przypadków istniał dany objaw (zaburzenia w obrębie nerwu twarzowego, w kończynie górnej, dolnej, w nerwie podjęzykowym, w mięśniach zaopatrywanych przez nerw trójdzielny, w mięśniach karku, w zmysle dotyku, wzroku i w mowie). Z tych trzech metod, metoda procentowa oddała największe usługi. Pozwala ona korzystać nawet z przypadków powikłanych, dalej uzupełnia metodę przypadków ujemnych, któraby, wyłącznie użyta, mogła pewne części kory mózgowej, bardzo rzadko cierpiące (na powierzchni wewnętrznej półkul mózgowych leżące), zaliczyć błędnie do ośrodków pewnych czynności. Metoda procentowa wykryła, jak zobaczymy niżej, iż ośrodki korowe są absolutne (*absolute Rindenfelder*), to jest takie, których zniszczenie stale odpowiedni objaw wywołuje i względne (*relative Rindenfelder*), których cierpienie niekoniecznie pociąga za sobą wystąpienie pewnego objawu. Rezultaty metody procentowej podał autor na str. 127—148, a nadto na tablicach (XVI—XXIV) malowanych barwą białą i różnemi odcieniami czarnej; odcieni tych użył Exner 12. Barwa biała oznacza, iż dane miejsce kory dotknięte było w 0% przypadków, czarna w 100% przypadków, a cienie oznaczają odpowiedni procent.

Posiłkując się przytoczonymi metodami, E. doszedł do wniosku, zresztą już dawno stwierdzonego, iż duża część substancji korowej mózgu człowieka może być zajęta, nie wywołując objawów ani ruchowych, ani czuciowych. Drugi wniosek, został po raz pierwszy przez E. podany mianowicie, iż pod względem przytoczonym, obie półkule mózgowe nie zachowują się jednakowo: na półkuli prawej może ulec zniszczeniu prawie cała kora mózgowa, nie zdradzając się niczem za życia.



Wyjątek stanowią tylko zawoje środkowe (*gyri centrales*), przez francuzów zwane wstępującymi, i zrazik przysrodkowy (*lobulus paracentralis*), które są *par excellence* ruchowemi; choroba przebiega tem skryciej im zajęte miejsce jest więcej oddalone od tych części. Na półkuli lewej okolica, której cierpienie może nie powodować za życia objawów, jest daleko mniejszą, prócz bowiem zawojów środkowych i zrazika przysrodkowego, trzeba wyłączyć zraz ciemieniowy i większą część potylicowego.

Ten ostatni, jak poznamy, jest ośrodkiem zmysłu wzroku, gdy zraz ciemieniowy, zawoje środkowe i zrazik przysrodkowy są ośrodkami ruchu i dotyku. Zraz czołowy na obu półkulach może być zniszczonym aż po zawój środ-



kowy przedni (*gyrus centralis anterior*) bez żadnych objawów. Niejednakowość obu półkul mózgowych, co do obszerności miejsc obojętnych na zniszczenia, tłumaczy dla czego częściej przy cierpieniach ukrytych dotkniętą jest półkula lewa niż prawa. W 168 przypadkach Exnera (w 1-ym dotknięte były obie półkule), mimo, iż półkula lewa zajęta była 101 razy, a prawa tylko 67, to

jednak przypadków przebiegających skrycie, to jest bez objawów, było w obu-  
dwóch razach po 20.

Poznajmy teraz szczegółowo rozkład ośrodków korowych, czyli jak je  
Exner nazywa, pół korowych (*Rindenfelder*).

#### A) Ośrodki ruchowe.

I. Kończyny górnej. W zbiorze Exner'a jest 100 przypadków, w których cierpienie ruchowe kończyny górnej było zawisłe od zmiany chorob-  
nej substancji korowej mózgu. W 35-u dotknięta była półkula prawa, w 64—  
lewa, (w 1—nieoznaczono, która półkula). Położenie ośrodka ruchowego koń-  
czyny górnej jest odmienne na każdej z półkul. I tak:

a) dla półkuli prawej, metoda przypadków ujemnych okazuje, iż  
ośrodek ruchu kończyny górnej lewej, zajmuje zrazik przyśrodkowy, zawój środ-  
kowy przedni (z wyjątkiem części końca dolnego) i połowę górną zawoju  
środkowego tylnego (*gyrus centralis posterior*). Tego samego dowodzi metoda pro-  
centowa, a nadto wskazuje ona, iż miejsce kory dopiero co przytoczone, które mo-  
żnaby nazwać ośrodkiem bezwzględnym [gdyż cierpienie jego wywołuje z wiel-  
kiem prawdopodobieństwem (autor nie mówi z pewnością, bo liczbę przypadków  
uważa za niedostateczną) zmiany w ruchach kończyny górnej], jest otoczone  
ośrodkiem względnym, zajmującym prawie całą wypukłość półkul mózgowych.  
Cierpienie tego ośrodka względnego wywołuje zaburzenia w ruchach kończyny  
górnej strony przeciwnej, lecz nie stale. Tem częściej wtedy następuje poraże-  
nie lub drgawki, im dotkniętą zostanie część ośrodka względnego bliżej ośrodka  
bezwzględnego leżąca.

b) Na półkuli lewej ośrodek ruchowy kończyny górnej jest daleko  
większy niż na prawej, czemu odpowiada większa ruchliwość kończyny prawej.  
Ośrodek absolutny zajmuje zrazik przyśrodkowy,  $\frac{3}{4}$  górne obudwóch zawojów  
środkowych, większą część ciemieniowego górnego i niektóre miejsca na po-  
wierzchni wewnętrznej zrazu potylicowego; jest on więc w porównaniu z pra-  
wym więcej w tył posunięty. Ośrodek względny otacza bezwzględny, a mia-  
nowicie należy do niego zaliczyć tylną połowę zawoju czołowego górnego  
(*gyrus frontalis superior*), prawie całe zawoje czołowe średni i dolny (*gg. fron-  
tales medius et inferior*), obydwie zawoje ciemieniowe: (*gg. parietales*), część górną  
zrazu potylicowego, połowę tylną zawoju czołowego wewnętrznego (*g. frontalis  
medialis*), zrazik czworokątny (*lobulus quadratus*) i klinowaty (*cuneus*).

Ośrodek ruchowy kończyny górnej prawej jest najrozleglejszym i naj-  
większego nateżenia ze wszystkich. Exner nie wątpi, iż z czasem dadzą  
się wyróżnić w nim miejsca, będące w szczególnym związku z pojedynczymi  
grupami mięśni kończyny górnej. Rozbierając bowiem przypadki opisane  
przez różnych lekarzy, zauważył on, iż przy cierpieniu samej ręki, zmienioną  
była zawsze ograniczona tylko część zawoju środkowego przedniego, a miano-  
wicie: przy porażeniu palucha dolna część tego zawoju—przy porażeniu mięśni  
wyprostnych (*mm. extensores*) ręki—część środkowa tegoż zawoju, naprzeciw  
zawoju czołowego średniego leżąca, tak iż z tego zdaje się, że *gyrus centralis  
anterior* jest w specjalnym związku z ruchami ręki (*manus*).

II. Ośrodek ruchowy kończyny dolnej. W 75 przypad-  
kach zaburzenia ruchu tej części ciała, 26 razy było ono wywołane przez zmiany  
w półkuli prawej, a 49 razy — w lewej.

a) Na półkuli prawej ośrodkiem bezwzględnym jest substancja  
korowa zrazika przyśrodkowego,  $\frac{1}{3}$  górnej zawoju środkowego przedniego  
i pewnej części  $\frac{1}{3}$  górnej zawoju środkowego tylnego. Ośrodek względny  
większego nateżenia zajmuje  $\frac{2}{3}$  dolne zawojów środkowych, tylne części za-  
wojów czołowych, zawoje ciemieniowe i górną część zrazu potylicowego, a na  
powierzchni wewnętrznej półkuli: tylną część zawoju czołowego i przednią  
połowę zrazika czworobocznego.

b) Na półkuli lewej ośrodek absolutny stanowią: zrazik przysrodkowy, połowa górna zawoju środkowego tylnego i większa część zawoju ciemieniowego górnego. Względny zaś ośrodek jest taki sam, jak na półkuli prawej, tylko jest większego natężenia i na powierzchni wewnętrznej półkuli jest nieco rozleglejszy, gdyż zajmuje i cały zrazik czworoboczny i prawdopodobnie zrazik klinowaty.

Jeżeli porównamy ośrodki ruchowe kończyn górnych z takimiż ośrodkami kończyn dolnych, to widzimy przedewszystkiem, iż ośrodki dla kończyn prawych są większe, niż dla kończyn lewych, a mianowicie, iż ośrodki bezwzględne na półkuli lewej rozciągają się więcej ku tyłowi, na zraz ciemieniowy [tak na powierzchni górnej jak i wewnętrznej (*lobulus quadratus*)]. To samo stosuje się i do ośrodków względnych. Ośrodki na półkuli lewej, nie tylko że zajmują większą przestrzeń ale nadto są większego natężenia. Większe znaczenie półkuli lewej poznamy i dla innych ruchów i dla mowy. Dalej — porównanie ośrodków kończyn górnych i dolnych ze sobą uczy, iż leżą one w tych samych miejscach. Zrazik przysrodkowy i górne końce zawojów środkowych są ośrodkami ruchowymi absolutnymi dla obudwóch kończyn strony przeciwnej ciała,  $\frac{2}{3}$  dolne zawoju środkowego przedniego należą tylko do kończyny górnej. Ośrodek ruchowy kończyny górnej nie tylko, że jest nieco większy, niż takiż ośrodek kończyny dolnej, ale jest i więcej wrażliwy, to jest, jeśli cierpienie niewielkiej rozciągłości dotyka miejsc substancji korowej, któreśmy oznaczyli jako ośrodki ruchowe kończyn, to wtedy często (ale niezawsze) cierpi tylko kończyna górna, gdy kończyna dolna cierpi dopiero przy rozleglejszych zaburzeniach. Badania Exner'a pokazały wreszcie, iż ośrodki korowe nie mają ostrych granic.

III. Ośrodek mięśni zaopatrywanych przez nerw twarzowy (*nervus facialis*) (54 przypadków). Zaburzenia w tych mięśniach (porażenia, drgawki) są, jak wiadomo, jednym z najczęstszych objawów cierpienia substancji korowej półkul mózgowych. Mowa tu o mięśniach zewnętrznych (z wyjątkiem *m. orbicularis palpebrarum*), gdyż nie wiadomo czy i mięśnie głębokie dotknięte są w tych razach.

a) Na półkuli prawej ośrodek absolutny nie istnieje, względny zaś zajmuje połowę dolną zawoju środkowego przedniego,  $\frac{1}{4}$  część dolną zawoju środkowego tylnego, bardzo niewielką część połowy tylnej zawojów czołowych średniego i dolnego, wreszcie część przednią *gyri supramarginalis*.

b) Na półkuli lewej ośrodek bezwzględny stanowi wazki pasek na części przedniej zawoju środkowego przedniego, między *sulcus frontalis inferior* i *superior*. Względny zaś jest taki sam jak na półkuli prawej, tylko nieco większy, sięga mianowicie więcej w tył.

W dzisiejszym stanie nauki dalsze rozróżnienie (*differentiatio*) ośrodka mięśni twarzowych jest niemożliwe. Ośrodek ten stoi w pośrodku między ośrodkiem kończyn a innymi ośrodkami, które, jak zobaczymy niżej, znajdują się tylko na jednej półkuli. Znajduje się bowiem ośrodek mięśni twarzowych, tak jak i ośrodki kończyn, na obudwóch półkulach mózgowych, lecz absolutny jest tylko na lewej.

IV. Ośrodek mięśni języka (*n. hypoglossus*) (16 przypadków). Znajduje się na części dolnej zawoju środkowego przedniego i na przyległej części zawoju czołowego dolnego. Lewy jest mniejszego natężenia niż prawy. Metoda procentowa pokazuje, iż ośrodek ten ma największe natężenie, to jest, iż najczęściej zostają dotknięte mięśnie języka, gdy zmienionem jest miejsce, gdzie przylegają do siebie: zawój czołowy średni, czołowy dolny i środkowy przedni, a naokołotego miejsca, zwłaszcza ku tyłowi, jest ośrodek mniejszego natężenia.

V. Ośrodek mięśni szyi i karku (9 przypadków). Leży w tem samym miejscu, co ośrodek kończyn, bo na obudwóch zawojach środkowych, ale jest bardzo małego natężenia.

Widzimy więc, iż ośrodki korowe mogą być rozległe, a małego nateżenia.

VI. Ośrodek mięśni gałki ocznej i m. unoszącego powiekę górną. W 13 przypadkach cierpienia tych mięśni zmienioną była patologicznie substancja korowa w miejscu oddawna oznaczonem, jako ruchowe, a mianowicie substancja zawojów środkowych i ich najbliższego otoczenia. Zdarzające się przypadki zaburzenia samego mięśnia unoszącego powiekę górną, lub mięśni prostych jednej gałki, lub wreszcie mięśnia prostego zewnętrznego jednego oka i prostego wewnętrznego drugiego oka, każą się domyslać, zdaniem E x n e r'a, iż w ogólnym tym ośrodku ruchowym mięśni oka, znajdują się mniejsze ośrodki dla pojedynczych grup mięśni ocznych. Z tychże samych powodów musi być oddzielny ośrodek ruchów bocznych głowy i oczu. Wedle E., skombinowane ruchy gałek ocznych, tak jak ruchy języka lub mięśni dowolnych oddechania, otrzymują prawdopodobnie unerwienie z każdej z półkul mózgowych.

VII. Ośrodek mięśni zaopatrywanych przez nerw trójdzielny (*n. trigeminus*). Przy chorobach kory mózgowej, część ruchowa n. trójdzielnego dotkniętą jest bardzo rzadko (3 przypadki u E x n e r'a), a to z powodu, iż mięśnie zaopatrywane przezeń w gałęzie nerwowe obu stron są w związku z każdą z półkul. W przypadku porażenia obu stron tych mięśni, dotknięciem było na obydwóch półkulach miejsce, leżące przy połączeniu *sulci frontalis inferioris cum sulco praecentrali*, a zatem około przedniej gałęzi *fossae Sylvii*. Ośrodek ten jest bardzo małego nateżenia.

VIII. Ośrodek mowy. I tu, podobnie jak przy innych ośrodkach korowych, metoda procentowa doprowadziła do ciekawych wyników. Stwierdziła ona przedewszystkiem, iż ośrodek mowy znajduje się tylko na półkuli lewej. Dalej, przeglądając tablice, na których są namalowane zmiany, napotkane w substancji korowej, w przypadkach niemoty, zebranych przez E x n e r'a, uderza nas, iż barwa ciemna ma ten sam odcień na podstawie zawoju czołowego dolnego, co i na tylnej części zawoju czołowego średniego i na dwóch górnych zawojach skroniowych. Ośrodek zaś mniejszego nateżenia rozciąga się na zawoje ciemienniowe aż do zrazu potylicowego. Podług E x n e r'a nie ulega więc wątpliwości, że i ośrodek mowy, tak jak i inne ośrodki korowe, jest daleko większy, niż to dotychczas przyjmowano. Błąd do tej pory popełniany, iż ośrodek mowy jest ograniczony wyłącznie do tylnej części zawoju czołowego dolnego lewego, przypisuje E. posługiwaniu się wyłącznie metodą przypadków pozytywnych. Cierpi ten zawój w istocie najczęściej przy afazji, lecz bywają najwiarogodniejsze przypadki takowej przy zupełnie zdrowym zawoju Broca. Sam E x n e r zebrał ich 5, K u s s m a u l 2, a napewno są częstsze, lecz rzadko są ogłaszane. 12 razy znalazł E. dotkniętym zawój czołowy dolny prawy bez niemoty.

Fakt, iż ruchy potrzebne do wymawiania głosek mogą być pobudzone tylko przez półkulę lewą, iż właściwy impuls do artykulacji daje jedna tylko półkula mózgowa, pomimo iż mięśnie, służące do tej artykulacji (*n. hypoglossus, facialis*), mają ośrodki w obydwóch półkulach, fakt ten tłumaczy E. konieczną w tych razach szybkością. Przy innych ruchach, zależnych od n. twarzowego, np. przy śmiechu, wszystko jedno jest, czy jeden kąt ust poruszy się o pewną część sekundy prędzej niż drugi, lecz nie byłoby to obojętnem przy ruchach potrzebnych dla artykulacji. Ośrodek mowy największego nateżenia znajduje się blisko ośrodka największego nateżenia dla mięśni unerwionych przez nerw twarzowy i podjęzykowy, bo z ośrodka pierwszego wychodzi pobudzenie do działania ośrodka korowego mięśni biorących udział w artykulacji. Wadliwość, a w części brak opisów, utrudnia poddzielenie ośrodka mowy na drugorzędne. W 15 przypadkach E x n e r'a była *aphasia atactica* i *amnestica*, a w 4—*agraphia*. Z poszukiwań E. wypływa, iż tem pewniej jest *aphasia atactica*, im cierpienie jest mniejsze na rozciągłość



i im bliżej jest położone tylnego końca zawoju czolowego dolnego lewego. Im cierpienie jest rozleglejsze, tem prawdopodobniej *aphasia* jest *amnestica*. Im cierpienie leży bliżej ośrodka największego nateżenia dla kończyny górnej, tem prawdopodobniejszą jest *agraphia*. E. potwierdza fakt, iż w zrazie skroniowym, a szczególnie w zawoju skroniowym średnim (*gyrus temporalis medius*), jest ośrodek rozumienia wyrazów. Wszystkie impulsa korowe, aby były dokładne, muszą mieć skutki kontrolowane przez organa zmysłowe. Kontrola innerwacyi artykulacyi odbywa się za pomocą słuchu, którego ośrodek znajduje się w zrazie skroniowym. Głusi mówią głośno, gdyż u nich kontrola odbywa się za pomocą wrażeń dotykowych części, składających jamę ustną. Cierpienie zawojów skroniowych wywołuje głuchotę wyrazową (*Worttaubheit*), chory wtedy słyszy dźwięki akustyczne, ale nie słyszy wymawianych wyrazów. Ośrodek ten głuchoty wyrazowej nie jest absolutnym, to jest może być dotkniętym, nie wywołując tego objawu patologicznego.

**B). Ośrodki korowe czuciowe.**

**IX. Ośrodek zmysłu wzroku**, największego nateżenia, a nie absolutny, znajduje się na końcu górnym zawoju potylicowego pierwszego (*gyrus occipitalis primus*), mniejszego nateżenia w zawoju potylicowym drugim (*g. occipitalis secundus*), w zraziku klinowatym i przyległej części zrazika czworobocznego

**X. Ośrodek zmysłu dotyku**. W 22 przypadkach Exner'a w których były notowane zboczenia dotykowe, cierpienie, wywołujące takowe leżało bez wyjątku w zupełności lub przynajmniej w pewnej części okolicy substancji korowej, znanej jako ruchowa. Częściej zajęta była półkula prawa, która zdaje się być tego znaczenia dla czucia, czem jest półkula lewa dla ruchów. Z 22 przypadków: w 16-u dotknięte były obadwa zawoje środkowe, w 3-ch cierpienie sięgało na kilka milim. do tychże zawojów, w innych 3-ch, dotkniętym był zawój kątowy (*g. angularis*), który jako ośrodek ruchowy kończyny dolnej ma nateżenie 50. Znieczuloną była zawsze ta część ciała, której ośrodek ruchowy uległ zniszczeniu; w jednym np. przypadku (6), gdzie naprzemian występowały drgawki lub porażenie mięśni okolicy łopatkowej, znieczuloną była skóra grzbietu.

A zatem wedle Exner'a ośrodki ruchowe i czuciowe pewnych części ciała znajdują się w tych samych miejscach substancji szarej korowej. Jedne pokrywają drugie, co zgadza się z doświadczeniami Munk'a (patrz Gaz. Lek. 1881 r.). Ośrodki tylko czuciowe są słabszego nateżenia, niż ruchowe.

Z tego więc wynika, iż w korze mózgowej nie ma oddzielnych ośrodków ruchowych i czuciowych, lecz znajdują się poprostu ośrodki pewnych części ciała, to jest ośrodki, z których wychodzi pobudzenie do ruchu i odczucie bodźców zewnętrznych, dotykających pewną część ciała; są to miejsca, w których odbywają się wszystkie procesy mózgowe danej części ciała. Wł. Gajkiewicz.

**17. J. Gruber. O znaczeniu leczniczem wstrzykiwań środków lekarskich przez trąbkę Eustachijusza bez użycia cewnika.**

Jeżeli nie wszyscy lekarze otyjatrzy zgadzają się co do wartości leczniczej wstrzykiwań środków lekarskich przez trąbkę Eustachijusza przy nieprzedziurawionej błonie bębnekowej, to ogólnie jest przyjętem, że wstrzykiwania te mają niezmiernie ważne znaczenie, gdy chodzi o usunięcie takich procesów zapalnych ucha średniego, przy których istnieje mniej lub więcej znaczne przedziurawienie błony bębnekowej. Długotrwałe zapalenia ucha średniego z obfitą wydzieliną, nietylko że w wielu przypadkach tym tylko sposobem dają się wyleczyć, lecz często bez użycia tego sposobu leczenia mogą one powodować zmiany następne w uchu, które zagrażają chorym nietylko utratą słuchu lecz nawet i życia.

Każdy z lekarzy wie dobrze, jak szkodliwym i niebezpiecznym jest dla chorego, gdy w przestrzeniach ucha średniego zatrzymują się i rozkładają produkty

zapalne; każdy również jest przekonany, że produkty te powinny być jak najszybciej wydalone; istnieją jednak różne zapatrywania, jaki sposób jest najlepszym dla usunięcia tych produktów zapalenia, a to z tego powodu, że albo uważa się jakikolwiek sposób użyty za wystarczający, albo że innego nie znamy, lub też obawiamy się użycia sposobu, chociaż lepszego, lecz energiczniejszego i wymagającego pewnej wprawy.

Zwykle przestrzyknięcie ucha, chociażby najlepiej dokonane, jest w tych razach niewystarczającym; nie wystarcza również tak wysoko przez niektórych cenione przedmuchiwanie ucha średniego, gdyż prąd powietrza nie jest w stanie usunąć z różnych zagłębień ucha średniego złożeń zapalnych, które często dosyć mocno się tam trzymają.

Jedynym sposobem według Gruber'a zupełnego usunięcia złożeń zapalnych z ucha średniego jest w większości przypadków dokładne przemycie ucha średniego przez trąbkę Eustachijusza. Wiele bardzo uporczywych wycieków z ucha tym tylko sposobem wyleczyć się daje, o czem przekonało go własne doświadczenie. Lekarze niespecjaliści już to z braku wprawy w użyciu cewnika usznego, już też z obawy zaszkodzenia choremu, nie stosują tego sposobu leczenia. Sposób ten jednak w większości odpowiednich przypadków daleko jest skuteczniejszym, gdy przy użyciu takowego nie stosujemy cewnika.

Sposób Gruber'a przemywania ucha średniego bez użycia cewnika jest następujący: zapomocą szprycy kauczukowej lub szklanej, z zaokrągloną kauczukową nasadą, która powinna zawierać od 80—100 gramów płynu, wstrzykujemy płyn przez jedno z nozdrzy chorego. Chory znajduje się przytem w położeniu siedzącym i trzyma prosto głowę. Podczas wstrzykiwania zamykamy lub polecamy zamknąć choremu wskazującym palcem drugie nozdrze, przyciskając jego ściankę zewnętrzną do przegrody nosowej. Stosownie do stopnia zamknięcia drugiego zewnętrznego otworu nosowego i do siły prądu płynu zastrzykiwanego, takowy przechodzi do trąbki Eustachijusza i dalej, ponieważ chory jednocześnie i mimowolnie zamyka nasadą języka górną przestrzeń gardzieli, oddzielając tym sposobem takową od dolnej i nie pozwalając, aby płyn przechodził do gardzieli.

Jeżeli przestrzeń nosogardzielowa jest wązka, jak u dzieci, lub też gdy drogi nosowe z jakichkolwiek powodów są zwięzione i tym sposobem powrót płynu, zastrzykniętego przez jeden otwór nosowy, przez drugi jest uniemożliwiony, płyn może przeniknąć do jam bębenkowych i bez zamknięcia palcem drugiego otworu nosowego. Należy o tem pamiętać, stosując u chorego po raz pierwszy ten sposób, gdyż mogłoby się wydarzyć bardzo łatwo, że płyn zastrzykiwany byłby wepchnięty ze zbyt wielką siłą do jamy ucha średniego.

Widocznem jest z powyższego opisu, że płyn wstrzykiwany tym sposobem przechodzi do obudwóch jam ucha średniego, co też w większości przypadków jest potrzebnem.

Niekiedy jednak trzeba przemyć jedno tylko ucho, gdyż drugie jest zdrowe. W tym celu Gruber obmyślił następujący sposób. Choremu polecamy przechylić głowę ku temu ramieniu, w które ucho płyn zamierzamy wprowadzić. Następnie za pomocą szprycy wstrzykujemy przez odpowiedni przewód nosowy niewielką ilość płynu (od 20 do 30-tu kropel) do gardzieli i polecamy choremu dokonać doświadczenia Valsalvy. Takowe skutecznia się najlepiej przez zaciśnięcie nosa chorego palcami i polecenie mu, aby dokonywał mocny wydech. Powietrze wydechane wypycha płyn wstrzyknięty, który przy tem ustawieniu głowy według zasad ciężkości znajduje się w okolicy trąbki Eustachijusza, do takowej i do ucha średniego. Przy przedziurawieniu błony bębenkowej płyn, którymkolwiek z podanych wyżej sposobów zastrzykiwany, wypływa przez otwór w błonie bębenkowej i przewód słuchowy zewnętrzny.

Gruber opisał już dawniej te sposoby przetrzykiwania ucha średniego, zwraca jednak jeszcze raz na nie uwagę, aby wykazać ich wartość w tych zwłaszcza przypadkach, w których użycie cewnika usznego jest niemożliwym lub przeciwwskazanem. Nawet jeżeli cewnik da się zastosować, przetrzykiwania często są skuteczniejsze bez użycia takowego. Zdarza się to zwłaszcza w tych przypadkach, w których wysiękowe cierpienia ucha średniego powikłane są cierpieniami błony śluzowej nosogardzielowej. Jeżeli weźmiemy na uwagę, że w takich przypadkach cierpienie ucha średniego powstało *ex contiguo*, z zajęcia jamy nosogardzielowej, to powinniśmy się starać usunąć także przedewszystkiem cierpienie zasadnicze, będące źródłem choroby. Skoro będziemy wstrzykiwać przez cewnik, to chociaż zdołamy usunąć zajęcie ucha średniego, nie zapobieziemy powrotom choroby rozwijającej się z jamy nosogardzielowej.

Jako pierwsze i główne wskazanie tego sposobu leczenia musimy zatem przyjąć jednakowe i spójczne cierpienie błony śluzowej nosogardzielowej i ucha średniego, jeżeli przy takowem wskazane jest stosowanie płynów leczniczych.

Sposób ten ma jednak i wtedy ważne znaczenie, gdy chodzi o wydalenie złożeń pozapalnych z ucha średniego przez otwór w błonie bębenkowej i przewód słuchowy na zewnątrz.

Złogi pozapalne w uchu średnim są to po większej części śluzowo-ropne lepkie masy. Masy te sposobem Grubera daleko łatwiej dają się usunąć z ucha średniego, niż za pomocą przedmuchiwania, zwłaszcza jeżeli otwór w błonie bębenkowej jest dosyć znaczny. Płyny oddzielają daleko łatwiej te masy wysiękowe, rozrzedzają takowe i wydalają na zewnątrz. Przekonał się o tem Gruber nieraz po przekłuciu błony bębenkowej przy wysiękach w uchu średnim. Wdmuchiwanie powietrza w razach takich nic nie działało, przemywanie zaś wydało znaczną ilość mas wysiękowych.

Jeżeli otwór w błonie bębenkowej jest zamaly, należy go powiększyć i nadać mu odpowiedniejszy kierunek.

Skoro masy nagromadzone w uchu średnim są znacznie gęstsze, jak to bywa przy dłużej trwających zapaleniach ucha średniego, przy których gromadzi się znaczna ilość błon nabłonkowych i produktów serowatych, jedynie przetrzykiwanie sposobem Grubera może przynieść pożytek; musi ono być stosowane przez czas dłuższy, aby złogi nagromadzone stopniowo rozrzedzić.

Sposób podany przez Grubera ma jeszcze jedną ważną zaletę mało dotąd uwzględnioną. Niekiedy otwór trąbki Eustachiusza, skutkiem nabrzmienia lub rozrostu błony śluzowej jest tak zmieniony, że nawet lekarz wprawny w zakładanie cewnika, nie może wprowadzić takowego. Cienkim cewnikiem daleko trudniej w takich razach dokonać wdmuchiwania powietrza niż grubym, gdyż szeroki prąd powietrza z tego ostatniego, daleko łatwiej toruje sobie drogę przez wązki niezmiernie wylot trąbki Eustachiusza. Te same stosunki istnieją przy wstrzykiwaniu płynów bez użycia cewnika. Szeroki strumień płynu daleko łatwiej przechodzi przez zwiężoną szczelinę trąbki Eustachiusza aniżeli by to miało miejsce przy zastrzykiwaniu przez cewnik.

Z powyższego wynika, że wstrzykiwanie płynów bez użycia cewnika, daleko większą przynosi korzyść, zwłaszcza wtedy, gdy obadwa uszy są dotknięte. Przetrzykiwanie daje się w takich razach dokonywać z większą siłą i płyn przenika obficie. Jeżeli jednak jedno tylko ucho jest cierpiące, sposób podany przez Grubera mniej jest pewnym, i skoro chcemy ochronić ucho zdrowe od przeniknięcia płynu do takowego, lepiej jest wstrzykiwać przez cewnik.

E. Modrzejewski.

(Allg. Wien. Med. Zeitung. Nr. 1 i 2. 1882.)

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* D-r Walenty K a m o c k i współwłaściciel naszej Gazety mianowany został lekarzem przy tutejszym Instytucie Oftalmicznym.

— W Towarzystwie tutejszem lekarskiem, w sali posiedzeń, ustawionem zostało popiersie prezesa Akademii Umiejętności w Krakowie D-ra Józefa M a j e r a.

— Towarzystwo lekarskie tutejsze na posiedzeniu odbytem w d. 21 Lutego r. b. wybrało na członków honorowych 2 niezonych Szwedzkich profesorów R e t z i u s ' a i K e y ' a.

— W Niedzielę d. 26 Lutego r. b. bronić będą w tutejszym Uniwersytecie rozpraw na stopień doktora medycyny: Marcelli L e w i ń s k i, Inspektor lekarski gubernii kieleckiej „O antagonizmie pilokarpiny i atropiny“ i Leonard N e u m a n n „Przyczynę do histologii budowy szpiku kostnego“

— Stosownie do wezwania Szanownego Pana Prezydenta naszego miasta, aby do komisji mającej się zająć: oznaczeniem *resp.* zwiększeniem liczby łóżek w szpitalach warszawskich, zwiększeniem porcyj chorym, założeniem domów porodowych i szpitala dla dzieci, dotkniętych wysypkami ostreimi zaraźliwymi, prócz poprzednio wydelegowanego z grona Towarzystwa lekarskiego prof. B a r a n o w s k i e g o, weszło więcej jeszcze lekarzy specjalistów—Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu odbytem w d. 21 Lutego r. b. do takowej komisji wybrało: K l i n k a, M a r k i e w i c z a, N e n c k i e g o, O r ł o w s k i e g o i R o g o w i c z a.

— Kolega bibliotekarz naszego Towarzystwa D-r K o ś m i ń s k i rozesłał już podwakroć zaproszenia do lekarzy o dopomożenie mu w przedsięwziętej pracy wydania dokładnego słownika lekarzy polskich. Drugie z tych zaproszeń brzmi jak następuje:

Warszawa, w Lutym 1882 r.

### SZANOWNY PANIE, ŁASKAWY KOLEGO!

Za parę miesięcy zamierzam przystąpić do drukowania „**Słownika lekarzy polskich**“ od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej. Praca moja, płon kilkunastuletnich mozolnych trudów, obejmuje oprócz życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną biblijografię lekarską polską.

Pragnąc, aby zestawienie owoców pracy lekarzy rodaków na polu naukowem i społecznem było o ile możności dokładnem, udaję się do Szanownego Pana i Kolegi z prośbą, abyś łaskawie zechciał nadesłać pod adresem niżej wskazanym krótki opis biegu swego żywota, oraz wykaz dokładny prac, tak oddzielnie wydanych, jakoteż umieszczonych w czasopiśmie, ze szzególnem uwzględnieniem artykułów, drukowanych w obcych językach.

Mając niepłonną nadzieję, że Szanowny Pan i Kolega, ze względu na korzyść ogólną, nie zechce odmówić mej prośbie, ale owszem zachęci do jej spełnienia i innych kolegów, których miejsce pobytu jest mi niewiadomem,

Warszawa, Elektoralna 32.

pozostają z należnem poważaniem  
D-r Stanisław Kośmiński.

Ponieważ niepodobna dowiedzieć się o adresach wielu lekarzy polaków, zwłaszcza poza obrębem kraju mieszkających, niniejszem więc prosimy aby i ei, którzy odezwy nie odebrali, pośpieszyli z przesłaniem żądanych przez D-r K. wiadomości. Zbytecznem byłoby mówić o ważności podobnego wydawnictwa. Zwrócić tu musimy uwagę na tę tylko okoliczność, odrazu zresztą bijącą w oczy, iż D-r K. zabierając się do uskutecznienia swej od dawna pieszezonej myśli spełnia właściwie tylko czyn iście obywatelski, gdyż o żadnych korzyściach materyjalnych i mowy być nie może. Spodziewamy się, że wszystkie koledzy co najrychlej uczynią zadość prośbie D-ra K., aby nie opóźnić rozpoczęcia druku dzieła, które już kilkanaście lat pracy autora kosztuje.

**Na pomnik Mickiewicza.** Złożył D-r Łątkiewicz, z Nowej Uszyey, gub. Podolskiej, rs. 5.— Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 765 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Styczeń 1882 roku, księgarni W-go Wende-go i S-ki.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 12 февраля 1882 г. Друк К. Ковалевського, Królewska. 23.

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** W. Placzkowski. (Wspomnienie pośmiertne). — I. H. Kottubaj. Zmiany anatomiczne ślinianek po podwiązaniu przewodów Stenona i Whartona. (Doniesienie tymczasowe). — II. A. Sokółowski. W sprawie leczenia klimatem swojskim. (*Climatotherapie nostras*). — *Dział sprawozdawczy*: 16. Exner. Badania nad umiejscowieniem czynności w substancji korowej mózgu człowieka. — 17. J. Gruber. O znaczeniu leczenia wstrzykiwań środków lekarskich przez trąbkę Eustachijusza bez użycia cewnika. — Wiadomości bieżące. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Ś. p.

## D-r WITOLD PLACZKOWSKI

ordynator oddziału chirurgicznego szpitala Dzieciątka Jezus.

(Wspomnienie pośmiertne).

Ze łzą w oku, z boleścią w sercu, kreślić słów kilka pośmiertnego wspomnienia, aby niem pożegnać kolegę, przyjaciela i towarzysza wspólnej pracy — niełatwe to zadanie, które dziś przypadło mi w udziale.

Dnia 7-go Lutego, roku bieżącego, zmarł w Meranie na ostrą gruźlicę płuc D-r Witold Placzkowski, Ordynator Oddziału chirurgicznego żeńskiego szpitala Dzieciątka Jezus.

Gazeta nasza traci w zmarłym jednego ze swoich członków-współwłaścicieli, nauka lekarska dzielnego chirurga, traktującego swój przedmiot z zapalem, pracownika nad wyraz sumiennego, społeczeństwo zacnego i szlachetnego człowieka, obywatela i lekarza.

Ś. p. Witold Placzkowski urodził się d. 30 Stycznia 1851 r. w mieście Włocławku z rodziców niezamożnych.

Wzięty w opiekę przez bogatego dziadka stryjecznego, ukończył w 1868 r. warszawskie gimnazjum I-sze i w tymże roku wstąpił na wydział lekarski do byłej Szkoły Głównej. W 1873 roku ukończył w stopniu lekarza uniwersytet tutejszy.

Twarde były warunki życia, w których ś. p. Witold zdobywać sobie musiał ziarna nauki i podstawy bytu na przyszłość. Tym jednak warunkom, być może, zawdzięczał on, że nie rozleniwiał ducha, nie zmarnował beczynnem lat młodych, i chociaż krótkiem lecz czynnem swoim życiem, służyć może za przykład dla wielu, jak pojmować należy obowiązki, które wkłada na nas zawód i społeczeństwo.

Wychowywany nadzwyczaj skromnie przez dziadka, który ciężką pracą zdobył znaczny majątek, w ubogim pomieszczeniu, studyjował ś. p. Witold dniem, a niekiedy i nocą, gdyż w wieczornych godzinach czytywał zwykle podszlemu i schorzałemu opiekunowi.

Nauka przychodziła z trudem i mozolem. Nadzwyczajnych zdolności nie było, i ś. p. Witold rozumiał dobrze, że tylko pracą, żelazną wolą i cierpliwością może osiągnąć tajników wiedzy, zdobyć sobie wybitniejsze stanowisko.

Po śmierci dziadka, który mu zapisuje cały majątek, pragnąc odświeżyć umysł i ciało, odetchnąć powietrzem pól i lasów, wyjeżdża na wieś i używa swobody przez kilka miesięcy.

Bezczynność jednak nie była w naturze ś. p. Witolda. Duch rwał się do czynu, myśl sięgała dalej, niż zwykła działalność lekarza-praktyka. Często przemknęło szlachetne marzenie o profesorskiej katedrze, o sławie, którą należało zdobyć pracą i nauką. A warunków ku temu nie brakło! Wykształcenie wyższe ukończone, niespodziewany dar fortuny, uznanie i zachęta ze strony znajomych i kolegów. Gdzie jednak się zwrócić w przykrych i trudnych warunkach, w których żyć przypadło w udziale, jak zdobyć wymarzone ideały, która droga będzie najlepszą, najodpowiedniejszą i czy doprowadzi do pożądanego celu — oto pytania, które zadawał sobie młody lekarz po powrocie do Warszawy.

Los mu jednak sprzyjał. Rad i wskazówek do dalszej działalności postanowił zasięgnąć u nestora lekarzy polskich, czeigodnego profesora Szokalskiego, który mu wskazał kierunek chirurgiczny, oparty jednak na ścisłej znajomości anatomii opisowej. Szanowny profesor nie poprzestał jednak na samych radach, lecz życzliwie przedstawił ś. p. Witolda profesorowi Hirszfeldowi, przy którym zmarły zajmował się następnie przez czas pewien przygotowywaniem preparatów anatomicznych na wykłady dla studentów.

Do Września 1875 ś. p. Placzkowski pracował jako asystent chirurgiczny przy oddziale szpitalnym św. Rocha, a w Październiku tegoż roku mianowany został prosektorem przy katedrze anatomii opisowej tutejszego uniwersytetu.

Jakkolwiek zajmował się przedtem anatomiją opisową, nie uważał się jednak za dostatecznie przygotowanego w tym kierunku, zwłaszcza dla prowadzenia praktycznych zajęć ze studentami. Od chwili też objęcia posady prosektora aż do jej opuszczenia pracuje ciągle, niezmordowanie.

Dzień był za krótki dla żadnego wiedzy młodzieńca, godziny obowiązkowe nie istniały i nieraz pracował do późnej nocy, schylony nad preparatem, dopełniając braki swej anatomicznej wiedzy, lub przygotowując się do wykładów na dzień następny.

Trzeba znać fatalne warunki pomieszczenia, w których ś. p. Witold zmuszony był się zajmować, aby zrozumieć przedwczesny zgon jego, warunki, którym najsilniejszy organizm uległby musiał.

W mrocznym pokoiku, bez odpowiedniej wentylacji, zapełnionym rozkładającymi się preparatami, pracować godzin kilkanaście, w ciągu których przez godzin kilka należało prowadzić wykłady dla studentów, zaiste—to najpewniejszy zadatek dla zyskania zarodków śmiertelnej choroby, która też nie dała na

siebie długo czekać ś. p. Witoldowi. Już w końcu pierwszego roku występują objawy podupadłego odżywiania, a w drugim roku przyłącza się prawostronne ostre wysiękowe zapalenie opłucnej. Gdy po kilku miesiącach wyzdrowiał, pracuje dalej w tych samych warunkach aż do początku r. 1879, w którym to czasie uzyskał na drodze konkursu posadę Ordynatora w oddziale chirurgicznym żeńskim szpitala Dzieciątka Jezus.

Na tem nowem polu swojej działalności, mając gruntowne podstawy w anatomii i zapal do przedmiotu, byłby niewątpliwie zdobył sobie świetne stanowisko. Oddział swój urządził wzorowo i podług najnowszych wymagań nauki. Pół dnia w nim spędzał, operując śmiało i ze znajomością rzeczy najcięższe przypadki. Z większych operacyj, które wykonał, przytoczę tu tylko: pierwszy raz u nas dokonane z pomyślnym skutkiem wyluszczenie na obudwóch stopach kości skokowej (*exstirpatio tali*) przy *pes varus* u 6-letniej dziewczynki, który to przypadek po pierwszej operacji przedstawiał zmarły na jednym z posiedzeń warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dalej wykonał całkowite wyluszczenie prawej łopatki wraz z wypiłowaniem główki kości ramieniowej, dwa wypiłowania połowy szczęki górnej, częściowe wycięcie nerwu szczękowego dolnego, kilka herniotomij, dwa razy prześwidrowanie (*trepanatio*) w kilku miejscach kości udowej przy *osteomyelitis* i wiele innych operacyj.

Z operowanych chorych rzadko która zmarła, co ś. p. Witold zawdzięczał sumiennemu następczemu leczeniu chorych operowanych. Każdy opatrunek zmieniał własną ręką, z pedanteryją i cierpliwością nieraz podziwienia godną. Chorą operowaną zajmował się jakby własnem dzieckiem, nie oglądając się na środki szpitalne, które bardzo często dopełniał datkiem ze swej własnej kieszeni.

Operował ciągle, rzec można, gorączkowo, jakby przeczuwał, że życie jego niedługie, a do zdobycia i nauczania się wiele jeszcze pozostaje.

Stosunki familijne, życie domowe, towarzyskie i publiczne dla niego prawie nie istniało. Żył tylko medycyną i dla medycyny, o niej ciągle rozprawiał, o niej marzył, dla niej, rzec można, się poświęcił.

Jakie szlachetne serce biło w tej piersi, jak odczuwał nędzę drugich i jednocześnie, jak każdy przypadek, więcej zawily, niesłychanie go zajmował, pozwolił sobie przytoczyć jeden fakt z życia zmarłego, który żywo stoi mi w pamięci.

Syn jego nauczyciela, człowiek niezamożny, zapadł na ciężką i trudną do określenia chorobę. Było to, jak się zdaje, długotrwałe cierpienie zapalne końców stawowych różnych kości długich szkieletu (*osteomyelitis et osteitis epiphysium*).

Chory, opuszczony przez lekarzy, udał się o poradę do ś. p. Witolda, który zajął się nim z całą troskliwością. Przez półtora roku odwiedzał chorego bezinteresownie, często po dwa razy na dzień, i oprócz rozcięcia mnóstwa ropni, wytwarzających się u tego chorego w różnych okolicach ciała, dokonał u niego: wyluszczenia obudwu wielkich palców u stóp, wycięcia martwaków z końców namięstkowych kości przedramienia i całkowitego wypiłowania lewego stawu łokciowego. Chory po kuracyi w Ciechocinku wyzdrowiał zupełnie.

W końcu roku 1880 ś. p. Witold wyjeżdża na 6 miesięcy w podróż naukową za granicę, z której powrócił już niezupełnie zdrowym. Po powrocie zajął się nanowo pracą szpitalną, przerywać ją jednak musiał od czasu do czasu, gdyż coraz częściej zapadał na zdrowiu.

Nieraz, gdy się czuł już znacznie gorzej, zwracałem jego uwagę, aby rzucił zajęcia, wyjechał na wieś i mając byt materyjalny zabezpieczony, odpoczął przez czas dłuższy, — odpowiadał mi: „wolę żyć krócej a z pożytkiem dla innych i zajmując się tem, co ukochałem, jak w bezczynności i spokoju przedłużyć życie, które już nie będzie dla mnie miało celu i przyszłości“.

Pod koniec roku przeszłego zachorował bardzo mocno i pomimo bardzo troskliwej opieki kolegów i wyjazdu do Włoch, oddawna tłęca choroba powstrzymać się już nie dała.

Zmarły, oprócz obszernego streszczenia z pracy D-ra Scriby pod tytułem: „Poszukiwania nad zatorem tłuszczowym“, pomieszczonego w dwóch numerach Kroniki Lekarskiej z roku 1880, nie ogłosił innych prac drukiem. O ile wiem, musiał pozostawić w rękopiśmie obszerniejsze opracowanie z rysunkami, dotyczące powięzi miednicy (*fascia pelvis*), gdyż o pracy tej często wspominał, jak również opis powyżej wspomnianego przypadku wyluszczenia kości skokowych i drugiego, dotyczącego wypadnięcia przez ściankę brzuszną większej części kiszek (*eventratio*). Prace te już dawno mogły być ogłoszone, lecz zmarły o ile we wszystkich swoich czynnościach był niesłychanie sumiennym, tak i w tych pracach starał się przedstawić rzecz wyczerpująco, ciągle więc je przerabiał, dopełniając nowemi spostrzeżeniami i studjami anatomicznemi.

Chwile, które spędziłem ze ś. p. Witoldem już to przy anatomicznym stole, już-też pracując razem w szpitalu, pozostaną dla mnie zawsze najmiłszem, niezatartem wspomnieniem. Dziękując się chętnie zdobytą wiedzą, niejedną kwestyję mi rozjaśnił, wiele nauczył. Szczery i poświęcający się dla każdego, spieszył zawsze i wszędzie z pomocą lub koleżeńską przysługą. Żegnaj mi Druhu ukochany, Towarzyszu serdeczny! Niechaj wspomnienie Twego życia jak jasna gwiazda przyświeca młodym pracownikom na ciężkiej niwie nauki lekarskiej. Duch, który był w Tobie, niechaj ożywia nas wszystkich, zapał Twój niechaj nas ogarnia, pobudzając do pracy, do czynu, dla nauki, dla kraju i ludzkości. Pokój Twoim popiołom! Cześć Twojej pamięci!

*E. Modrzejewski.*

---

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. WL. BRCDOWSKIEGO.

## I. ZMIANY ANATOMICZNE ŚLINIANEK PO PODWIĄZANIU PRZEWODÓW

Stenon'a i Wharton'a.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Podał **Henryk Kotlubaj.**

---

Zanim ogłoszę szczegółowe sprawozdanie ze swoich badań nad zmianami ślinianek po podwiązaniu ich przewodów wyprowadzających, podaję na tem miejscu w streszczeniu niektóre ustępy mej pracy i ostateczne jej wyniki.



Niniejszem chciałem wypełnić lukę w naszej literaturze, albowiem nie mamy dotąd prac w tym kierunku, a obraz mikroskopowy ślinianek, pozbawionych swej funkcji, nie był dotąd dokładnie znanym, pomimo jedynej pracy D-ra P e ł s z y ń s k i e g o z Petersburga, dokonanej w 1876 r. nad ślinianką przyuszną; w pracy tej anatomiczna strona przedmiotu pozostawia wiele do życzenia, gdyż głównym jej celem było wykazać sposób leczenia przetoki ślinowej. Jednocześnie z mojami doświadczeniami pp. A r n o z a n i W a i l l a r d z B o r d e a u x przedsięwzięli podobną pracę nad gruczołem przyusznym, o której doniesienie tymczasowe podali w *Gazette hebdomadaire* za rok przeszły w N-rze 27. Z podanego przez nich opisu dwóch doświadczeń mogę wywnioskować, iż wzmiankowani autorowie, jeżeli nie we wszystkich szczegółach, to w ogólnych zarysach, znaleźli też same zmiany anatomiczne, co i ja.

Doświadczenia wykonywałem na psach i kotach odnośnie do ślinianek przyusznej i podżuchwowej. Po podwiązaniu z jednej strony przewodu S t e n o n ' a, z drugiej zaś W h a r t o n ' a. operowane zwierzęta zostawały przy życiu od 2 dni do 4 miesięcy, gdyż zabijałem je w rozmaitych terminach, dla dokładnego zbadania wszelkich zmian i przedstawienia całego przebiegu sprawy.

Rezultaty, do których doszedłem, są następujące. W śliniance przyusznej zaraz po podwiązaniu występują widoczne zmiany w przewodach, w których światło cokolwiek rozszerzone i nabłonek zmętniały. Rozszerzenie światła przewodów występuje zawsze jako stała zmiana z początku dużych, następnie małych, aż do najdrobniejszych przewodów, przyczem nabłonek ulega z czasem znacznemu uciskowi, tak, że ku końcowi trzeciego miesiąca po podwiązaniu przedstawia się zupełnie jednolitym, albo z płaskimi komórkami. W pęcherzykach najprzód pojawia się powiększona ziarnistość komórek wydzielających, następnie zupełny rozpad takowych, przyczem duże zaokrąglone jądra są rozrzucone po całym świetle pęcherzyków. W dalszym zaś ciągu widzimy pęcherzyki znacznie zmniejszone i uciśnięte rozrosłą tkanką śródmiąższową, albo światło w nich znacznie powiększone i wydzielające komórki zupełnie uciśnięte i spłaszczone, przy czem tkanka łączna również zajmuje szerokie przestrzenie między zrazikami i nawet między pęcherzykami. W tej ostatniej gdzieniegdzie dają się widzieć drobne komórki limfoidalne, jednak nacieczenia w ścisłym znaczeniu tego słowa nigdy nie udało mi się spostrzec.

Być bardzo może, że owe komórki wędrujące, jeżeli nie stanowią jedyne punktu wyjścia dla rozrostu tkanki łącznej, wszelako grają pewną rolę w tym względzie. Zastój śliny we wszystkich przewodach jest tu bodźcem drażniącym, który wywołuje bynajmniej nie jednorazową imigrację bezbarwnych ciałek krwi, ale mniej więcej stałą przez cały ciąg doświadczenia; te ciała z biegiem czasu, podlegając zmianom postępowym, wytwarzają zbitą tkankę łączną. Z drugiej strony, wskutek zmniejszenia funkcji komórek wydzielających, pęcherzyki z czasem zapadają, nie wywierają na sąsiednią tkankę żadnego ciśnienia, nie utrzymują jej w normalnych warunkach. Tkanka śródmiąższowa jakby postępuje za zapadającymi pęcherzykami, zajmuje wolne miejsce, rozszerza się i przechodzi w stan zaczepny, ugniata wciąż pęcherzyki, które już nie są

w stanie przeciwdziałać temu ciśnieniu, ustępują sile i w ostatecznym kresie ulegają zanikowi.

Niezawsze jednak to ma miejsce, gdyż widzimy na niektórych preparatach drugi rodzaj zaniku; mianowicie pęcherzyki przedstawiają znaczne rozszerzenie światła, obok również znacznego rozrostu tkanki śródmiąższowej. W tym razie komórki wydzielające przedstawiają oczywiście niejaką żywotność i siłę, gdyż bez wątplenia po podwiązaniu głównego przewodu funkcjonują czas niejaki, wskutek czego wszystkie przewody i nawet drobne światła pęcherzyków wypełniają się wydzieliną. Ta ostatnia, będąc, jakśmy już wyżej nadmienili, drażniącym bodźcem, jednocześnie uciska ścianki przewodów i nawet same komórki gruczołowe. Tym sposobem w pęcherzykach powstaje znaczne ciśnienie, które je doprowadza do wyżej opisanego stanu. Następnie widzimy, że pomimo takiego ciśnienia wewnętrznego, uciskającego w takim stopniu komórki wydzielające, wielkość pęcherzyków pozostaje też sama, albo się cokolwiek zmniejsza; zdawało by się, że będziemy mieli ogromne rozszerzenie światła i rozciągnięcie otoczki właściwej (*membrana propria*), czego w danym razie nie ma i śladu. Objasniam tę okoliczność jak wyżej, t. j. rozrostem tkanki łącznej, która przeciwdziała energii ciśnienia i utrzymuje pęcherzyki w zależności od nowej siły, paraliżującej działanie pierwszej. Tym sposobem ścianki pęcherzyków podlegają działaniu dwóch sił odsrodkowej i dośrodkowej.

Mamy zatem w śliniance przyusznej dwojakiemu rodzajowi zmiany, które zależą być może od wieku operowanych zwierząt, niejednostajnego żywienia lub też innych wpływów, nie dających się bliżej określić.

W gruczole podżuchwowym znajdowałem oba rodzaje tych zmian u każdego z operowanych zwierząt. Jednakże obok takich obrazów mikroskopowych widzimy i inne, które dają nam jeszcze jeden rodzaj zaniku, wskutek podwiązania przewodu wydzielającego. W kilku przypadkach operowane ślinianki po dość długim czasie straciły bardzo wiele, tak na objętości jak i na wadze, co zresztą bywało we wszystkich doświadczeniach, atoli obraz mikroskopowy znacznie się różnił od poprzednich. Właściwie nie dostrzegłem w nich widocznych zmian oprócz rozszerzenia światła przewodów i ucisku wyścielającego je nabłonka. Jednak przy bacznej obserwacji można było dojrzeć obok zupełnie normalnych pęcherzyków znacznie mniejsze, posiadające niekiedy nie więcej nad jedną komórkę. Tkanka śródmiąższowa nie przedstawiała najmniejszego rozrostu i o tyle tylko zmieniona była, że miejscami widać w niej było komórki limfoidalne. Chcąc objaśnić przyczynę zupełnego zaniku gruczołu przy zachowaniu jego budowy, przypuszczam, iż owe zmniejszenie się całej ślinianki zależy od zmniejszenia pęcherzyków w niejednakowym wszelako stopniu i odbywa się prawdopodobnie kosztem komórek wydzielających.

Te ostatnie podlegają prawdopodobnie przeistoczeniu białkowatemu, albowiem już w najwcześniejszych okresach widzimy w komórkach gruczołowych powiększoną ziarnistość, która zawsze daje dodatnią reakcję na białko i ujemną na tłuszcz. W późniejszych okresach obok białkowatego widzimy też i tłuszczowe przeistoczenie, co jednak częściej zdarza się w śliniankach przyusznych.

Przewody po większej części we wszystkich przypadkach są zatkane jednolitą skręplą śliną, albo ziarnistą masą, pochodzącą z rozpadu zwyrodniałych komórek nabłonkowych, lub też klejowatą masą, w której widać napęczniałe komórki. W zawartości głównych przewodów wydzielających widzieliśmy ogromną ilość limfoidalnych komórek i zapewne nabłonkowych w rozmaitych okresach zwyrodnienia tłuszczowego. Raz jeden w zawartości przewodu *Whartona* znajdowała się ogromna ilość nabłonka cylindrycznego z nader wyraźnymi rzęskami, co mi dało powód do dokładnego zbadania nabłonka całego przewodu; jakoż oczywiście znalazłem, iż nabłonek tego przewodu ma wszelkie cechy nabłonka rzęskowego. Dokładne zbadanie tego przedmiotu i szczegółowe opisanie przewodów ślinowych zastrzegam sobie na później, po zebraniu większego materiału.

Streszczając powyższe fakta podaję następujące wyniki mej pracy.

1). Podwiązanie przewodów *Stenona* i *Whartona* powoduje zupełny zanik ślinianek przyusznej i podżuchwowej.

2). Makroskopijnie zanik wyraża się zmniejszeniem objętości i wagi gruczołów;

3). Mikroskopijnie zaś: *a*) zmniejszeniem objętości pęcherzyków gruczołowych wskutek ucisku takowych przez rozrastającą się tkankę śródmiąższową; albo *b*) rozszerzeniem światła pęcherzyków wskutek wewnętrznego ucisku wydzieliny przy wytwarzaniu się jednoczesnem tkanki śródmiąższowej; albo *c*) zmniejszeniem objętości pęcherzyków wskutek zaniku komórek wydzielających bez wytwarzania się tkanki łącznej; albo *d*) zupełnym rozpadem komórek gruczołowych i rozszerzeniem samych pęcherzyków bez wytwarzania się tkanki łącznej. Dwie ostatnie formy stosują się li tylko do ślinianki podżuchwowej.

4). Wszystkie przewody rozszerzają się znacznie, a nabłonek ich podlega uciskowi i przeistoczeniu białkowatemu.

5). Komórki gruczołowe podlegają przeistoczeniu białkowatemu, w części zaś tłuszczowemu, dopóki nie ulegną innym wyżej opisanym wpływom.

6). Nabłonek przewodu *Whartona* bywa czasami rzęskowym.

7). Naczynia włosowate ślinowe między komórkami gruczołowymi nie istnieją.

---

## II. W sprawie leczenia klimatem swojskim.

(*Climatotherapie nostras*).

podał D-r. med. **Alfred Sokołowski**.

---

Sądząc, że wyniki leczenia chorych, dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych, za pomocą klimatu tutejszego, mogą interesować ogół lekarzy krajowych, postanowiłem podać do wiadomości w krótkości rezultaty, otrzymane w Zakładzie leczniczym w Nałęczowie. W roku zeszłym, w Zakładzie tym znajdowało się 300 chorych, w tej liczbie 53 dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych; tych ostatnich podzielić można na trzy kategorie:

1). Chorzy dotknięci usposobieniem do katarów dróg oddechowych; byli to po większej części ludzie młodzi, najczęściej z dziedzicznym usposobieniem do suchot płucnych; katary i kaszle występują u nich głównie jesienią i wiosną, chociaż i w innej porze roku byle nieznaczne zaziębienie zaraz je wywołuje; odżywianie ogólne po części liche; niedokrwistość nieraz bardzo wyraźna, większość ich ma do zaznaczenia w anamnezie samogwałt, lub wczesne nadużycia płciowe, rzadziej *abusus in baccho*. Częstokroć są to osobniki wycieńczone nadmierną pracą umysłową, chociaż przyczyna powyższa zazwyczaj jest skombinowaną z tą ostatnią. U kobiet, należących do tej grupy, najczęstszymi przyczynami owego usposobienia kataralnego są: wadliwe wychowanie, zaniedbywanie najelementarniejszych zasad higieny, brak ruchu, brak powietrza, nieprawidłowości w miesiączkowaniu i t. d. Chorzy, należący do tej grupy, stanowią najodpowiedniejszy grunt do rozwoju suchot płucnych, które przy łada sposobności nieraz spostrzeżenie wybuchają, sprowadzając szybko zejście fatalne. To usposobienie do katarów dróg oddechowych nie jest właściwie cierpieniem miejscowem, lecz, zdaniem mojem, chorobą całego ustroju. cierpi tu bowiem odżywianie ogólne, cała masa krwi, wrażliwość zaś błon śluzowych jest już objawem następczym. Toteż i przy leczeniu należy uwzględnić ów wywód chorobowy i do usunięcia go stosować odpowiednie środki. Niektórzy autorowie owo usposobienie do katarów tłómaczą poprostu złem odżywianiem skóry, małym odczynem nerwów naczyńioruchowych skóry na bodźce zewnętrzne, ztąd też i leczenie kierują jedynie ku tej przyczynie, a więc alfę i omegę ich postępowania stanowi hydropatyja pod najróżnorodniejszymi formami. Jestto zapatrywanie jednostronne; wodolecznictwo samo przez się nie jest w stanie usunąć cierpienia; przeciwnie nieraz zbyt energicznie i nieodpowiednio prowadzone wywołuje pogorszenie stanu ogólnego a z niem wzmaga się i owo usposobienie kataralne. Podstawą leczenia winna być poprawa konstytucyi, tu zatem przedewszystkiem zaliczyć należy: 1) zmianę powietrza, a właściwie mówiąc, leczenie powietrzne w ścisłym znaczeniu tego słowa; nie dość jest bowiem zalecić choremu wyjazd na świeże powietrze na wieś lub do uzdrowiska, należy jeszcze ściśle określić użycie owego powietrza. Chorym takim przedewszystkiem należy zalecić metodyczny ruch, gimnastykę na powietrzu, konną jazdę, grę w piłkę i t. p. zajęcia na świeżem powietrzu; zajęcia te należy tak rozdzielać i urozmaicać, aby jak największą liczbę godzin chory przebywał na powietrzu przy wzmóhonym ruchu, aby tym sposobem w danej jednostce czasu nie tylko jak najwięcej wdechał powietrza, a zatem odświeżał krew, lecz aby jednocześnie połączone to było z gimnastyką płucną. W nocy latem chorzy tacy spać winni bezwarunkowo przy otwartych oknach. 2) Obok leczenia powietrzem należy zwrócić niesłychanie baczną uwagę na poprawę odżywiania chorych za pomocą odpowiedniego i metodycznego odżywiania. Dyjetę należy ściśle uregulować nie tylko pod względem ilości i jakości, lecz również pod względem odstępów czasu między jednym a drugim jedzeniem. U większości tych osobników leczenie mleczne znakomite oddaje usługi; mleko pod różnymi postaciami znoszone bywa zazwyczaj wybornie; należy tu jednakże ściśle indywidualizować, wiele bowiem osób, nie znoszących słodkiego, trawi wybornie kwaśne mleko, lub odwrotnie. Co się zaś dotyczy ilości, to powinno się zalecać nie

w mniejszej ilości jak sześć do ośmiu szklanek dziennie; w ogóle mówiąc, mniejsze ilości mleka w tym celu używane, zdaniem mojem, wcale nie zasługują na nazwę kuracyi mleczej. U osobników z wyjątkowo wrażliwym kanałem pokarmowym, przedstawiających jednocześnie znaczny stopień upośledzonego odżywiania, stosowałem kumys, który w większej liczbie przypadków był znoszonym wybornie; i kumys jednakże należy również zalecać w większych ilościach, a więc najmniej sześć szklanek dziennie. Obok kuracyi mleczej i kumysowej chorym zalecić winniśmy dyjetę mięsną i jarzyny, które najlepiej spożywać winni raz na dzień. Na trzecim dopiero planie u chorych, w mowie będących, znajdować się powinny pewne praktyki hydroterapeutyczne. W ogóle mówiąc, co się dotyczy wodolecznictwa, to należy przyjąć za prawidło, aby je stosować umiarkowanie, nie rozpoczynać procedurami zbyt energicznymi, a wreszcie, na co szczególniejszy kładę nacisk, stosować je tylko raz dziennie, najlepiej rano. Zazwyczaj leczenie hydropatyczne rozpoczynałem dopiero po kilku dniach, a nieraz po tygodniu i więcej leczenia powietrzno-dyjetetycznego, stosując z początku zimne nacierania całego ciała, rano, wprost z łóżka, poczynając od  $+ 20^{\circ}$  R., schodząc stopniowo do  $+ 14^{\circ}$  R., lecz pod tym ostatnim względem trzymając się indywidualności chorych, wielu z nich bowiem, a szczególnie niedokrwiste kobiety, nie jest w stanie bardzo długo znosić zimniejszych nacierań nad  $20^{\circ}$  stopniowe; dopiero z poprawą stanu ogólnego daje się to skutecznie. U tej ostatniej kategorii chorych często leczenie rozpoczynałem od nacierań tylko górnej połowy ciała. Po 8 do 14-dniowym użyciu takich nacierań, skoro stan ogólny poprawia się widocznie, można przejść do zimnych natrysków, stosując je z początku bardzo krótko, od 20—30 sekund, zważając na odczyn po nich; ciepłota tych natrysków nigdy nie powinna być niższą od  $+ 10^{\circ}$  R., najwłaściwsza zaś ciepłota jest od 14-u do 12-u stopni. U osobników zbyt wrażliwych, a szczególnie niedokrwistych kobiet, lepiej natrysków nie stosować wcale, a porzucić tylko na nacieraniach.

Trzymając się zasad, powyżej pokrótce wyłożonych, u wszystkich chorych należących do tej kategorii (22-óch), otrzymałem poprawę; o ile tego rodzaju postępowanie, nieraz już po krótkim czasie, uwieńczone zostaje pomyslnym skutkiem, może posłużyć następujący przykład:

Panna N. lat 19; matka cierpi na przewlekłe katarę dróg oddechowych. Chora w młodości przedstawiała wybitne objawy skrofulozy. Od kilku lat rozwinęła się niezwykła skłonność do katarów i kaszlu; w ciągu ostatniej zimy powstał uparty, suchy kaszel, trwający dotychczas. W dniu 11 Lipca przybyła do Zakładu, gdzie znalazłem stan następujący: stan ogólny lichej, waga 118 *ll.*, wygląd skrofuliczny. Znaczna bladość skóry i błon śluzowych. W obu płucach suche rżenia dość obfite, bez głębszych zmian miąższu. Trawienie i miesiączkowanie prawidłowe. Zalecono leczenie mlecze, ruch i przebywanie ciągle na powietrzu, nacierania zimne. Po 14 dniach, przy znacznej poprawie stanu ogólnego, zalecono krótkie natryski. Chora przy wyjeździe dnia 14 Sierpnia, t. j. po pięcio-tygodniowym leczeniu, przedstawiała stan następujący: kaszel zupełnie ustąpił; w płucach żadnych rżeń się nie słyszy; stan ogólny chorej wyborny; przybyło jej 9 funtów na wadze; bladość błon śluzowych zupełnie ustąpiła.

2). Drugi poddział owej pierwszej grupy stanowią chorzy, dotknięci już wyraźnym, od dawnego czasu istniejącym, przewlekłym katarom dróg oddechowych, przeważnie oskrzeli (*bronchitis chronica*). Chorzy ci przedstawiali znowu dwa wybitne typy: a) katar oskrzeli przewlekły, z mniej lub więcej rozwiniętą rozedmą płuc (*emphysema pulmonum*) przy istniejącym zazwyczaj dobrym stanie ogólnym. Kaszel uparty z plwociną, a nadewszystko duszność stanowiły główną ich dolegliwość. Niektórzy oprócz tego przedstawiali (szczególniej przy zupełnie dobrym stanie ogólnym) objawy, tak zwanej, pletory brzusznej. U tego rodzaju chorych odmiennie, niż jakieśmy to widzieli w pierwszej grupie, cierpienie przedstawia charakter czysto miejscowy, więc i leczenie głównie w tym kierunku winno być skierowanem, uwzględniając w wysokim stopniu powikłania ze strony organów brzusznych. Leczenie powietrzne, umożliwiająca dobre przewietrzanie płuc (gimnastyka płucna), stoi tu na pierwszym miejscu; w przypadkach większej duszności korzystnie kombinować z niem można, jak to u niektórych chorych robiłem, z jednoczesnem użyciem przyrządu Waldenburg'a. Procedury hydropatyczne zasługują tu na szczególną uwagę, a na pierwszym miejscu stawiam przede wszystkim natryski zimne krótkotrwałe. Działaniem swoim nie tylko wywołują lepsze odżywianie skóry, zmniejszając tym sposobem skłonność do nowych zaziębień i powrotów kataru, ale jednocześnie działają miejscowo odciągająco na płuca: przytem sam natrysk, szczególniej jeśli posiada dość znaczne ciśnienie, wywołuje odruchowo cały szereg głębokich wdechów, ułatwiających przedostawanie się powietrza do najgłębszych części płuc, które u tego rodzaju osobników nieraz bywają zatykane przez zbite masy śluzowe, wywołujące przez to następnie obrzęk oboczny, atelaktazę i t. p. następstwa, które pociągają za sobą bliznowate stwardnienia.

Jak to już wyżej wspomniałem, u tego rodzaju osobników należy baczyć na powikłania ze strony jamy brzusznej, a mianowicie na objawy zastoju brzuszego. Przy istnieniu takowych powyższe leczenie łączyłem z umiarkowanem użyciem wody Marienbadzkiej lub Karlsbadzkiej, usuwając tym sposobem szybko owe nieprzyjemne powikłania.

b) Druga postać, pod którą przedstawiają się chorzy, dotknięci przewlekłym katarom oskrzeli, jest następująca. Chorzy, tu się odnoszący, kaszlą oddawna, nieraz od wielu lat; kaszel z różnem nateżeniem trwa stale, powiększa się jednakże głównie podczas wiosny i późną jesienią; plwocina bywa zwykle obfita, często nawet kaszel przytem bywa nieznaczny; chorzy uskarżają się tylko na nadmierną wydzielinę, która sama prawie występuje. Stan ogólny takich chorych zazwyczaj przedstawia się lichy; klatka piersiowa źle zbudowana; w płucach wyraźnych objawów zgęszczeń nie znajdujemy, miejscami jednakże oddech zaostrozony przyjmuje charakter podejrzany (*saccadée*), w ogóle atoli znajdujemy w obu płucach oddech silnie zaostrozony, najczęściej bez rzeżeń. Stan taki, który zazwyczaj oznaczają w patologii jako *bronchitis chronica*, zdaniem mojem, stanowi sprawę przejściową od katarów do gruźlicy pospolitej (w znaczeniu Laennec'owskiem); sądzę nawet, że u większości ich istnieją już w płucach zmiany głębsze, miąższowe, których jednakże nie jest w stanie wykryć dyagnostyka fizykalna. Ztąd też na chorych takich należy się zapatrywać, jako

na będących w przededniu choroby ustrojowej i leczenie nasze przedewszystkiem winniśmy skierować na poprawę konstytucyi. Tu więc należy przedewszystkiem stosować całą grupę tych środków, które przy pierwszej kategorii chorych obszerniej omawialiśmy, a więc: leczenie powietrzne, gimnastykę płucną, przedewszystkiem leczenie mleczne, a lepiej jeszcze kumysowe. Co się dotyczy hydropatyi, takową stosować należy niesłychanie oględnie. Zdarzają się niektórzy chorzy w tej grupie, u których najłżejsze nawet praktyki bezwarunkowo przeprowadzić się nie dadzą, należy więc uwzględnić to w wysokim stopniu. Zwykle jednakże nacierania zimne bywają dobrze znoszone i najlepiej na nich poprzestawać, przechodząc u osobników nieco mocniejszych, przy znaczniejszej poprawie stanu ogólnego, do użycia krótkich zimnych natrysków. U niektórych chorych, również tu należących, w razie bardziej suchego kaszlu, obok powyższego leczenia z korzyścią dają się stosować wody szczawo-alkaliczne np. Szczawnicka lub Emska.

Wreszcie wspomnieć winienem o cierpieniach krtani natury nieżytowej, których kilka przypadków miałem sposobność obserwować w Nałęczowie. W przypadkach tych zalecałem oprócz leczenia powietrznego, użycie wody Emskiej oraz wziewanie środków ściągających; praktyki hydropatyczne zawsze bywają źle znoszone. Pod tym względem wyjątek stanowią porażenia krtani (2 przypadki), w takowych, szczególnie jeśli są pochodzenia hysterycznego lub zależą od niedokrwistości ogólnej, z korzyścią mogą być stosowane odpowiednie praktyki hydropatyczne (nacierania, natryski), obok leczenia skierowanego na poprawę stanu ogólnego.

Następujący przykład jest najlepszą tego ilustracją: pani S., śpiewaczka, lat 22 mająca, przybyła do Zakładu 17 Lipca 1881 z powodu chrypki, występującej od czasu do czasu. Znaleźliśmy stan następujący: stan ogólny lichy, waga 114 *tt.*, niezwykła bladość błon śluzowych; chora obok chrypki uskarża się na łatwe męczenie się, zawroty i bóle głowy. Badanie krtani wykazało umiarkowany stopień porażenia głośni (*paresis*), nieznaczny katar strun głosowych prawdziwych. Głos nieco ochrypnięty; wysokie tony zupełnie fałszywe. Chorej zalecono leczenie powietrzno-mleczne, oraz wodę żelazną nałęczowską. Po dwóch tygodniach, przy poprawie stanu ogólnego, zalecono nacierania, a następnie zimne natryski. Chora po dwumiesięcznym pobycie w Zakładzie poprawiła się znakomicie pod względem stanu ogólnego, objawy bezkrwistości znikły zupełnie; głos stał się zupełnie czystym, najwyższe tony zupełnie prawidłowe, dość nawet forsowny śpiew nie wywoływał najmniejszej chrypki. Badanie krtani wykazało stan zupełnie normalny, objawy porażenia głośni ustąpiły w zupełności.

(D. n.)

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

16. Exner. **Badania nad umiejscowieniem czynności w substancji korowej mózgu człowieka.** (*Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen*). Pod tym tytułem Exner, profesor fizjologii i asy-

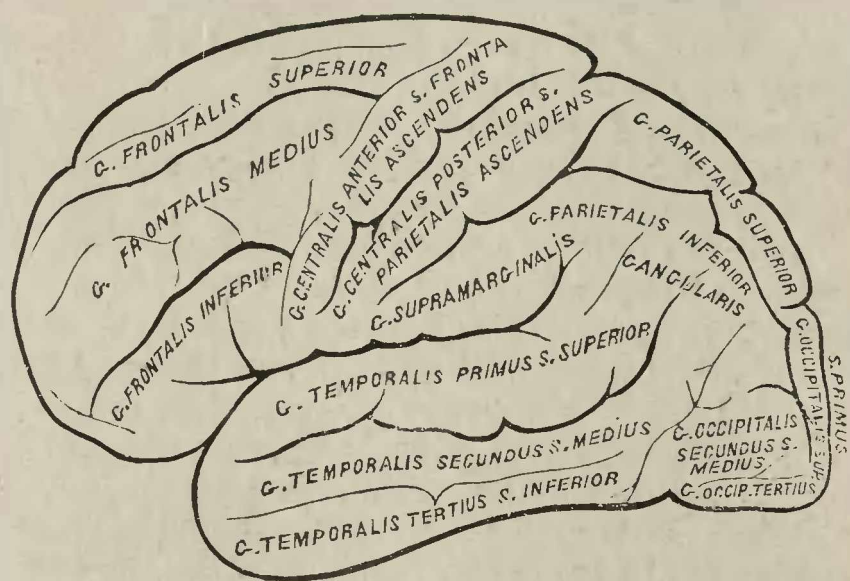
stent Brücke'go w Wiedniu, wydał — z pomocą Akademii nauk — w r. 1881 dzieło, ozdobione 25 tablicami lito- a w części i chromolitografowanemi, z którego treścią niezmiernie ciekawą i ważną poznamy Czytelników „Gazety Lekarskiej“.

Po raz to pierwszy fizjolog fachowy zajął się kwestyją umiejscowień czynności w substancji korowej mózgu człowieka. Jedyną tu drogą, dla łatwo zrozumiałych powodów, jest badanie przy łóżku chorego i porównywanie objawów istniejących za życia z wynikiem sekcji pośmiertnej. Ważność tej metody uznaje i autor, skoro na str. V mówi, „iż jakkolwiek wielkimi są rezultaty doświadczeń, czynionych na zwierzętach, to jednak nie przepuszczają one nas poza pewną granicę, poza którą (obawiać się należy) różnice między ośrodkami nerwowymi człowieka i zwierząt są większe, niż to zazwyczaj jest przyjmowanem“. Badania swe oparł Exner na 169 przypadkach, obserwowanych przez różnych lekarzy do r. 1880. Z ogłoszonych drukiem przypadków uwzględnił tylko te, w których prócz substancji korowej (i niewielkiej grubości leżącej pod nią substancji białej) inne części mózgowia i rdzenia były zdrowe (z wyjątkiem przypadków, w których cierpienie tych części przebiegało bez objawów ruchowych i zaciowych). Autor wyłączył przypadki spowodowane uderzeniem (gdyż takowe powoduje wstrząśnienie całego mózgowia) oraz przypadki powikłane rozlanem zapaleniem osłon mózgowych (*meningitis diffusa*), był więc w wyborze przypadków, na których oparł swe wywody, więcej wymagającym, niż jego poprzednicy. Dla uwidocznienia zmian E. na przygotowanych odlewach zdrowego mózgu malował farbą olejną części kory, dotknięte cierpieniem w każdym nadającym się do zużytkowania przypadku, przyczem inną nakładał farbę, gdy dotkniętą była kończyna górna, a inną, gdy porażoną była kończyna dolna, twarz i t. d.

Zanim poznamy rezultaty, przypatrzmy się metodom, jakich użył autor. Nie zadawał się on, jak jego poprzednicy, metodą przypadków dodatnich, polegającą na oznaczeniu miejsca kory mózgowej uległej zmianie, przy cierpieniu części ciała, której ośrodek chcemy oznaczyć. Prócz tej metody spożytkował on głównie 2 inne, dotychczas nieuwzględniane, a mianowicie: metodę przypadków ujemnych i procentowego obliczania. Pierwsza z nich zasadza się na tem, iż dla wykrycia siedliska korowego pewnej czynności, oznaczyć należy miejsca kory mózgowej w przypadkach, w których czynność ta była niezmienioną. Metoda zaś procentowa polega na tem, iż całą substancję korową mózgu dzieli się na dowolną ilość podziałek (Exner podzielił na 367) i oznacza się, ile razy w zebranych przypadkach zajęta była każda z tych podziałek i w ilu z tych przypadków istniał dany objaw (zaburzenia w obrębie nerwu twarzowego, w kończynie górnej, dolnej, w nerwie podjęzykowym, w mięśniach zaopatrywanych przez nerw trójdzielny, w mięśniach karku, w zmysle dotyku, wzroku i w mowie). Z tych trzech metod, metoda procentowa oddała największe usługi. Pozwala ona korzystać nawet z przypadków powikłanych, dalej uzupełnia metodę przypadków ujemnych, któraby, wyłącznie użyta, mogła pewne części kory mózgowej, bardzo rzadko cierpiące (na powierzchni wewnętrznej półkul mózgowych leżące), zaliczyć błędnie do ośrodków pewnych czynności. Metoda procentowa wykryła, jak zobaczymy niżej, iż ośrodki korowe są absolutne (*absolute Rindenfelder*), to jest takie, których zniszczenie stale odpowiedni objaw wywołuje i względne (*relative Rindenfelder*), których cierpienie niekoniecznie pociąga za sobą wystąpienie pewnego objawu. Rezultaty metody procentowej podał autor na str. 127—148, a nadto na tablicach (XVI—XXIV) malowanych barwą białą i różnemi odcieniami czarnej; odcieni tych użył Exner 12. Barwa biała oznacza, iż dane miejsce kory dotknięte było w 0% przypadków, czarna w 100% przypadków, a cienie oznaczają odpowiedni procent.

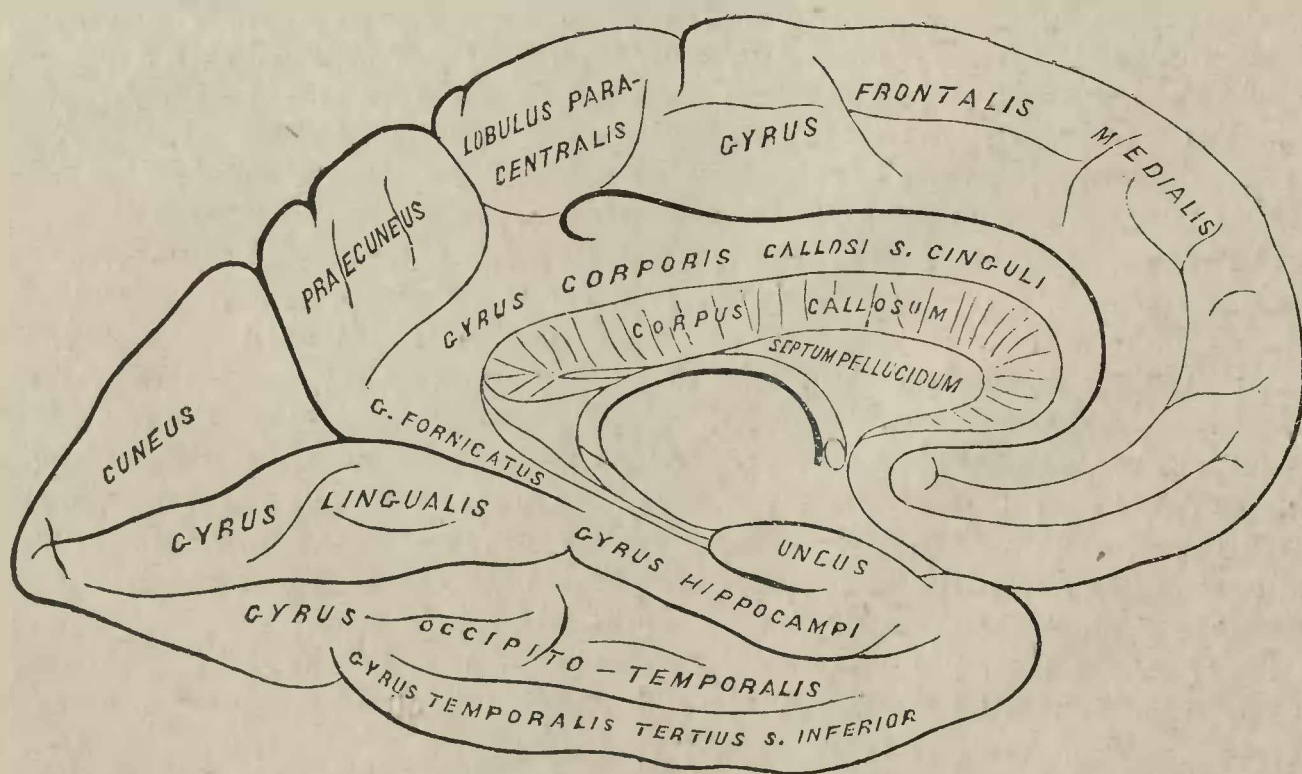


Posiłkując się przytoczonymi metodami, E. doszedł do wniosku, zresztą już dawno stwierdzonego, iż duża część substancji korowej mózgu człowieka może być zajęta, nie wywołując objawów ani ruchowych, ani czuciowych. Drugi wniosek, został po raz pierwszy przez E. podany mianowicie, iż pod względem przytoczonym, obie półkule mózgowe nie zachowują się jednakowo: na półkuli prawej może uleść zniszczeniu prawie cała kora mózgowa, nie zdradzając się niczem za życia.



Wyjątek stanowią tylko zawoje środkowe (*gyri centrales*), przez francuzów zwane wstępującymi, i zrazik przysrodkowy (*lobulus paracentralis*), które są *par excellence* ruchowemi; choroba przebiega tem skryciej im zajęte miejsce jest więcej oddalone od tych części. Na półkuli lewej okolica, której cierpienie może nie powodować za życia objawów, jest daleko mniejszą, prócz bowiem zawojów środkowych i zrazika przysrodkowego, trzeba wyłączyć zraz ciemieniowy i większą część potylicowego.

Ten ostatni, jak poznamy, jest ośrodkiem zmysłu wzroku, gdy zraz ciemieniowy, zawoje środkowe i zrazik przysrodkowy są ośrodkami ruchu i dotyku. Zraz czołowy na obu półkulach może być zniszczonym aż po zawój środ-



kowy przedni (*gyrus centralis anterior*) bez żadnych objawów. Niejednakowość obu półkul mózgowych, co do obszerności miejsc obojętnych na zniszczenia, tłumaczy dla czego częściej przy cierpieniach ukrytych dotkniętą jest półkula lewa niż prawa. W 168 przypadkach Exnera (w 1-ym dotknięte były obie półkule), mimo, iż półkula lewa zajęta była 101 razy, a prawa tylko 67, to

jednak przypadków przebiegających skrycie, to jest bez objawów, było w obu-  
dwóch razach po 20.

Poznajmy teraz szczegółowo rozkład ośrodków korowych, czyli jak je  
Exner nazywa, pół korowych (*Rindenfelder*).

#### A) Ośrodki ruchowe.

I. Kończyny górnej. W zbiorze Exner'a jest 100 przypadków, w których cierpienie ruchowe kończyny górnej było zawisłe od zmiany chorob-  
nej substancji korowej mózgu. W 35-u dotknięta była półkula prawa, w 64—  
lewa, (w 1—nieoznaczono, która półkula). Położenie ośrodka ruchowego koń-  
czyny górnej jest odmienne na każdej z półkul. I tak:

a) dla półkuli prawej, metoda przypadków ujemnych okazuje, iż  
ośrodek ruchu kończyny górnej lewej, zajmuje zrazik przyśrodkowy, zawój środ-  
kowy przedni (z wyjątkiem części końca dolnego) i połowę górną zawoju  
środkowego tylnego (*gyrus centralis posterior*). Tego samego dowodzi metoda pro-  
centowa, a nadto wskazuje ona, iż miejsce kory dopiero co przytoczone, które mo-  
żnaby nazwać ośrodkiem bezwzględnym [gdyż cierpienie jego wywołuje z wiel-  
kiem prawdopodobieństwem (autor nie mówi z pewnością, bo liczbę przypadków  
uważa za niedostateczną) zmiany w ruchach kończyny górnej], jest otoczone  
ośrodkiem względnym, zajmującym prawie całą wypukłość półkul mózgowych.  
Cierpienie tego ośrodka względnego wywołuje zaburzenia w ruchach kończyny  
górnej strony przeciwnej, lecz nie stale. Tem częściej wtedy następuje poraże-  
nie lub drgawki, im dotkniętą zostanie część ośrodka względnego bliżej ośrodka  
bezwzględnego leżąca.

b) Na półkuli lewej ośrodek ruchowy kończyny górnej jest daleko  
większy niż na prawej, czemu odpowiada większa ruchliwość kończyny prawej.  
Ośrodek absolutny zajmuje zrazik przyśrodkowy,  $\frac{3}{4}$  górne obudwóch zawojów  
środkowych, większą część ciemieniowego górnego i niektóre miejsca na po-  
wierzchni wewnętrznej zrazu potylicowego; jest on więc w porównaniu z pra-  
wym więcej w tył posunięty. Ośrodek względny otacza bezwzględny, a mia-  
nowicie należy do niego zaliczyć tylną połowę zawoju czołowego górnego  
(*gyrus frontalis superior*), prawie całe zawoje czołowe średni i dolny (*gg. fron-  
tales medius et inferior*), obydwie zawoje ciemieniowe: (*gg. parietales*), część górną  
zrazu potylicowego, połowę tylną zawoju czołowego wewnętrznego (*g. frontalis  
medialis*), zrazik czworokątny (*lobulus quadratus*) i klinowaty (*cuneus*).

Ośrodek ruchowy kończyny górnej prawej jest najrozleglejszym i naj-  
większego nateżenia ze wszystkich. Exner nie wątpi, iż z czasem dadzą  
się wyróżnić w nim miejsca, będące w szczególnym związku z pojedynczymi  
grupami mięśni kończyny górnej. Rozbierając bowiem przypadki opisane  
przez różnych lekarzy, zauważył on, iż przy cierpieniu samej ręki, zmienioną  
była zawsze ograniczona tylko część zawoju środkowego przedniego, a miano-  
wicie: przy porażeniu palucha dolna część tego zawoju—przy porażeniu mięśni  
wyprostnych (*mm. extensores*) ręki—część środkowa tegoż zawoju, naprzeciw  
zawoju czołowego średniego leżąca, tak iż z tego zdaje się, że *gyrus centralis  
anterior* jest w specjalnym związku z ruchami ręki (*manus*).

II. Ośrodek ruchowy kończyny dolnej. W 75 przypad-  
kach zaburzenia ruchu tej części ciała, 26 razy było ono wywołane przez zmiany  
w półkuli prawej, a 49 razy — w lewej.

a) Na półkuli prawej ośrodkiem bezwzględnym jest substancja  
korowa zrazika przyśrodkowego,  $\frac{1}{3}$  górnej zawoju środkowego przedniego  
i pewnej części  $\frac{1}{3}$  górnej zawoju środkowego tylnego. Ośrodek względny  
większego nateżenia zajmuje  $\frac{2}{3}$  dolne zawojów środkowych, tylne części za-  
wojów czołowych, zawoje ciemieniowe i górną część zrazu potylicowego, a na  
powierzchni wewnętrznej półkuli: tylną część zawoju czołowego i przednią  
połowę zrazika czworobocznego.

b) Na półkuli lewej ośrodek absolutny stanowią: zrazik przysrodkowy, połowa górna zawoju środkowego tylnego i większa część zawoju ciemieniowego górnego. Względny zaś ośrodek jest taki sam, jak na półkuli prawej, tylko jest większego nateżenia i na powierzchni wewnętrznej półkuli jest nieco rozleglejszy, gdyż zajmuje i cały zrazik czworoboczny i prawdopodobnie zrazik klinowaty.

Jeżeli porównamy ośrodki ruchowe kończyn górnych z takimiż ośrodkami kończyn dolnych, to widzimy przedewszystkiem, iż ośrodki dla kończyn prawych są większe, niż dla kończyn lewych, a mianowicie, iż ośrodki bezwzględne na półkuli lewej rozciągają się więcej ku tyłowi, na zraz ciemieniowy [tak na powierzchni górnej jak i wewnętrznej (*lobulus quadratus*)]. To samo stosuje się i do ośrodków względnych. Ośrodki na półkuli lewej, nie tylko że zajmują większą przestrzeń ale nadto są większego nateżenia. Większe znaczenie półkuli lewej poznamy i dla innych ruchów i dla mowy. Dalej — porównanie ośrodków kończyn górnych i dolnych ze sobą uczy, iż leżą one w tych samych miejscach. Zrazik przysrodkowy i górne końce zawojów środkowych są ośrodkami ruchowymi absolutnymi dla obudwóch kończyn strony przeciwnej ciała,  $\frac{2}{3}$  dolne zawoju środkowego przedniego należą tylko do kończyny górnej. Ośrodek ruchowy kończyny górnej nie tylko, że jest nieco większy, niż takiż ośrodek kończyny dolnej, ale jest i więcej wrażliwy, to jest, jeśli cierpienie niewielkiej rozciągłości dotyka miejsc substancji korowej, któreśmy oznaczyli jako ośrodki ruchowe kończyn, to wtedy często (ale niezawsze) cierpi tylko kończyna górna, gdy kończyna dolna cierpi dopiero przy rozleglejszych zaburzeniach. Badania Exner'a pokazały wreszcie, iż ośrodki korowe nie mają ostrych granic.

III. Ośrodek mięśni zaopatrywanych przez nerw twarzowy (*nervus facialis*) (54 przypadków). Zaburzenia w tych mięśniach (porażenia, drgawki) są, jak wiadomo, jednym z najczęstszych objawów cierpienia substancji korowej półkul mózgowych. Mowa tu o mięśniach zewnętrznych (z wyjątkiem *m. orbicularis palpebrarum*), gdyż nie wiadomo czy i mięśnie głębokie dotknięte są w tych razach.

a) Na półkuli prawej ośrodek absolutny nie istnieje, względny zaś zajmuje połowę dolną zawoju środkowego przedniego,  $\frac{1}{4}$  część dolną zawoju środkowego tylnego, bardzo niewielką część połowy tylnej zawojów czołowych średniego i dolnego, wreszcie część przednią *gyri supramarginalis*.

b) Na półkuli lewej ośrodek bezwzględny stanowi wazki pasek na części przedniej zawoju środkowego przedniego, między *sulcus frontalis inferior* i *superior*. Względny zaś jest taki sam jak na półkuli prawej, tylko nieco większy, sięga mianowicie więcej w tył.

W dzisiejszym stanie nauki dalsze rozróżnienie (*differentiatio*) ośrodka mięśni twarzowych jest niemożliwe. Ośrodek ten stoi w pośrodku między ośrodkiem kończyn a innymi ośrodkami, które, jak zobaczymy niżej, znajdują się tylko na jednej półkuli. Znajduje się bowiem ośrodek mięśni twarzowych, tak jak i ośrodki kończyn, na obudwóch półkulach mózgowych, lecz absolutny jest tylko na lewej.

IV. Ośrodek mięśni języka (*n. hypoglossus*) (16 przypadków). Znajduje się na części dolnej zawoju środkowego przedniego i na przyległej części zawoju czołowego dolnego. Lewy jest mniejszego nateżenia niż prawy. Metoda procentowa pokazuje, iż ośrodek ten ma największe nateżenie, to jest, iż najczęściej zostają dotknięte mięśnie języka, gdy zmienionem jest miejsce, gdzie przylegają do siebie: zawój czołowy średni, czołowy dolny i środkowy przedni, a naokołotego miejsca, zwłaszcza ku tyłowi, jest ośrodek mniejszego nateżenia.

V. Ośrodek mięśni szyi i karku (9 przypadków). Leży w tem samym miejscu, co ośrodek kończyn, bo na obudwóch zawojach środkowych, ale jest bardzo małego nateżenia.

Widzimy więc, iż ośrodki korowe mogą być rozległe, a małego nateżenia.

VI. Ośrodek mięśni gałki ocznej i m. unoszącego powiekę górną. W 13 przypadkach cierpienia tych mięśni zmienioną była patologicznie substancja korowa w miejscu oddawna oznaczonem, jako ruchowe, a mianowicie substancja zawojów środkowych i ich najbliższego otoczenia. Zdarzające się przypadki zaburzenia samego mięśnia unoszącego powiekę górną, lub mięśni prostych jednej gałki, lub wreszcie mięśnia prostego zewnętrznego jednego oka i prostego wewnętrznego drugiego oka, każą się domyslać, zdaniem E x n e r'a, iż w ogólnym tym ośrodku ruchowym mięśni oka, znajdują się mniejsze ośrodki dla pojedynczych grup mięśni ocznych. Z tychże samych powodów musi być oddzielny ośrodek ruchów bocznych głowy i oczu. Wedle E., skombinowane ruchy gałek ocznych, tak jak ruchy języka lub mięśni dowolnych oddechania, otrzymują prawdopodobnie unerwienie z każdej z półkul mózgowych.

VII. Ośrodek mięśni zaopatrywanych przez nerw trójdzielny (*n. trigeminus*). Przy chorobach kory mózgowej, część ruchowa n. trójdzielnego dotkniętą jest bardzo rzadko (3 przypadki u E x n e r'a), a to z powodu, iż mięśnie zaopatrywane przezeń w gałęzie nerwowe obu stron są w związku z każdą z półkul. W przypadku porażenia obu stron tych mięśni, dotknięciem było na obydwóch półkulach miejsce, leżące przy połączeniu *sulci frontalis inferioris cum sulco praecentrali*, a zatem około przedniej gałęzi *fossae Sylvii*. Ośrodek ten jest bardzo małego nateżenia.

VIII. Ośrodek mowy. I tu, podobnie jak przy innych ośrodkach korowych, metoda procentowa doprowadziła do ciekawych wyników. Stwierdziła ona przedewszystkiem, iż ośrodek mowy znajduje się tylko na półkuli lewej. Dalej, przeglądając tablice, na których są namalowane zmiany, napotkane w substancji korowej, w przypadkach niemoty, zebranych przez E x n e r'a, uderza nas, iż barwa ciemna ma ten sam odcień na podstawie zawoju czołowego dolnego, co i na tylnej części zawoju czołowego średniego i na dwóch górnych zawojach skroniowych. Ośrodek zaś mniejszego nateżenia rozciąga się na zawoje ciemienniowe aż do zrazu potylicowego. Podług E x n e r'a nie ulega więc wątpliwości, że i ośrodek mowy, tak jak i inne ośrodki korowe, jest daleko większy, niż to dotychczas przyjmowano. Błąd do tej pory popełniany, iż ośrodek mowy jest ograniczony wyłącznie do tylnej części zawoju czołowego dolnego lewego, przypisuje E. posługiwaniu się wyłącznie metodą przypadków pozytywnych. Cierpi ten zawój w istocie najczęściej przy afazji, lecz bywają najwiarogodniejsze przypadki takowej przy zupełnie zdrowym zawoju Broca. Sam E x n e r zebrał ich 5, K u s s m a u l 2, a napewno są częstsze, lecz rzadko są ogłaszane. 12 razy znalazł E. dotkniętym zawój czołowy dolny prawy bez niemoty.

Fakt, iż ruchy potrzebne do wymawiania głosek mogą być pobudzone tylko przez półkulę lewą, iż właściwy impuls do artykulacji daje jedna tylko półkula mózgowa, pomimo iż mięśnie, służące do tej artykulacji (*n. hypoglossus, facialis*), mają ośrodki w obydwóch półkulach, fakt ten tłumaczy E. konieczną w tych razach szybkością. Przy innych ruchach, zależnych od n. twarzowego, np. przy śmiechu, wszystko jedno jest, czy jeden kąt ust poruszy się o pewną część sekundy prędzej niż drugi, lecz nie byłoby to obojętnem przy ruchach potrzebnych dla artykulacji. Ośrodek mowy największego nateżenia znajduje się blisko ośrodka największego nateżenia dla mięśni unerwionych przez nerw twarzowy i podjęzykowy, bo z ośrodka pierwszego wychodzi pobudzenie do działania ośrodka korowego mięśni biorących udział w artykulacji. Wadliwość, a w części brak opisów, utrudnia poddzielenie ośrodka mowy na drugorzędne. W 15 przypadkach E x n e r'a była *aphasia atactica* i *amnestica*, a w 4—*agraphia*. Z poszukiwań E. wypływa, iż tem pewniej jest *aphasia atactica*, im cierpienie jest mniejsze na rozciągłość

i im bliżej jest położone tylnego końca zawoju czołowego dolnego lewego. Im cierpienie jest rozleglejsze, tem prawdopodobniej *aphasia* jest *amnestica*. Im cierpienie leży bliżej ośrodka największego nateżenia dla kończyny górnej, tem prawdopodobniejszą jest *agraphia*. E. potwierdza fakt, iż w zrazie skroniowym, a szczególnie w zawoju skroniowym średnim (*gyrus temporalis medius*), jest ośrodek rozumienia wyrazów. Wszystkie impulsa korowe, aby były dokładne, muszą mieć skutki kontrolowane przez organa zmysłowe. Kontrola innerwacyi artykulacyi odbywa się za pomocą słuchu, którego ośrodek znajduje się w zrazie skroniowym. Głusi mówią głośno, gdyż u nich kontrola odbywa się za pomocą wrażeń dotykowych części, składających jamę ustną. Cierpienie zawojów skroniowych wywołuje głuchotę wyrazową (*Worttaubheit*), chory wtedy słyszy dźwięki akustyczne, ale nie słyszy wymawianych wyrazów. Ośrodek ten głuchoty wyrazowej nie jest absolutnym, to jest może być dotkniętym, nie wywołując tego objawu patologicznego.

**B). Ośrodki korowe czuciowe.**

**IX. Ośrodek zmysłu wzroku**, największego nateżenia, a nie absolutny, znajduje się na końcu górnym zawoju potylicowego pierwszego (*gyrus occipitalis primus*), mniejszego nateżenia w zawoju potylicowym drugim (*g. occipitalis secundus*), w zraziku klinowatym i przyległej części zrazika czworobocznego

**X. Ośrodek zmysłu dotyku**. W 22 przypadkach Exner'a w których były notowane zboczenia dotykowe, cierpienie, wywołujące takowe leżało bez wyjątku w zupełności lub przynajmniej w pewnej części okolicy substancji korowej, znanej jako ruchowa. Częściej zajęta była półkula prawa, która zdaje się być tego znaczenia dla czucia, czem jest półkula lewa dla ruchów. Z 22 przypadków: w 16-u dotknięte były obadwa zawoje środkowe, w 3-ch cierpienie sięgało na kilka milim. do tychże zawojów, w innych 3-ch, dotkniętym był zawój kątowy (*g. angularis*), który jako ośrodek ruchowy kończyny dolnej ma nateżenie 50. Znieczuloną była zawsze ta część ciała, której ośrodek ruchowy uległ zniszczeniu; w jednym np. przypadku (6), gdzie naprzemian występowały drgawki lub porażenie mięśni okolicy łopatkowej, znieczuloną była skóra grzbietu.

A zatem wedle Exner'a ośrodki ruchowe i czuciowe pewnych części ciała znajdują się w tych samych miejscach substancji szarej korowej. Jedne pokrywają drugie, co zgadza się z doświadczeniami Munk'a (patrz Gaz. Lek. 1881 r.). Ośrodki tylko czuciowe są słabszego nateżenia, niż ruchowe.

Z tego więc wynika, iż w korze mózgowej nie ma oddzielnych ośrodków ruchowych i czuciowych, lecz znajdują się poprostu ośrodki pewnych części ciała, to jest ośrodki, z których wychodzi pobudzenie do ruchu i odczucie bodźców zewnętrznych, dotykających pewną część ciała; są to miejsca, w których odbywają się wszystkie procesy mózgowe danej części ciała. Wł. Gajkiewicz.

**17. J. Gruber. O znaczeniu leczniczem wstrzykiwań środków lekarskich przez trąbkę Eustachijusza bez użycia cewnika.**

Jeżeli nie wszyscy lekarze otyjatrzy zgadzają się co do wartości leczniczej wstrzykiwań środków lekarskich przez trąbkę Eustachijusza przy nieprzedziurawionej błonie bębnekowej, to ogólnie jest przyjętem, że wstrzykiwania te mają niezmiernie ważne znaczenie, gdy chodzi o usunięcie takich procesów zapalnych ucha średniego, przy których istnieje mniej lub więcej znaczne przedziurawienie błony bębnekowej. Długotrwałe zapalenia ucha średniego z obfitą wydzieliną, nietylko że w wielu przypadkach tym tylko sposobem dają się wyleczyć, lecz często bez użycia tego sposobu leczenia mogą one powodować zmiany następcze w uchu, które zagrażają chorym nietylko utratą słuchu lecz nawet i życia.

Każdy z lekarzy wie dobrze, jak szkodliwym i niebezpiecznym jest dla chorego, gdy w przestrzeniach ucha średniego zatrzymują się i rozkładają produkty

zapalne; każdy również jest przekonany, że produkty te powinny być jak najszybciej wydalone; istnieją jednak różne zapatrywania, jaki sposób jest najlepszym dla usunięcia tych produktów zapalenia, a to z tego powodu, że albo uważa się jakikolwiek sposób użyty za wystarczający, albo że innego nie znamy, lub też obawiamy się użycia sposobu, chociaż lepszego, lecz energiczniejszego i wymagającego pewnej wprawy.

Zwykle przestrzyknięcie ucha, chociażby najlepiej dokonane, jest w tych razach niewystarczającym; nie wystarcza również tak wysoko przez niektórych cenione przedmuchiwanie ucha średniego, gdyż prąd powietrza nie jest w stanie usunąć z różnych zagłębień ucha średniego złożeń zapalnych, które często dosyć mocno się tam trzymają.

Jedynym sposobem według Gruber'a zupełnego usunięcia złożeń zapalnych z ucha średniego jest w większości przypadków dokładne przemycie ucha średniego przez trąbkę Eustachijusza. Wiele bardzo uporczywych wycieków z ucha tym tylko sposobem wyleczyć się daje, o czym przekonało go własne doświadczenie. Lekarze niespecjaliści już to z braku wprawy w użyciu cewnika usznego, już też z obawy zaszkodzenia choremu, nie stosują tego sposobu leczenia. Sposób ten jednak w większości odpowiednich przypadków daleko jest skuteczniejszym, gdy przy użyciu takowego nie stosujemy cewnika.

Sposób Gruber'a przemywania ucha średniego bez użycia cewnika jest następujący: zapomocą szprycy kauczukowej lub szklanej, z zaokrągloną kauczukową nasadą, która powinna zawierać od 80—100 gramów płynu, wstrzykujemy płyn przez jedno z nozdrzy chorego. Chory znajduje się przytem w położeniu siedzącym i trzyma prosto głowę. Podczas wstrzykiwania zamykamy lub polecamy zamknąć choremu wskazującym palcem drugie nozdrze, przyciskając jego ściankę zewnętrzną do przegrody nosowej. Stosownie do stopnia zamknięcia drugiego zewnętrznego otworu nosowego i do siły prądu płynu zastrzykiwanego, takowy przechodzi do trąbki Eustachijusza i dalej, ponieważ chory jednocześnie i mimowolnie zamyka nasadą języka górną przestrzeń gardzieli, oddzielając tym sposobem takową od dolnej i nie pozwalając, aby płyn przechodził do gardzieli.

Jeżeli przestrzeń nosogardzielowa jest wązka, jak u dzieci, lub też gdy drogi nosowe z jakichkolwiek powodów są zwięzione i tym sposobem powrót płynu, zastrzykniętego przez jeden otwór nosowy, przez drugi jest uniemożliwiony, płyn może przeniknąć do jam bębenkowych i bez zamknięcia palcem drugiego otworu nosowego. Należy o tem pamiętać, stosując u chorego po raz pierwszy ten sposób, gdyż mogłoby się wydarzyć bardzo łatwo, że płyn zastrzykiwany byłby wepchnięty ze zbyt wielką siłą do jamy ucha średniego.

Widocznem jest z powyższego opisu, że płyn wstrzykiwany tym sposobem przechodzi do obudwóch jam ucha średniego, co też w większości przypadków jest potrzebnem.

Niekiedy jednak trzeba przemyć jedno tylko ucho, gdyż drugie jest zdrowe. W tym celu Gruber obmyślił następujący sposób. Choremu polecamy przechylić głowę ku temu ramieniu, w które ucho płyn zamierzamy wprowadzić. Następnie za pomocą szprycy wstrzykujemy przez odpowiedni przewód nosowy niewielką ilość płynu (od 20 do 30-tu kropel) do gardzieli i polecamy choremu dokonać doświadczenia Valsalvy. Takowe skutecznia się najlepiej przez zaciśnięcie nosa chorego palcami i polecenie mu, aby dokonywał mocny wydech. Powietrze wydechane wypycha płyn wstrzyknięty, który przy tem ustawieniu głowy według zasad ciężkości znajduje się w okolicy trąbki Eustachijusza, do takowej i do ucha średniego. Przy przedziurawieniu błony bębenkowej płyn, którymkolwiek z podanych wyżej sposobów zastrzykiwany, wypływa przez otwór w błonie bębenkowej i przewód słuchowy zewnętrzny.

Gruber opisał już dawniej te sposoby przetrzykiwania ucha średniego, zwraca jednak jeszcze raz na nie uwagę, aby wykazać ich wartość w tych zwłaszcza przypadkach, w których użycie cewnika usznego jest niemożliwym lub przeciwwskazanem. Nawet jeżeli cewnik da się zastosować, przetrzykiwania często są skuteczniejsze bez użycia takowego. Zdarza się to zwłaszcza w tych przypadkach, w których wysiękowe cierpienia ucha średniego powikłane są cierpieniami błony śluzowej nosogardzielowej. Jeżeli weźmiemy na uwagę, że w takich przypadkach cierpienie ucha średniego powstało *ex contiguo*, z zajęcia jamy nosogardzielowej, to powinniśmy się starać usunąć także przedewszystkiem cierpienie zasadnicze, będące źródłem choroby. Skoro będziemy wstrzykiwać przez cewnik, to chociaż zdołamy usunąć zajęcie ucha średniego, nie zapobieziemy powrotom choroby rozwijającej się z jamy nosogardzielowej.

Jako pierwsze i główne wskazanie tego sposobu leczenia musimy zatem przyjąć jednakowe i spójczne cierpienie błony śluzowej nosogardzielowej i ucha średniego, jeżeli przy takowem wskazane jest stosowanie płynów leczniczych.

Sposób ten ma jednak i wtedy ważne znaczenie, gdy chodzi o wydalenie złożeń pozapalnych z ucha średniego przez otwór w błonie bębenkowej i przewód słuchowy na zewnątrz.

Złogi pozapalne w uchu średnim są to po większej części śluzowo-ropne lepkie masy. Masy te sposobem Grubera daleko łatwiej dają się usunąć z ucha średniego, niż za pomocą przedmuchiwania, zwłaszcza jeżeli otwór w błonie bębenkowej jest dosyć znaczny. Płyny oddzielają daleko łatwiej te masy wysiękowe, rozrzedzają takowe i wydalają na zewnątrz. Przekonał się o tem Gruber nieraz po przekłuciu błony bębenkowej przy wysiękach w uchu średnim. Wdmuchiwanie powietrza w razach takich nic nie działało, przemywanie zaś wydało znaczną ilość mas wysiękowych.

Jeżeli otwór w błonie bębenkowej jest zamaly, należy go powiększyć i nadać mu odpowiedniejszy kierunek.

Skoro masy nagromadzone w uchu średnim są znacznie gęstsze, jak to bywa przy dłużej trwających zapaleniach ucha średniego, przy których gromadzi się znaczna ilość błon nabłonkowych i produktów serowatych, jedynie przetrzykiwanie sposobem Grubera może przynieść pożytek; musi ono być stosowane przez czas dłuższy, aby złogi nagromadzone stopniowo rozrzedzić.

Sposób podany przez Grubera ma jeszcze jedną ważną zaletę mało dotąd uwzględnioną. Niekiedy otwór trąbki Eustachiusza, skutkiem nabrzmienia lub rozrostu błony śluzowej jest tak zmieniony, że nawet lekarz wprawny w zakładanie cewnika, nie może wprowadzić takowego. Cienkim cewnikiem daleko trudniej w takich razach dokonać wdmuchiwania powietrza niż grubym, gdyż szeroki prąd powietrza z tego ostatniego, daleko łatwiej toruje sobie drogę przez wązki niezmiernie wylot trąbki Eustachiusza. Te same stosunki istnieją przy wstrzykiwaniu płynów bez użycia cewnika. Szeroki strumień płynu daleko łatwiej przechodzi przez zwiężoną szczelinę trąbki Eustachiusza aniżeli by to miało miejsce przy zastrzykiwaniu przez cewnik.

Z powyższego wynika, że wstrzykiwanie płynów bez użycia cewnika, daleko większą przynosi korzyść, zwłaszcza wtedy, gdy obadwa uszy są dotknięte. Przetrzykiwanie daje się w takich razach dokonywać z większą siłą i płyn przenika obficie. Jeżeli jednak jedno tylko ucho jest cierpiące, sposób podany przez Grubera mniej jest pewnym, i skoro chcemy ochronić ucho zdrowe od przeniknięcia płynu do takowego, lepiej jest wstrzykiwać przez cewnik.

E. Modrzejewski.

(Allg. Wien. Med. Zeitung. Nr. 1 i 2. 1882.)

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* D-r Walenty K a m o c k i współwłaściciel naszej Gazety mianowany został lekarzem przy tutejszym Instytucie Oftalmicznym.

— W Towarzystwie tutejszem lekarskiem, w sali posiedzeń, ustawionem zostało popiersie prezesa Akademii Umiejętności w Krakowie D-ra Józefa M a j e r a.

— Towarzystwo lekarskie tutejsze na posiedzeniu odbytem w d. 21 Lutego r. b. wybrało na członków honorowych 2 niezonych Szwedzkich profesorów R e t z i u s'a i K e y'a.

— W Niedzielę d. 26 Lutego r. b. bronić będą w tutejszym Uniwersytecie rozpraw na stopień doktora medycyny: Marceili L e w i ń s k i, Inspektor lekarski gubernii kieleckiej „O antagonizmie pilokarpiny i atropiny“ i Leonard N e u m a n n „Przyczynę do histologii budowy szpiku kostnego“

— Stosownie do wezwania Szanownego Pana Prezydenta naszego miasta, aby do komisji mającej się zająć: oznaczeniem *resp.* zwiększeniem liczby łóżek w szpitalach warszawskich, zwiększeniem porcyj chorym, założeniem domów porodowych i szpitala dla dzieci, dotkniętych wysypkami ostreimi zaraźliwymi, prócz poprzednio wydelegowanego z grona Towarzystwa lekarskiego prof. B a r a n o w s k i e g o, weszło więcej jeszcze lekarzy specjalistów—Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu odbytem w d. 21 Lutego r. b. do takowej komisji wybrało: K l i n k a, M a r k i e w i c z a, N e n c k i e g o, O r ł o w s k i e g o i R o g o w i c z a.

— Kolega bibliotekarz naszego Towarzystwa D-r K o ś m i ń s k i rozesłał już podwakroć zaproszenia do lekarzy o dopomożenie mu w przedsięwziętej pracy wydania dokładnego słownika lekarzy polskich. Drugie z tych zaproszeń brzmi jak następuje:

Warszawa, w Lutym 1882 r.

### SZANOWNY PANIE, ŁASKAWY KOLEGO!

Za parę miesięcy zamierzam przystąpić do drukowania „**Słownika lekarzy polskich**“ od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej. Praca moja, plon kilkunastuletnich mozolnych trudów, obejmuje oprócz życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną biblijografię lekarską polską.

Pragnąc, aby zestawienie owoców pracy lekarzy rodaków na polu naukowem i społecznem było o ile możności dokładnem, udaję się do Szanownego Pana i Kolegi z prośbą, abyś łaskawie zechciał nadesłać pod adresem niżej wskazanym krótki opis biegu swego żywota, oraz wykaz dokładny prac, tak oddzielnie wydanych, jakoteż umieszczonych w czasopiśmie, ze szzególnem uwzględnieniem artykułów, drukowanych w obcych językach.

Mając niepłonną nadzieję, że Szanowny Pan i Kolega, ze względu na korzyść ogólną, nie zechce odmówić mej prośbie, ale owszem zachęci do jej spełnienia i innych kolegów, których miejsce pobytu jest mi niewiadomem,

Warszawa, Elektoralna 32.

pozostaję z należnem poważaniem  
D-r Stanisław Kośmiński.

Ponieważ niepodobna dowiedzieć się o adresach wielu lekarzy polaków, zwłaszcza poza obrębem kraju mieszkających, niniejszem więc prosimy aby i ei, którzy odezwy nie odebrali, pośpieszyli z przesłaniem żądanych przez D-r K. wiadomości. Zbytecznem byłoby mówić o ważności podobnego wydawnictwa. Zwrócić tu musimy uwagę na tę tylko okoliczność, odrazu zresztą bijącą w oczy, iż D-r K. zabierając się do uskutecznienia swej od dawna pieszezonej myśli spełnia właściwie tylko czyn iście obywatelski, gdyż o żadnych korzyściach materyjalnych i mowy być nie może. Spodziewamy się, że wszystkie koledzy co najrychlej uczynią zadość prośbie D-ra K., aby nie opóźnić rozpoczęcia druku dzieła, które już kilkanaście lat pracy autora kosztuje.

**Na pomnik Mickiewicza.** Złożył D-r Łątkiewicz, z Nowej Uszyey, gub. Podolskiej, rs. 5.— Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 765 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Styczeń 1882 roku, księgarni W-go Wende-go i S-ki.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 12 февраля 1882 г. Друк К. Ковалевського, Królewska. 23.