

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop 15. Cena ogłoszeń Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pisnem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Obozna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynki do chirurgicznego leczenia chorób mózgu. Podali W. Biegański i W. Wrzeźniowski. (Dokończenie). — Eparsalgia, t. zw. „naderwanie się”. Napisał Seweryn Sterling (Łódź). (Dokończenie). — Wystawa higieniczna w Warszawie. — Korespondencya „Medycyny”. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Biegański et D-r W. Wrzeźniowski — Contributions au traitement chirurgical des maladies du cerveau.
2) D-r S. Sterling — De l' Eparsalgie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki, Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Biegański und D-r W. Wrzeźniowski — Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Gehirn-Krankheiten.
2) D-r S. Sterling — Ueber die Eparsalgie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki, Warschau — Obozna str. 5.

ZE SZPITALA N. M. P. W CZĘSTOCHOWIE.

PRZYCZYNKI

DO

CHIRURGICZNEGO LECZENIA CHOROÓB MÓZGU.

Podali W. Biegański i W. Wrzeźniowski.

(Dok.—Zob. N. 44).

II. Guz mózgu (*sarcoma*) — wyjęcie guza. Śmierć po 12 dniach wskutek zapalenia opon mózgowych.

Jan Smolarski, lat 34, włościanin z gminy Chrzastów pow. Noworadomskiego, zapisał się do szpitala w dniu 20 czerwca 1896 r. Od chorego z wywiadów dowiadujemy się, co następuje: od roku prawie jest chory. W czasie zniw r. z. wystąpił mocny ból głowy i równocześnie prawie pojawiły się drgawki w prawej kończynie dolnej. Drgawki te trwały po kilka minut, powtarzały się kilka lub nawet kilkanaście razy dziennie bez utraty przytomności. Chory pomimo tych drgawek pracował, chodził do roboty w pole i nie zauważył wtedy żadnego osłabienia w kończynie dolnej. Jakoś pod

jesień, w porze kopania kartofli, do drgawek w nodze przyłączyły się jeszcze drgawki w prawej ręce, a dopiero wkrótce przed Bożem Narodzeniem wystąpiły drgawki w prawej stronie twarzy. W grudniu na koniec chory zauważył osłabienie w prawej nodze, chodził już o kiju, a po Nowym Roku przestał chodzić zupełnie o swojej mocy, a chodził tylko podtrzymywany. Od tego czasu stan pozostał bez zmiany prawie. Ból głowy, bardzo mocny w początkach choroby, stopniowo się zmniejszał i w ostatnich kilku miesiącach niewiele już choremu dokuczał. Wymiotów nie miał nigdy. Od Wielkiejnocy drgawki w prawej nodze ustąpiły, a zato mocniej i częściej występowały w prawej ręce i w twarzy; od tegoż prawie czasu chory zauważył osłabienie w prawej ręce; nie mógł już posługiwać się tą ręką przy jedzeniu. Częstość drgawek podczas ostatnich kilku miesięcy zmniejszyła się; bywają teraz dnie, w których drgawek wcale nie ma.

Chory pochodzi z rodziny zdrowej. Ojciec jego żyje i jest zdrow, matka umarła przed kilku laty. Żonaty od lat 10, ma troje dzieci zdrowych. Żadnej cięższej choroby nigdy nie przechodził, na przymiot nie chorował, napojów wyskokowych nie nadużywał. Przed kilku laty (nie pamięta dokładnie, kiedy to było), przy rąbaniu drzewa w lesie, upadła mu gruba gałąź na głowę. Chory stracił wtedy przytomność, lecz docucony, wkrótce przyszedł do siebie i nie uczuwał żadnych dolegliwości.

Chory średniego wzrostu, wychudły, blady. Pod skórą na biodrach, na przedramionach i na klatce piersiowej wyczuwa się liczne (15—20 sztuk), wielkości od orzecha laskowego do jaja kurzego, ruchome, ograniczone, miękkie guzy²⁾. Granice płuc z lewej strony prawidłowe, na prawej zaś stronie z tyłu i z dołu zauważyć można stłumienie, dochodzące do dolnego kąta łopatki. Z przodu z tejże strony stłumienie dochodzi do dolnego brzegu V-go żebra. Szmer oddechowy wszędzie pęcherzykowy bez rżężeń, tylko na miejscu stłumienia z prawej strony osłabiony. Przekłucie próbne, dokonane na miejscu stłumienia z tyłu, dowodzi obecności surowiczego wysięku w prawej jamie opłucnej³⁾. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony czyste, tętno 80 na minutę. Ani wątroba, ani śledziona nie dają się wyczuć; apetyt niezły, stolce codzienne; nudności i wymiotów — niema.

Moc ani białka, ani cukru nie zawiera. Ciepłota 37,6°.

Prawa kończyna dolna znacznie cieńsza od lewej. Przy wymierzaniu różnica w biodrze dochodzi do 1½ ctm., a na goleni do 2 ctm. Ruchy palców na prawej stopie zupełnie zniesione, ruchy czynne samej stopy znakomicie ograniczone, zato w stawie kolanowym i biodrowym ruchy czynne są prawidłowe. Czucie wszędzie na prawej kończynie dolnej zachowane, tylko na stopie nieco przytępione, lokalizacja dotyku na stopie i palcach niewyraźna. Czucie mięśniowe także upośledzone, chory przy zamkniętych oczach nie zdaje sobie dokładnie sprawy ze zmian w położeniu, nadaniem biernie palcom i stopie. Odruch skórny podeszwowy prawidłowy, kolanowy wzmożony, jądrowy zachowany prawidłowo. *Clonus pedis* nie znajdujemy.

Prawa kończyna górna o wiele cieńsza od lewej. Obwód prawego ramienia jest o 1½ ctm., obwód zaś prawego przedramienia o 3 ctm. mniejszy, aniżeli lewego. Zanik najwyraźniej występuje w mięśniu trójgłowym ramienia i w mięśniach wyprostnych na przedramieniu, te ostatnie prawie zupełnie zanikłe. W mięśniach dłoni zanik mniej wyraźny, jakkolwiek i tu

²⁾ Jeden z tych guzów, wyjęty i zbadany pod drobnowidzem, okazał się tłuszczakiem (*lipoma*).

³⁾ Wysięk ten wessał się całkowicie w ciągu 10 dni, przy stosowaniu jodku potasu.

w porównaniu ze stroną lewą widoczny. Ruchy czynne w palcach prawej ręki zupełnie zniesione. Ręka i palce ustawione jak przy porażeniu nerwu promieniowego, ruchy wyprostne w stawie napiętkowym zupełnie zniesione. Ruchy czynne w stawach łokciowym i ramieniowym prawidłowe. Cucie dotyku zmniejszone na palcach i na właściwej ręce, na przedramieniu i ramieniu zachowane prawidłowo. Cucie mięśniowe w palcach zmniejszone. Od-ruchy z łatwością wywołane być mogą przez opukiwanie ścięgien i okostnej na całej prawej kończynie górnej.

Prawa strona twarzy porażona w niewielkim stopniu w zakresie dolnej gałęzi nerwu twarzowego. Ruchy języka prawidłowe, zboczenia języka nie spotykamy. Cucie na twarzy prawidłowe. Żrenice równe, szerokie, słabo oddziałują na światło. Wzrok znacznie upośledzony. Słuch prawidłowy, smak i węch także. Mowa prawidłowa, inteligencya zachowana.

Mięśnie prawej strony tułowia także wyraźnie zanikłe, łopatka prawej strony wydatniejsza jest, aniżeli po stronie przeciwnej, prawy mięsień piersiowy wielki—cieńszy, aniżeli lewy. Przy ruchach oddechowych prawa strona mniej się porusza, aniżeli lewa. Cucie na tułowiu zachowane z obu stron jednakowo. Wydalanie moczu prawidłowe.

Chory uskarża się na osłabienie i drgawki. Drgawki przez pierwsze 3 dni pobytu chorego w szpitalu wystąpiły 2 razy. Osobiście nie mieliśmy sposobności spostrzegania tych drgawek; z opowiadania otaczających chorych i posługaczy szpitalnych wnosić można, że drgawki ograniczają się tylko do prawej ręki i prawej strony twarzy, że trwają do 5 minut i że chory podczas drgawek nie traci wcale przytomności. Na ból głowy nie skarży się chory obecnie, tylko przy podnoszeniu występują mocne zawroty głowy. Przy opukiwaniu głowy palcem, chory nie odczuwa nigdzie umiejscowionego bólu. Porównawcze opukiwanie obydwóch stron głowy okazuje wyraźną różnicę tonu, mianowicie na lewej okolicy ciemieniowej ton opukowy ma poddźwięk tympaniczny.

Badanie oftalmoskopem, dokonane przez kol. HOLCA, okazuje obustronny zanik nerwów wzrokowych, przyczem kontury brodawek nerwów wzrokowych są mało wyraźne, zatarte i żyły dość mocno rozszerzone (*atrophia nervorum opticorum ex neuritide, resp. po brodawce zastoinowej*). Siła wzroku znacznie upośledzona. Chory rachuje palce lewem okiem na 2 metry zaledwie, prawem jeszcze słabiej widzi.

Rozpoznanie w powyższym przypadku nie było trudne. Mieliśmy do czynienia z prawostronnymi drgawkami i z niepełnym porażeniem prawej strony ciała, rozwijającymi się zwolna kolejno najpierw w kończynie dolnej, następnie w górnej, a w końcu w twarzy; najpierw występowały drgawki, a potem dopiero porażenie. Jeżeli dodamy do tego mocny ból głowy w początkach choroby, obecnie trwające zawroty, młody wiek chorego i nareszcie powyżej opisane zmiany oftalmoskopowe, to rozpoznanie guza mózgu nabiera prawie zupełnej pewności. Prawda, że w obrazie klinicznym tej choroby brakowało kilku ogólnych i miejscowych objawów, mianowicie: nie spostrzegaliśmy zwolnienia tętna, nie było wcale wymiotów i nie było na koniec bolesności głowy przy opukiwaniu. Objawy te jednak są niestałe i nie mogą być decydujące w rozpoznawaniu. To też nie wahaliśmy się wcale z rozpoznaniem guza mózgu. Zachodziła teraz kwestya jakości samego guza oraz jego umiejscowienia. Co do jakości guza, to można było w każdym razie wyłaczyć gumat przymiotowy wskutek zupełnego braku jakichkolwiek danych anam-

nestycznych, przytem sam przebieg stały, postępujący, typowy zdawał się wyłączać wielopostaciową sprawę przymiotową mózgu. Biorąc na uwagę względną częstość glejaków i glejo-mięsaków, oraz uraz głowy w wywiadach, po którym powstają zwykle te rodzaje nowotworów, przechyliliśmy szalę naszego rozpoznania na *glioma*, lub *glio sarcoma cerebri*. Co zaś do umiejscowienia, to drgawki połowiczne oraz niezupełne porażenie przemawiały za umiejscowieniem guza w okolicy *zonae motoricae* lewej półkuli mózgu. Ponieważ cała sprawa zaczęła się od kończyny dolnej i następnie przeszła powoli na kończynę górną, a w końcu dopiero na twarz bez zajęcia mowy, to wielce prawdopodobnem było, że głównego siedliska guza należy szukać w górnej części *zonae motoricae*. Drgawki stale występujące przemawiały również za tem, że guz musi znajdować się jeżeli nie w samej korze, to w bliskości kory mózgowej.

Uwzględniając wszystkie te dane rozpoznawcze, oraz ciężki stan chorego, nie rokujący żadnej nadziei wyzdrowienia przy stosowaniu środków terapeutycznych, postanowiliśmy uciec się do operacji. Do operacji przystąpiliśmy w d. 30 czerwca. Po ogoleniu głowy, dokładnem odkażeniu skóry, wymierzaliśmy na czaszce miejsce przebiegu szczeliny ROLAND'a i w tem miejscu, ustępując 2 ctm. od środkowej linii głowy, wybraliśmy pole do operacji. Cięcie na skórze zrobiono w kształcie greckiej litery Ω , wypukłością zwróconej ku tyłowi i nawewnątrż, a podstawą ku przodowi i nazewnątrż. Średnica płatu, objętego cięciem skórny, wynosiła 7 ctm. Po podwiązaniu obficie w skórze krwawiących naczyń, wydłutowano w kości odpowiedni płat, i płat kostny wraz ze skórą wyważono i załamano na podstawie. Otrzymaliśmy więc otwór w czaszce prawie okrągły, średnicy około 5 ctm. Tętnienia mózgu nie było. Następnie, naciąwszy ostrożnie oponę twardą, zdjęliśmy ją z mózgu na całej przestrzeni pola operacyjnego. Po zdjęciu opony twardej zauważyliśmy, że opona ta prawie na samym środku otworu czaszkowego była zmiętniała, przyrośnięta do mózgu na przestrzeni kilku ctm. kwadratowych. Po zdjęciu opony znaleźliśmy na powierzchni mózgu, w miejscu przyrośnięcia opony twardej, guz, dochodzący do powierzchni na przestrzeni 3—4 ctm. kwadratowych i odznaczający się wyraźnie w tem miejscu swoją białą-żółtą barwą od różowo-szarej barwy prawidłowej kory mózgowej. Guz nie wystawał nad powierzchnię i widocznie całą swoją masą tkwił w głębi mózgu. Wymacując palcem powierzchnię mózgu, mogliśmy się również przekonać o znacznej różnicy w konsystencji guza i otaczającej tkanki mózgowej. Teraz zapomocą cienkich zakrzywionych elewatorów staraliśmy się ostrożnie oddzielić guz od otaczającej tkanki mózgowej. Oddzielanie odbywało się dość łatwo, gdyż guz był wyraźnie odgraniczony; w miarę jednak postępowania wgłąb, przekonaaliśmy się, że guz jest dużych rozmiarów, że sięga głęboko w ośrodek VIEUSSEN'a i że w całości nie da się wyluszczyć przez zrobiony otwór w czaszce. Po długich i zmudnych zabiegach, udało się nakoniec rozkawałić guz na dwie części i takim sposobem wydobyć go z głębi mózgu. Po wyjęciu guza nastąpiło w jamie, utworzonej przez operację, umiarkowane krwawienie. Jamę całą wytamponowaliśmy paskami gazy jodoformowej, płat kostny przygięliśmy na właściwe miejsce, nie zeszywając skóry, a na całą ranę nałożono opatrunek z gazy jodoformowej. Cała operacja trwała półtorej godziny.

Wieczorem tegoż dnia były wymioty. Chory mocno odurzony (chloroform), stan bezgorączkowy, tętno około 90, słabe; opatrunek nieco przemoczony.

1 lipca. Stan zupełnie bezgorączkowy. Przytomność wróciła. Chory na pytania odpowiada. Porażenie prawej strony twarzy znikło bez śladu, prawa kończyna górna prawie zupełnie nieruchoma. Porażenie kończyny dolnej pozostało w równej mierze. Wymiotów nie było. Powierzchnowe warstwy opatrunku zmienione.

2 lipca. Chory przytomny, gwałtownie domaga się jeść. Opatrunek zmieniono, wyjęto tampony z jamy mózgowej, krwawienia niema. W otworze operacyjnym wystaje nieco tkanka mózgowa (*prolapsus cerebri*). Stan bezgorączkowy.

3 lipca. Stan taki sam, bez zmiany.

4 lipca. Opatrunek z powodu przemoknięcia zmieniony; wypadnięcie tkanki mózgowej w otworze trepanacyjnym powiększyło się (wielkości gęsiego jaja). Chory więcej apatyczny, mniej przytomny. Ciepłota $38,0^{\circ}$.

5 lipca. Chory nieprzytomny, prawie nic nie je. Rano ciepłota $38,0^{\circ}$, wieczorem $38,5^{\circ}$.

6 lipca. Nieprzytomność trwa w dalszym ciągu. Mocz i kał chory oddaje pod siebie. Rano ciepłota $38,5^{\circ}$, wieczorem $39,0^{\circ}$.

7 lipca. Opatrunek zmieniony. Rana bez zmiany, ropienia nie widać. Tętno częste i słabe. Rano ciepłota $39,2^{\circ}$, wieczorem $39,5^{\circ}$.

8 lipca. Stan bez zmiany. Drgawek i wymiotów niema.

9 lipca. Chory wciąż nieprzytomny. Opatrunek zmieniony. Ciepłota waha się wciąż pomiędzy $38,8^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$.

10 lipca. Tętno zaledwie wyczuwalne, chory nieprzytomny, nic nie przyjmuje.

11 lipca w południe zmarł.

12 lipca wykonano badanie pośmiertne. Nie będziemy tu przytaczali szczegółowego protokołu sekcyjnego, wspomnimy tylko o najważniejszych zmianach znalezionych. Otóż znaleźliśmy zapalenie ropne opon, rozprzestrzenione na całej powierzchni mózgu, mózdzku i rdzenia przedłużonego. Jama pooperacyjna zapadła, skleciona niewielkimi skrzepami krwi, nie zawierająca ropy. Dno jamy dochodzi do komórki bocznej, od której jama oddzielona jest cieniutką na dwa mm. warstwą tkanki mózgowej. Mózg w całości nieco przekrwiony. Komórki mózgu wypełnione znaczną ilością surowiczego, przezroczystego płynu. W obydwóch wierzchołkach płuc znaleziono za bliźnione stare ogniska gruźlicze. Inne narządy żadnych zmian nie przedstawiały.

Guz przedstawiał się wielkości małej pięści⁴⁾, barwy biało-żółtej, mało unaczyniony, kruchy, dość zbity. Części guza wycięte odpowiednio stwardniono i następnie, zatopione w parafinie dla dokonania skrawków, poddałmy badaniu drobnowidzowemu. Przy badaniu guz okazał się mięsakiem z drobnymi wrzecionowatymi komórkami. Gdziekolwiek w tym guzie znaleziono niewyraźne ślady glejowatej tkanki i to tylko na obwodzie.

Operacyjne leczenie nowotworów mózgu w ostatnich 10-iu latach, t. j. od czasu ogłoszenia pierwszego przypadku, pomyślnie operowanego przez HORSLEY'a (1887), zajmuje bardzo i terapeutów i chirurgów. W ciągu 10-iu lat ogłoszono przeszło 150 przypadków nowotworów mózgu, leczonych przez trepanację. Wynik tego leczenia zdaje się być dość pomyślnym. W statystyce GALLEZ'a znajdujemy 50% wyleczeń (na 30 przypadków — 15), w staty-

⁴⁾ Guz nie był zaraz po wyjęciu zważony, lecz od razu włożony został do spirytusu. Waga guza, wyjętego ze spirytusu po dwóch miesiącach, wynosiła 60 grm.

stycie ALLEN-STARR'a, opartej na 97-iu przypadkach, znajdujemy wyzdrowień 46% ⁵⁾). Niewątpliwie, że te daty statystyczne nie są zupełne, gdyż prawdopodobnie wiele przypadków, niepomyślnie operowanych, nie zostało wcale ogłoszonych. Pomimo to, wobec bezwzględnie niepomyślnego rokowania, jakie dają nowotwory mózgu, zabieg chirurgiczny, dający w każdym razie pewne szanse wyleczenia, jest w zupełności uzasadniony. Pomyślnie lub niepomyślnie zejście przy trepanacyi w nowotworach mózgu, zależy od wielu okoliczności: od łatwego dostępu do nowotworu, od jego rozmiarów, od stosunku nowotworu do otaczającej tkanki mózgowej i t. d. W naszym przypadku pewne okoliczności składały się bardzo pomyślnie, mianowicie, guz był umiejscowiony w najdostępniejszym miejscu i był ściśle odgraniczony, prawie otorbiony. Skądinąd duże rozmiary guza (największy operowany guz ważył 220 grm. i był wielkości pięści) i dość znaczny upadek odżywiania chorego składały się na utrudnienie zabiegu chirurgicznego. Ostatecznie jednak, śmierć chorego nie była w naszym przypadku bezpośrednim wynikiem operacyi, lecz zależała od powikłania (ropnego zapalenia opon), od zakażenia, którego pomimo pedantycznej aseptyki nie zdołaliśmy uniknąć.

Zabieg chirurgiczny, jaki zastosowaliśmy w tym przypadku, zwany czasową resekcją czaszki (*temporäre Resection des Schädels*), bywa obecnie najczęściej stosowany przy dokonywanych w mózgu operacyach. Wobec jednak obszernej jamy, jaka została po wycięciu guza, i krwawienia wewnątrz niej, musieliśmy uciec się do tamponady gazą jodoformową, i tym sposobem byliśmy pozbawieni możności doraźnego zamknięcia otworu w czaszce. Po wyjęciu następnie gazy jodoformowej nastąpiło wypadnięcie częściowe obrzniętej tkanki mózgowej, co utrudniało również zamknięcie otworu i nakładanie szczelnie przylegającego opatrunku. Wszystkie te okoliczności sprzyjały prawdopodobnie zakażeniu ropnemu, jakie przyłączyło się do idealnego przebiegu pooperacyjnego w ciągu pierwszych trzech dni. Jeżeli się nie mylimy, pierwszy BERGMANN zalecił tamponadę jamy przy znaczniejszym krwawieniu po wyjęciu guza; ma ona zabezpieczać również przed następczym obrzękiem mózgu. W naszym przypadku widzimy jednakże, że pomimo wytamponowania jamy, obrzęk nastąpił i spowodował wypadnięcie mózgu z rany. To ostatnie ułatwił z pewnością duży otwór trepanacyjny, zrobiony w przewidywaniu guza większych rozmiarów.

Przypuszczać należy, że w naszym przypadku, wobec krwotoku dość znacznego, jednakże nie zastraszającego, zamiast tamponady na 48 godzin, wystarczyłaby w zupełności tamponada na pół godziny. Następnie należało ranę zaszyć, umieściwszy w ranie aseptyczny sączek, a to w celu zabezpieczenia od zbyt dużego nagromadzenia się krwi i możliwości wywołania ucisku. Po 24-ch godzinach należało usunąć sączek, na miejscu zaś, którędy przechodził, nałożyć szew. Tą drogą możnaby prawdopodobnie uniknąć wypadnięcia mózgu i, co gorsza, łatwego dostępu zakażenia. Nagromadzona w jamie aseptyczna krew zostałaby powoli wessana, nie wyrządzając choremu szkody.

Dla oznaczenia przebiegu szczeliny ROLAND'a na czaszce, posiłkowaliśmy się sposobem podanym przez POIRIER'a ⁶⁾), jako najmniej skomplikowanym i nie wymagającym żadnych przyrządów specjalnych. Oznaczyliśmy tę szcze-

⁵⁾ Powyższe daty statystyczne zaczerpnęto z pracy GAJKIEWICZA: „O guzach mózgu i chirurgicznym leczeniu“, „Gazeta Lekarska“, 1895 r.

⁶⁾ POIRIER: *Topographie cranio-cérébrale*. Paris. 1890, oraz w podręczniku: DUPLAY et RECLUS: *chirurgie*. T. III, p. 644 i następn.

linię w sposób następujący: przez środek *areus zygomaticus* wzdłuż całej jego długości nakreśliliśmy prostą linię ołówkiem anilinowym, od tej linii przeprowadziliśmy ku górze drugą prostą linię przez zagłębienie przed muszlą uszną; następnie na tej prostopadłej linii odliczyliśmy, poczynając od poziomu otworu słuchowego zewnętrznego (*meatus auditorius externus*) 7 ctm. i tutaj oznaczyliśmy dolny koniec szczeliny ROLAND'a. Górny koniec tejże szczeliny oznaczyliśmy sposobem następującym: odmierzyliśmy ściśle odległość pomiędzy kątem zejścia kości nosowej z czołową a *protuberantia occipitalis externa*, trzymając się linii środkowej, czyli szwu strzałkowego; biorąc następnie połowę tej linii, doliczyliśmy jeszcze 2 ctm. ku tyłowi i tu oznaczyliśmy górny koniec szczeliny ROLAND'a. Połączenie obu tych punktów prostą linią przedstawia nam na czaszce przebieg szczeliny ROLAND'a. Linia, nakreślona na ogolonej głowie ołówkiem anilinowym, pozostaje po dokładnem nawet wyszczotkowaniu głowy mydłem, eterem i sublimatem. Nadmienić tu jednak musimy, że powyższy sposób oznaczania górnego końca szczeliny ROLAND'a daje się zastosować tylko u osobników ze średnim wymiarem podłużnym czaszki. Punkt ten należy zawsze skontrolować według wskazówek HARE'a i SENN'a ⁷⁾). Podłużny wymiar czaszki waha się od 28—33 ctm; przy pierwszym górny koniec szczeliny ROLAND'a znajduje się w odległości 15 1/2 ctm. od *glabella*, przy drugim 18 1/2.

Umyślnie podaliśmy szczegółowy opis tego sposobu oznaczania szczeliny ROLAND'a, gdyż jest on najłatwiejszy i, jakśmy się przekonali w naszym przypadku, zupełnie dokładny. Z innych sposobów znane są jeszcze sposoby BENNET'a i KOCHER'a ⁸⁾). Ten ostatni zdaje się być bardzo dokładny, ma jednak tę wadę, że potrzebny jest do wymierzania specjalny przyrząd, rodzaj czepka ze sprężyn stalowych z kątomierzem, dostępny tylko dla bogatych szpitali i klinik.

Co się tyczy strony klinicznej w opisanym przypadku, to na uwagę przede wszystkim zasługuje brak pewnych częstych objawów guzów mózgu. Chory przez cały przebieg choroby nie wymiotował, nie było również żadnych zmian w tętnie (ani zwolnienia, ani nierówności tętna) i na koniec ból głowy wystąpił tylko w początkach choroby, następnie zaś był tak niewielki, że chory wcale nań się nie uskarżał. Z objawów względnie rzadkich notowaliśmy ton tympanityczny przy opukiwaniu lewej okolicy ciemieniowej po nad guzem. Różnica w tonie opukowym pomiędzy prawą a lewą okolicą ciemieniową była bardzo wyraźna i niejednokrotnie była sprawdzana przez wielu kolegów, którzy naówczas badali chorego w szpitalu. Jak wytłumaczyć sobie powstawanie tego objawu? BRUNS ⁹⁾), który pierwszy zwrócił uwagę na tego rodzaju zmianę tonu opukowego czaszki, twierdzi, że zmiana ta zależy od ścieńczenia kości, ograniczonego niekiedy do nieznacznej przestrzeni. Wskutek takiego ścieńczenia kości, uderzenia łatwiej wywołują współdrżania słupa powietrza, zawartego w jamach ustnej i nosowej. Tłumaczenie to przynajmniej w naszym przypadku nie może mieć zastosowania. Umyślnie przy operacji zwróciliśmy uwagę na grubość kości czaszki i przekonaliśmy się, że kość ciemieniowa lewa była może nawet więcej, niż prawidłowej grubości, i przy sekcji również nie znaleziono żadnego wyraźnego ścieńczenia kości czaszkowych. Przypuścić więc należy, że guz zbity znacznych rozmiarów, zawarty w lewej

⁷⁾ ESMARCH und KOWALZIG: Chirurgicalische Technik. II Aufl. 1892, str. 12 w uwadze.

⁸⁾ KOCHER. Chirurgicalische Operationslehre. II Aufl. 1894. str. 43 i następne.

⁹⁾ L. BRUNS. „Gehirntumoren“ w Encykl. Jahrbücher. 1895.

półkuli, sam przez się przedstawia lepszy przewodnik dźwięku, aniżeli zdrowa tkanka mózgowa; wskutek tego współdrżanie powietrza w jamie ustnej i nosowej przy opukiwaniu po nad guzem łatwiej przychodzi do skutku.

Bruit de pot fêlé, który zdaniem BRUNS'a bardzo często występuje równocześnie z tonem tympanitycznym, w naszym przypadku nie spostrzegaliśmy wcale. Dalej na uwagę zasługiwał zanik mięśni prawej strony ciała, obejmujący mięśnie kończyn i tułowia. Zanik był tak znaczny, że nie mógł żadną miarą zależeć tylko od upośledzenia czynności, od porażenia (*Inaktivitätsatrophie*), tembardziej, że porażenie nie było zupełne. Zanik przytem obejmował głównie pewne grupy mięśni, przedewszystkiem mięśnie rozginacze. Przyjść więc należy, że zanik mięśni w tym przypadku zależał od zniesienia wpływu ośrodków nerwowych, mianowicie ośrodków korowych. Że kora mózgu *resp.* jej pas ruchowy okazuje wpływ troficzny na mięśnie ciała, jest dziś od czasów pierwszych spostrzeżeń QUINCKE'go faktem dowiedzionym.

Ciekawym, bo dowodzącym długiego trwania choroby i znacznego ucisku wewnątrzczaszkowego, był zanik nerwów wzrokowych, który rozwinął się wskutek długotrwałego przekrwienia zastoinowego. Niewyraźne kontury brodawek i rozszerzone żyły dowodziły, że tu przed zanikiem była tylko zastoinowa brodawka, ewent. *neuritis*, która powoli sprowadziła zanik elementów nerwowych.

EPARSALGIA,

tak zwane „naderwanie się“.

Napisał SEWERYN STERLING (Łódź).

(Dokończenie.—Zob. N. 44).

Zmiany w jamie brzusznej, przy eparsalgii spotykane, nie są jednak w wyłącznym stosunku prostym do stopnia ciśnienia. Pierwszorzędną rolę gra tu szybkość, z jaką skurcz mięśni ciśnienie w niej podnosi, i szybkość, z jaką następuje rozluźnienie mięśni, t. j. spadek ciśnienia. Pamiętać wypada, że tłocznia brzuszna bywa używaną np. przy defekacji—dowolnie, przy podźwiganiu zaś, najczęściej—bezwiednie, t. j., że w ostatnim razie zarówno napinanie, jak i rozluźnianie mięśni nastąpić może bez tej celowej stopniowości, jaka zachodzi przy dowolnem i świadomem używaniu tych mięśni. Szczególnie wielką jest kolejna różnica w stopniu ciśnienia wewnątrzbrzuszego, gdy istnieją następujące warunki: człowiek ku przodowi schylony, nie podejrzewając, że wypadnie mu podjąć ciężar niezwykły, nie przygotowuje się odpowiednio i dopiero, poczynając dźwigać, napręża mięśnie brzucha, wykonuje głęboki wdech i t. d. SCHATZ, określając ciśnienie wewnątrz-brzuszne w położeniu pionowem ciała przy nienapiętych mięśniach brzucha, znalazł je równem ciśnieniu słupa wody wysokości 25—30 cm.; zaś przy pochylonym ku przodowi tułowiu i nienapiętych mięśniach brzucha ciśnienie to równem się okazało prawie zeru (0). Gdy więc napięcie ścian jamy brzusznej nastąpi w chwili pochylenia tułowia ku przodowi — przeskok w stopniu ciśnienia jest o wiele znaczniejszy, aniżeli wówczas, gdy kurczymy mięśnie te, stojąc pionowo. Widzimy z tego przykładu, jak wielką rolę grają wpływy, od

wielkości ciężaru niezależne; one to właśnie uprawniają nas do wyróżnienia eparsalgii, jako swoistej sprawy chorobowej.

Jeszcze jedna uwaga. Jenocześnie z napięciem ścian brzusznych czynimy przed dźwiganiem głęboki wdech; znaczy to, że unosimy ku górze łuk żebrowy, co, bezwątpienia, powiększa objętość jamy brzusznej. Ale powiększenie to jest tak nikłe, w porównaniu z tem zmniejszeniem, jakie zachodzi pod wpływem skurczu mięśni brzucha (wraz z przeponą), że mało co wpływa na ostateczny wynik, który się zawsze wyraża zwiększeniem ciśnienia wewnątrzbrzuszego.

Jeżeli rozpatrywanie skutków eparsalgii zacząć od zmian w tych narządach, które do zwiększenia ciśnienia wewnętrznego się przyczyniają, to wypadnie tu właśnie wspomnieć o zmianach w płucach, ponieważ dzięki długotrwałemu wdechowi, przepona do zwiększenia tego się przyczynia w poważnej mierze. Otóż, by w płucach utrzymać jaknajdłużej powietrze, pomimo napiętych mięśni wydechowych, i tym sposobem uczynić klatkę piersiową jaknajlepszym punktem oparcia dla kończyn górnych, — pracujący zamyka głosnię. Że zaś, jak wiemy, wszystkie mięśnie klatki są w stanie skurczu, mamy wtedy z płuc niby pęcherz napięty, napełniony gazem; pęcherz zaś, w takim stanie będący, przy jakimś uderzeniu, pchnięciu — pęka. Naturalnie, nie może być mowy o tem, by zdrowe płuco gdziekolwiek *in toto* pęknąć miało, ale drobne rozerwanie tkanek z krwawieniem następczem — zjawić się w takich warunkach może. Przypominam sobie kilka przypadków z praktyki, w których jednorazowe krwiopłucie miało być powodowane przez podźwignięcie. Być może, iż w części tych przypadków (mówię tu, rzecz prosta, o tych tylko, gdzie wyłączone były wszelkie cierpienia organiczne) krwiopłucie było skutkiem zaburzeń w krążeniu, przy eparsalgii spotykanych; w niektórych jednak przypadkach nie mogłem się pozbyć wrażenia, że krwawienie było bezpośrednim skutkiem urazu płuca, skutkiem uderzenia w nadmiernie rozciągnięte płuco, przy zamkniętej głosni. Uraz zaś na płuco działa wtedy, zdaniem mojem, nie zzewnątrz, lecz zewnątrz; powodować go może przepona brzuszna, w chwili, kiedy, po przewyciężeniu oporu, powietrze zostaje z płuc wyrzucone. Gdy uprzytomnimy sobie, z jakim uczuciem wyczekiwanej ulgi wypuszcza pracujący powietrze z płuc po długotrwałym wysiłku cielesnym, nie trudno będzie wystawić sobie małą nieźborność, w tej czynności zachodzącą: przepona śpieszy ku górze, mięśnie wdechowe zostają rozluźnione wcześniej, aniżeli szpara głosowa otwartą. A wtedy uderzenie przepony jest owem „pchnięciem“, które sprowadza nadpęknięcie tkanki płucnej. Mniejsze znaczenie przypisuję zwiększonemu ciśnieniu wewnątrz klatki piersiowej, które może jednak wywołać nadpęknięcie naczyń włosowatych płuc; należy wszakże w tym razie przypuścić uprzednie cierpienie naczyń.

Innym objawem przy eparsalgii, w płucach czasem spotykanym, jest: **cz a s o w a r o z e d m a p ł u c** — wskutek nadmiernego ich rozciągnięcia (KOLB¹⁴).

Silny skurcz przepony powodować może ból, w dołku podsercowym umiejscawiany; ból ten promieniuje zazwyczaj wzdłuż przebiegu

¹⁴) Widywana się przy porodach **rozedma podskórna** w okolicy nadobojczykowej, prawdopodobnie i przy wysiłkach fizycznych zdarza się, jakkolwiek przypadku takiego nie znam.

nerwu przeponowego. Częściej wszakże ból, w tem miejscu odczuwany, zależy od zwiśnięcia trzew, o czem dalej będzie mowa.

Z mięśni brzucha najczulszym na skutki gwałtownego skurczu jest mięsień prosty, który przy eparsalgii ulega nie tylko nadmiernemu rozciągnięciu i nadszarpnięciu, ale i pękaniu. Zmianom ostatniego rodzaju sprzyjają głównie: zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia i istniejące już blizny.

Najdawniej i najgłówniej liczone się w patologii z eparsalgią w dziedzinie przepuklin; powstawanie ich wskutek wysiłku cielesnego i towarzyszącego mu zwiększonego ucisku tłoczni brzusznej — było przez czas długi sprawą ogólnie uznawaną. W ostatnich wszakże latach zaprzeczano możliwości powstawania przepuklin pod bezpośrednim wpływem eparsalgii. ROSSER, KÖNIG i inni każą rozróżniać dwa akty oddzielne, przy powstawaniu przepukliny niezbędne: utworzenie się otworu, *resp.* worka przepuklinowego, i wystąpienie samych wnętrzności.

Z tego punktu widzenia, przepuklina nie może nigdy powstać pod wpływem zwiększonego ciśnienia wewnątrzbrzuszno, czyli, ściślej mówiąc, inne przyczyny muszą przygotować otwór, przez który wnętrzności wyjśćby z jamy brzusznej mogły; często otwór ten istnieje o wiele lat wcześniej, zanim nastąpi właściwe wystąpienie kiszek z jamy brzusznej. To też istnieć może przez całe lata otwór, a jednak nie wystąpi przepuklina.

Pogląd ten panuje dziś powszechnie. Ale wnioski, z niego wyprowadzane, nie są słuszne. Bo niebezpieczeństwo dla osobnika zaczyna się dopiero z chwilą wyjścia trzew z jamy brzusznej, a wyjście to bywa niewątpliwie skutkiem parcia tłoczni brzusznej.

To też KÖNIG, chociaż pisze: „nagle urazowe powstanie przepukliny jest niemożliwe”, — uznaje możność wpechnięcia kiszek do istniejącego już worka przy nagłym skurczeniu mięśni brzucha, i dlatego dodaje: „praktycznie biorąc, jest sprawa ta równoznaczna z nagłym powstaniem przepukliny”. Uznawszy zatem, że to istniejące usposobienie staje się groźnem dopiero dzięki wystąpieniu kiszek, samo zaś w sobie choroby nie przedstawia, możemy bezwarunkowo do obrazu chorobowego eparsalgii włączyć te przepukliny, które się zjawiały nagle przy podźwiganiu ¹⁵⁾.

Pośrednim dowodem znaczenia tłoczni brzusznej przy powstawaniu przepuklin stanowi fakt częstszego zjawiania się ich ze strony prawej. CLOQUET tłumaczy fakt ten tak: robotnik (nie mańkut) napina więcej prawą stronę ciała, niż lewą, czyli przy pracy wysiłkowej przechyla się, dla równowagi, nieco na lewo; skutkiem tego, przepona brzuszna uciska trzewa nie tylko ku dołowi i naprzód, ale w pewnej mierze i ku stronie prawej.

Zbyteczne jest przytaczać na tem miejscu przykłady nagłego występowania przepuklin u ludzi, u których badanie uprzednie nie zdołało wykryć żadnego w tym kierunku usposobienia (choć istnieć ono musiało — zgodnie z panującymi dziś poglądami). Przykłady podobne są ogółowi lekarzy aż nadto dobrze znane. Nie należy się wszakże dziwić robotnikowi, który do pewnego czasu zupełnie zdrow się czując, widzi zjawienie się nagle guza (przepukliny) po wysiłku cielesnym i w tym ostatnim widzi bezpośrednią i jedyną przyczynę swej choroby.

Nie tylko t. zw. przepukliny zewnętrzne t. j. wystąpienie trzew nazewnątrz jamy brzusznej, ale i t. zw. ostre przepukliny ścian ki-

¹⁵⁾ Na tym właśnie gruncie stoi niemiecki urząd państwowy ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków, przy ocenianiu przepuklin urazowych (KRIES).

szkowych w tenże sposób t. j. przy eparsalgii powstać mogą. RIEDEL o powstawaniu tych przepuklin powiada: „etyologicznym momentem jest często... podnoszenie ciężaru; sądzę, że we wszystkich przypadkach zachodzi przytem ostre działanie tłoczni brzusznej“.

Zwiększenie ciśnienia wewnątrzbrzuszego, zwłaszcza nagle, powodować może wypadnięcie odbytnicy. Spostrzegano przypadki takie u ludzi dotąd zupełnie zdrowych, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że pewne usposobienie już istniejące sprzyja powstawaniu tego cierpienia. W następującym przypadku np. okazało się, że pozornie czysto eparsalgicznego pochodzenia wypadnięcie kiszki prostej było w związku z cierpieniem uspasabiającem.

Prolapsus recti post eparsalgiam. Reductio. Dysuria. Extractio corporis alieni. Periproctitis. Sanatio. Maszynista fabryczny, P., lat 34, podejmując dnia 9. II. 96 r. kocioł, który zazwyczaj kiku ludzi unosiło, uczuł nagły ból w kiszce stolcowej i zmuszony był uniesiony ciężar upuścić. W godzinę po wypadku znalazłem całkowite wypadnięcie odbytnicy na przestrzeni około 6 ctm., którą bez wielkiego trudu wprowadzić się prawie zupełnie dało. Nazajutrz P., mężczyzna bardzo silnej budowy i dotąd zupełnie zdrowy, skarżył się na straszny ból w kroczu, występujący przy wydalaniu moczu; dni następnych ból się do tego stopnia wzmógł, że chory zupełnie moczu samodzielnie oddawać nie mógł. Równocześnie, pod wpływem kąpieli, wypadła kiszka zupełnie do położenia prawidłowego wróciła. Dnia 13. II. 96 znalazłem zapalenie tkanki łącznej okołoprostniczej. Przywołany na naradę kolega M. COHN wydobyl podczas badania odbytnicy kostkę (kawalek żeberka cielęcego) długości 4 ctm., szerokości 1 ctm., ostro z jednej strony zakończoną. Wtedy się sprawa wyjaśniła. Wypadnięciu kiszki sprzyjała obecność ciała obcego, bądź przez to, że drażniło ono błonę śluzową kiszki, bądź, co prawdopodobniejsze, przez to, że już przed wypadkiem rozluźniło, wywoławszy zapalenie tkanki okołoprostniczej, umocowanie kiszki. Ból i niemożność oddawania moczu też łatwo zrozumiałe się stają: był to skutek stanu zapalnego tkanki okołoprostniczej i ucisku ciała obcego na cewkę moczową. Po 2 tygodniach od wyjęcia wymienionego ciała obcego P. powrócił do pracy.

Daleko poważniejsze skutki eparsalgii widziałem w dwu następujących przypadkach, w których była ona powodem pęknięcia kiszki.

1. *Ruptura jejuni e traumate indirecto (post eparsalgiam). Peritonitis universalis. Mors.* P. lat 18, chłopak u rzeźnika, przybył do szpitala imienia Małż. Poznańskich d. 22. X. 95 r.¹⁶⁾ Przed 4 dniami, po obfitem jedzeniu, podniósł z ziemi wieprza, z górą 400 funtów wagi mającego, chcąc go sobie na plecy zarzucić. Ale uczuł natychmiast niesłychanie gwałtowny ból w brzuchu i ciężar upuścił. Od tego czasu bardzo osłabł, cierpi na bólesci w brzuchu, częste wymioty. W chwili badania znajdujemy: chory szczupły, oczy zapadłe, bez blasku. Stan bezgorączkowy; tętno małe, 112. Brzuch wzdęty, bolesny; na całej jego przestrzeni odgłos wypukowy bębniasty. Podczas badania, jak i przez cały czas pobytu w szpitalu, ruchy wymiotne, czasem wymioty kałowe (ściślej — wymioty miazgą pokarmową, *chymus*). Wypróżnienia trzechkrotne po wlewaniach HEGAR'a. Stan taki trwał bez zmiany na lepsze do dnia 26. X. 95 r., kiedy chory zmarł. Przy badaniu po-

¹⁶⁾ Oddział kolegi L. PRZEDBORSKIEGO, któremu na tem miejscu dziękuję za pozwolenie skorzysta-
nia z obserwacji.

śmiertnem znalazłem: w jamie brzusznej kilka kwart płynu takiego, jaki się na wymioty składał. Rozlane zlepne zapalenie otrzewnej. Pęknięcie podłużne jelita czczego (*jejunum*) na przestrzeni 5 ctm. Górny brzeg pęknięcia oddalony od zakończenia dwunastnicy o 16 ctm. Pęknięcie umiejscowione jest na ścianie przeciwległej przymocowaniu kiszki. W kiszce czczej—żadnej zawartości, chociaż znajdujemy kał płynny w kiszce biodrowej i okrężnicy.

Mamy tu niewątpliwy przypadek eparsalgii. Gdy uprzytomnimy sobie, że zmarły miał dźwignąć ciężar znaczny, gdy uprzytomnimy sobie, z jaką gwałtownością wypadło mu szarpnąć ciężar, który chciał sobie na plecy zarzucić,—zrozumiemy szczególnie sprzyjające pęknięciu kiszek warunki; napełnienie kiszek było tu okolicznością sprzyjającą fatalnym skutkom eparsalgii.

W przypadku drugim brak badania pośmiertnego (względy rytualne) pozwala jedynie na rozpoznanie z pewnem prawdopodobieństwem, lecz przebieg i zejście nie pozwalają wątpić o tem, że i ten przypadek do eparsalgii zaliczyć należy.

II. *Ruptura duodeni (?) e traumate indirecto (post eparsalgiam). Haemorrhagia. Peritonitis universalis. Mors.* Z., lat 22, służąca, przybyła do szpitala im. Małż. Poznańskich ¹⁷⁾, dnia 20. X. 95 r. Przed 10 dniami (10. X) chora, wnosząc po schodach węgle w koszu, postawiła je na stopniu, chcąc odpocząć; zobaczywszy nagle, że kosz usuwa się ze stopnia, pochwyciła go i porywczco postawiła o kilka stopni wyżej. W tejże chwili uczuła ból palący w dolyszku i w krzyżu. Od tego czasu czuła się ciągle chorą, choć pracy nie przerywała. Dnia 19. X. nastąpiło pogorszenie: ból w całym brzuchu, bardzo silna duszność, wymioty. W chwili badania (20. X.): chora—bardzo silnej budowy ciała, z obfitym pokładem tkanki tłuszczowej, dobrze rozwiniętymi mięśniami. Uderza *livido* i silna duszność. Tętno nikle, 124. Ciepłota 37,0°. Skóra pokryta zimnym potem. Brzuch nadmiernie wzdęty, ściany jego niesłuchanie naprężone, twarde; odgłos wypukowy głucho bębniasty. Granice dolne płuc i serca przesunięte ku górze. Szmer oddechowy w dolnych odcinkach płuca osłabiony. Tętno serca nieco głucho, żadnych szmerów. Śledziony, wątroby—ani wypukać, ani wymacać nie można. Chora jęczy z powodu bólu w brzuchu i duszności. Od 2 dni nie miała wypróżnienia. 21. X. Po przemyciu kiszek—wypróżnienie (*scybała*). Wymioty płynem, ze śluzem obficie i równomiernie zmieszany, żółtawym, trwają dalej. 22 i 23 X. *status idem*. 24. X. Kilkakrotne wymioty krwawe i wypróżnienia, samodzielnie wydalone, krwawe (badanie mikroskopowe). *Collapsus*, przy zupełnie zachowanej przytomności. Po nagłym rozdzierającym krzyku, chora padła na poduszki i zmarła.

Brak oględzin pośmiertnych nie pozwala na ściśle umiejscowienie pęknięcia, które tu miało miejsce. Umiejscowienie w dwunastnicy jest wszakże bardzo prawdopodobne. Okoliczność ta, że chora przez 10 dni od chwili wypadku zajmowała się pracą, znajduje analogię w przypadkach tego rodzaju, spostrzeganych i badanych po śmierci (p. KÖNIG. Tom II. str. 127).

Czy zwiększone ciśnienie wewnątrzbrzuszne, bez istniejących warunków patologicznych, uspasabiających, może spowodować w y p a d n i ę c i e m a c i c y,—jest sprawą, podług KARCZEWSKIEGO, wątpliwą, jakkolwiek istnieją badacze, którzy za taką możliwością przemawiają. Że jednak z a w a r-

¹⁷⁾ Oddział kolegi M. COHNA, któremu na tem miejscu dziękuję za pozwolenie skorzystania z obserwacji.

tość macicy wydalona być może w warunkach, eparsalgii towarzyszących, jest rzeczą bardzo prawdopodobną. To też powstawanie poronień przy nagle występującem silnego stopnia ciśnieniu wewnątrzbrzusznem—zdarza się, zdaniem mojem, u kobiet pracujących fizycznie. Kobiety te nie uznają prawie żadnych innych momentów etyologicznych poronienia, tylko „naderwanie się” (i uderzenie). Ale jeżeli wyłączyć wszystko, co z tej jednostronności płynie, to i tak zostanie nam wielka liczba przypadków, w których eparsalgia niewątpliwie poronienie wywołała.

Przechodzę wreszcie do sprawy, która bodaj najczęściej tłumaczy nam skargi chorych na eparsalgię, gdy ci dolegliwości swe w okolicy jamy brzusznej umiejscawiają. Mówię tu o zwiśnięciu trzew (enteroptosis).

ZIELIŃSKI w pracy swej o chorobie GLÉNARD’a powiada: „Raz stanąwszy na gruncie mechanicznej teorii, łatwo się zrozumie ten moment etyologiczny, o którym powiadają chorzy, że się „poderwali”. Cóż prostszego nad przypuszczenie, że u chorego z przepełnioną kałem krzywizną prawą przy wysiłku fizycznym... nastąpiło oderwanie się (odwarstwienie) otrzewnowego więzu tego odcinka kiszk¹⁸⁾”.

Na powstawanie enteroptozy wpływa przy eparsalgii nietylko ten moment, o którym mówi ZIELIŃSKI, t. j. zwiększenie się chwilowe ciśnienia wewnątrzbrzusznego podczas wykonywania pracy, ale i drugi—nagły spadek tego ciśnienia. Przyjmując bowiem, zgodnie z większością badaczy, przewlekłe trwające niskie ciśnienie za główny powód zwiśnięcia trzew, nie możemy odmówić możności powstawania tegoż cierpienia przy nagłym spadku poprzednio wzmożonego ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Jeżeli z SENATOR’em uznamy, że przy wzmożeniu się ciśnienia w jamie brzusznej nerka np. zostaje do tylnej ściany brzucha przyciśnięta, to nagły spadek ciśnienia sprawić musi szarpnięcie nerki i to tem większe, im silniej była ona poprzednio ku tylnej ścianie przyciśnięta. A w podobny sposób przyciśnięte jedno do drugich lub do ścian brzucha bywają i inne trzewa przy zwiększonym ciśnieniu. Gdy zaś przyciśnięcie to następuje nagle i ustępuje nagle, — narządy, luźno na swych więzach wiszące, zostają jakby targane, to w tę to w ową stronę. Takie warunki muszą obluźować miejsca przyczepu, czyli wywołać wydłużenie więzów, zwiśnięcie narządów. Spostrzeżenia kliniczne rozumowanie to potwierdzają (GLÉNARD, CUILLERET, CONTARET, ZAWADZKI i inni).

Wobec tego, że praca fizyczna obluźowuje u ludzi biednych, źle odżywianych, więzy otrzewnowe,—ów wysiłek nadmierny i zmiany w ciśnieniu jamy brzusznej, jakie eparsalgię wywołują, znajdują już grunt podatny do wywołania zwiśnięcia trzew.

Najdawniej uwzględniano ten moment etyologiczny w powstawaniu nerki wędrującej. EDINGER powiada, że nerka wędrująca powstać może przy dźwignięciu. Już wszakże ROLLET tę możliwość wskazywał, żądając, by istniały warunki uspasabiające do tego cierpienia: wychudnienie, słabość i podatność otrzewny. LANDAU nie uznaje nawet potrzeby istnienia jakiejś skłonności: sama tłocznia brzuszna wywołać może uruchomienie nerki.

Mniej już często spotykamy uwzględnienie obchodzącego nas czynnika etyologicznego przy zwiśnięciu innych trzew,—być może dlatego, że dotąd

¹⁸⁾ Uważałbym to ustępowanie więzów za mechanizm chroniący całość kiszek. Dość przypomnieć bowiem sobie przypadek wyżej podany, pęknięcia kiszek napelnionych: gdyby energia, przez ciśnienie wewnątrzbrzuszne wyzwolona, mogła była się wyladować na odwarstwienie więzów,—nie byłaby już zdolną wywołać pęknięcia kiszek. W takich razach właśnie mała podatność więzów zle skutki sprowadzić może,

jeszcze mało się zwraca wogóle uwagi na statykę żołądka i kiszek i rzadziej wogóle rozpoznaje się zwiśnięcie trzew, niżby należało. Powtóre, rzadkie to są przypadki, aby zwiśnięcie wyższego stopnia było całkiem od eparsalgii zależne: zwykle albo już przedtem istniał pewien stopień zwiśnięcia (i objawy tegoż), a eparsalgia go tylko spotęgowała, albo też odwrotnie, eparsalgia wywołała pewien stopień zwiśnięcia, trudny do sprawdzenia, a dalsza praca fizyczna je powiększa. W pierwszym razie—trudno wykazać związek pomiędzy eparsalgia a objawami, jakie po pewnym czasie dopiero wystąpiły.

W każdym jednak razie, do obrazu eparsalgii należy zwiśnięcie trzew i jego objawy przeróżne, których wyliczenie, jako dobrze ogółowi znane, pominąć mogę.

„Eparsalgia“, jak ją tu pojmuję, przypomina wielce „zaziębienie“. Zaziębienie—to przyczyna chorób, zaziębienie—oznacza też bardzo często samą chorobę. I tu i tam mamy zaburzenia w różnych układach i narządach. Tę jednak wyższość terminowi „eparsalgia“ przyznać należy, że odpowiada konkretniejшему, więcej znanemu faktowi, aniżeli „zaziębienie“. Jeżeli wszakże z „zaziębieniem“ liczymy się w patologii, to i eparsalgii warto było raz kilka słów poświęcić.

To mnie skłoniło do skreślenia szkicu powyższego.

6. IX. 1896.

Literatura, z jakiej przy pisaniu szkicu mego korzystałem.

- 1) BACHUS. Ueber Herzerkrankungen bei Masturbanten. Deut. Arch. f. klin. Med. Tom. 54 (r. 1895) str. 201.
- 2) BAMBERGER. Krankheiten des chylpoëtischen Systems. Erlangen 1855 str. 247 (podl. N. 4).
- 3) BAUER u. BOLLINGER. Ueber idiopathische Herzvergrößerung. Festschrift für Pettenkofer. Monachium. 1893. str. 18.
- 4) EBSTEIN. Trauma u. Magenerkrankungen. Deut. Arch. f. klin. Med. Tom 54 (r. 1895) str. 442.
- 5) EDINGER. Wanderniere. EULENBURG'a Real-Encyklop. Tom. XXI. Wydanie II.
- 6) EICHHORST. Hbch der. speciell. Pathol. u. Ther. Wyd. 4. 1890. Tom I.
- 7) FRAENTZEL. Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens. I. Die idiopathischen Herzvergrößerungen. Berlin. 1889. str. 112.
- 8) FREUDENHAL. Beiträge zur Kenntniss der idiopathischen Herzerkrankung in Folge von Ueberanstrengung. Wrocław 1889 str. 24.
- 9) GERHARDT. Zur Aetiologie und Therapie des runden Magengeschwürs. Wiener med. Presse 1868 N. 1 (podl. N. 4).
- 10) HEIDENHAIN. Ueber die Entstehung von organischen Herzfehlern durch Quetschung des Herzens. Deut. Ztschrft. für Chirurgie Tom 41. (r. 1895) str. 286.
- 11) JACOB. Einige Ursachen der Herzerweiterung, der Brady- und Tachykardie, der Pulsformation, des Angiospasmus und die Beläge für ein neues Krankheitsbild: „die angiospastische Herzerweiterung“. Zeitschr. für klin. Med. Tom 28 (r. 1895).
- 12) KARCEWSKI. Przypadek całkowitego wypadnięcia macicy. Krcnika lekarska r. 1895 str. 197.
- 13) KNIES. Die Beziehungen des Sehorganes u. seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers Wiesbaden. 1893.
- 14) KRIES. Die Rechtsprechung des Reichs - Versicherungsamts mit Bezug auf Leistenbrüche. Aerztliche Sachverstaendigen - Ztng. 1895 N. 19 str. 217.
- 15) KOLB. Beiträge zur Physiologie maxim aler Muskelarbeit Berlin (bez roku) str. 74.
- 16) KELLING. Physik. Untersuchungen über die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle. Samml. klin. Vortr. Neue Folge 144.
- 17) KOFMAN.

Chirurgiczeko-topograficzeskaja anatomija poczek. Jurjew. 1894 (DySSERT). 18) KÖNIG. Lehrbuch der spec. Chirurgie. Wydanie 6. Tom II. str. 343. 19) KREHL. Grundriss der allgemeinen klinischen Pathologie. Lipsk. 1893. str. 9. 20) LANDAU. Wanderniere der Frauen. Berlin 1891. 21) LAYET. Traité d'Hygiène et de Pathologie professionnelle, przekł. ros. 1888 str. 19. 22) LEYDEN. Ueber die Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung: Zeit. f. klin. Med. XI. 1886. 23) LINDMANN. Zur Casuistik seltener Herzerkrankungen. Deut. Arch. f. kl. Med. Tom. 25 r. 1880. (podł. N. 10 i 37). 24) MAREY. La circulation du sang. Paryż 1881. str. 464 (podł. N. 37). 25) MARTIUS. Die diagnostische Verwerthung des Herzstosses. Berl. klin. Woch. 1889 N. 42, str. 909. 26) MATHIEU w Traité de med. CHARCOT—BOUCHARD—BRISSAUD'a. Tom. III. Paryż. 1892. str. 345. 27) OERTEL Therapie der Kreislaufstörungen. 4 wydanie. Lipsk 1891. 28) POTAIN (podł. N. 4). 29) RIEDEL. Ueber akute Darmwandbrüche. Samml. klin. Vort. N. F. 147. 30) RIEDER. Zur Kenntniss der Dilatation und Hypertrophie des Herzens in Folge von Ueberanstrengung und der idiopathischen Herzerkrankungen überhaupt. Deut. Arch. f. klin. Med. Tom. 55 (r. 1895). 31) ROLLET. Pathol. u. Therapie der beweglichen Niere. Erlangen. 1891 (podł. N. 16). 32) ROSENBACH. Die Seekrankheit. Wiedeń 1896. 33) ROSER. Herniologische Streitfragen. Marburg. 1887. str. 2. 34) SCHATZ. Die Druckverhältnisse im Unterleibe. Cytow. w Chirurgii PITHA-BILLROTH. 35) SCHWERDT. Enteroptose u. intraabd. Druck. Deut. Med. Woch. 1896, str. 456. 36) SEITZ. Die Ueberanstr. des Herzens. Deut. Arch. f. klin. Med. Tom 11 i 12 (r. 1873 i 1874). 37) SENATOR. Charité Annalen. VIII. str. 309 (podł. N. 16). 38) SOMMERBRODT. Darlegung der Hauptbedingungen f. die Ueberanstr. des Herzens. Berl. klin. Woch. 1889, str. 85. 39) STEIN. Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Jena. 1896. 40) ZAWADZKI. Choroba GLENARD'a. Kron. Lek. 1894. str. 733. 41) ZAREWICZ. Przypadek wypadnięcia odbytnicy przy podźwignięciu. Wracz. 1895. str. 165. 42) ZIELIŃSKI. O chorobie GLENARD'a. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1895. str. 229.

WYSTAWA HIGIENICZNA

w WARSZAWIE.

V. Dział wychowawczy.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 44).

I następny dział higieny wychowawczej, obejmujący to, co się tyczy ochrony i ćwiczenia układu kostnego i mięśniowego, przedstawia na Wystawie pełno braków.

Niektóre dane, odnoszące się do rozwoju kości i mięśni, u dzieci różnego wieku i stanu, znajdujemy w tablicach KOSMOWSKIEGO i TOMASZEWICZ-DOBRSKIEJ, o czym już wyżej była mowa. Jednakże pożądaných tutaj, wyosobnionych zestawień cyfrowych, szczególnie dynamometrycznych, u dzieci różnych kategorii wiekowych, społecznych i rasowych,—zupełnie niema.

Żadnych objaśnień co do właściwych i niewłaściwych sposobów noszenia niemowląt i co do nauki chodzenia również nie znaleźliśmy. Natomiast w hali głównej był wybór rozmaitych, po części bardzo dobrej i higienicznie odpowiedniej budowy, wózków, wystawionych przez rozmaite fabryki miejscowe.

Przechodząc do tego, co dotyczy wprost ćwiczenia mięśni u dzieci i młodzieży, mamy na Wystawie właściwie jeden tylko, ale bardzo dobrze przedstawiony okaz, mianowicie urządzenie, albo raczej zaopatrzenie we właściwe przyrządy, sali gimnastycznej p. Kuczalskiej; oprócz przyrządów są tu okazy odzieży i obuwia, tak ważnych dla pomyślnego odbywania ćwiczeń gimnastycznych, i fotografie grup gimnastykujących się dziewcząt.

Jest to okaz, dotyczący ściśle gimnastyki wychowawczej. Dydaktyczną wartość okazu tego stanowić mogły jedynie ćwiczenia, tu na tych przyrządach odbywane, nie przez nowicuszów ochotników, ale przez jednostki wprawne. Takie, jedynie właściwe występy, zorganizowała, ale przez czas zbyt krótki prowadziła p. Kuczalska. Tymczasem przez większą część trwania Wystawy, zamiast uczyć poglądowo lekarzy, rodziców i pedagogów, urządzano bezpożyteczne, bo z konieczności niesystematyczne igrzyska z dziećmi i dla dzieci. Toż samo niezrozumienie celu Wystawy w tym dziale i ta sama nieumiejętność dydaktycznego spożytkowania tego nawet, co by się istotnie tutaj spożytkować dało, powtarzała się w urządzaniu wszelkich gier i tak zwanych zabaw dla dzieci i młodzieży, gier i zabaw, może zachęcających do uczęszczania licznej publiczności igrzysk żadnej, ale nie stanowiących bynajmniej wzorów higienicznych ani pedagogicznych, bezpośrednio nauczających.

Mówiąc o gimnastyce na Wystawie, albo raczej o jedynym poważnym na niej okazie, dotyczącym higieny, musimy się zwrócić do tak nazwanej hali gimnastycznej, w której mieszczą się wszystkie okazy, do higieny wychowawczej słusznie i niesłusznie zaliczone.

Budynek, o którym tu mowa, przedstawiał się nam zagadkowo. O ile nam wiadomo, miał to być, pod względem kształtów i pewnych cech budowniczych, istotnie model hali gimnastycznej. Przeznaczenie jednak budynku tego na pomieszczenie okazów wystawowych nie pozwoliło na wprowadzenie do konstrukcji i instalacji tego wszystkiego, co właściwie ma znaczenie higieniczne w haligimnastycznej. Ta niepełność okazu pomienionego, ale niemniej i niektóre budowlane w nim szczegóły, wobec upowszechnionej nazwy: hali gimnastycznej, niezawodnie do błędnych wniosków doprowadzać musiały. Gdyby ów budynek miał przez mniej świadomych być użyty jako wzór, na przykład dla któregoś z naszych większych miast prowincjonalnych, to by się stało złe.

Na miesiące letnie hale gimnastyczne są zbyt ciepłe, odbywanie gier i ćwiczeń pod gołym niebem, na boisku stosownie urządzonym, jest wtedy jedynie właściwe. Zatem pod halą gimnastyczną *resp.* pod modelem hali, rozumiemy pomieszczenie na porę chłodną. Modelem skończonym, ani wzorem takiej hali, na jesień i zimę i część wiosny przeznaczonej, budynek pomieniony oczywiście nie jest. Hala gimnastyczna, w tem ostatniem znaczeniu, obchodzi higienę pod czworakim względem: 1) Chodzi o to, aby powierzchnia podłogi rozmiarami swymi i aby kubeczność hali odpowiadała potrzebie, to jest liczbie osób odbywających ćwiczenia. 2) Hala winna być stosownie ogrzewana, by w niej całej była ciepłota jednostajna, nie narażająca osób ćwiczących się tam, najczęściej rozgrzanych i spoconych, na tak zwane zaziębienia. 3) Hala winna być umiejętnie wentylowana, gdyż nawet w największej hali, podczas ćwiczeń, bardzo prędko powietrze bywa zepsute, a przewietrzanie przez otwieranie okien, podczas ćwiczeń w porze chłodnej, jest niemożliwe. 4) Hala powinna mieć podłogę ściłą, nieszparowatą, mocną, a jednak możliwie sprężystą, tak powleczoną, by się w niej kurz nie gromadził, by podczas skoków i biegów pył się w powietrze z podłogi nie unosił i aby podłoga łatwo z pyłu na wilgotno oczyszczać się dała. Wymagana jest z tego powodu podłoga z dwóch

warstw desek ułożona (tak, że szpary jednej warstwy przypadają na pełne deski drugiej), z desek na fugi połączonych, powleczone farbą olejną lub pokryta lino-
leum i t. p. W związku z tem ostatniem wymaganiem, jest obmyślenie takich ma-
teracy i trampolin do skoków, któreby kurzu w siebie nie przyjmowały, lub łatwo
wykurzać się dały. Dalej wymaga się odpowiednio urządzonych ubieralni, by osoby
gimnastykujące się, nigdy nie odbywały ćwiczeń w odzieży nieodpowiedniej, czę-
sto przesyconej nieczystością, a nadewszystko, by podczas ćwiczeń używały obu-
wia w hali pozostawianego i przed ćwiczeniem dobrze oczyszczonego, a nie zabło-
conego, psującego powietrze i dostarczającego najgorszy rodzaj kurzu podczas
ćwiczeń. Tylko te i niektóre inne środki są w stanie zmniejszyć szkodliwość sta-
nowczą ćwiczeń gimnastycznych, odbywanych przez dzieci i młodzież w halach
i salach gimnastycznych. Na szkodliwość stąd płynącą (choroby nosa, gardła,
wogóle dróg oddechowych, oczu, skóry, szczególnie u skrofalicznych) zwrócili już
dawno uwagę lekarze i pedagogowie, a w ostatnich czasach wiele władz państwo-
wych i zarządów miejskich, szczególnie w Niemczech, określiło obowiązujące
przepisy co do konstrukcyi, urządzenia i utrzymania hal gimnastycznych. Otóż tak
nazwana hala gimnastyczna na Wystawie (pominąwszy punkt pierwszy), po części
żadnego znaczenia higienicznego nie posiada, po części zaś przedstawia się jako
wadliwa. Ogrzewania tu niema, ani wskazówek co do sposobu, w jakiby wykona-
nem być miało. Wentylacja jest dachowa, a więc bez znaczenia, w hali, o jakiej
tu mowa, obliczonej na porę chłodną. Podłoga ani ścisła, ani odpowiednio powle-
czona; powłoka ścian także nieokreślona. Modeli materaców, trampolin niema,
równie jak i ubieralni. Jednem słowem, ten obszerny budynek nie tylko higien-
icznego nie ma znaczenia, ale nadto, nazwany wzorową halą gimnastyczną, może
nieświadomych w błąd wprowadzać.

Tu wreszcie wypada zrobić wzmiankę o okazach p. Grafa („rozszerzacz“
klatki piersiowej i „siłomierz“), o przyrządach do gier p. Müllera (bardzo dobry
jest pomysł namiotu składanego dla mniejszych dzieci), a wreszcie o przyrządach
zakładu leczniczego kol. SKOWROŃSKIEGO.

Co do tego ostatniego okazu, pomieszczonego w hali głównej, mianowicie
co do liczego zbioru, bardzo zresztą ciekawych przyrządów, w zakładzie kol. S.
w użyciu będących, to nie ulega żadnej wątpliwości, że rzecz ta na Wystawie hi-
gienicznej znaleźć się nie była powinna. Chodzi tu o mechanoterapię, o ortope-
dyę, o gimnastykę leczniczą, ale bynajmniej nie o higienę. Jeżeli, korzystając
z rzadko u nas następującej się sposobności przedstawienia okazów tego rodzaju,
chciano zapoznanie się z nimi ułatwić zwiedzającym Wystawę lekarzom, dla któ-
rych oglądanie tych przyrządów mogło być jedynie stosowne i pożyteczne, to
należało je pomieścić tak, jak pomieszczone były okazy kol. NEYGEBAURA, w od-
dziale nieprzystępnym dla ogółu zwiedzającej Wystawę publiczności.

Co to jest higiena? Oto pytanie, na które Wystawa powinna całością swą
i okazami poszczególnymi dawać odpowiedź profanom. Oczywiście, zbiór maszyn
i przyrządów kol. SKOWROŃSKIEGO nie przyczynił się do tego, by profan wynosił
z Wystawy odpowiedź rzetelną i słuszną na pytanie rzucone. Dodać trzeba, że
na nieświadomych celu owych przyrządów, robiły one nieraz przykre wrażenie,
coś jakby narzędzia tortury. Noży i pił amputacyjnych, kleszczy położniczych, klesz-
czy do rwania zębów, wreszcie maszyn ortopedycznych, mimo ich niezawodnie do-
broczynnego celu i zastosowania, nie wystawia się na widok publiczny. Z higieną
nie mają one nic wspólnego, a że nie działają na publiczność ani kształcąco, ani
zachęcająco do korzystania z pomocy lekarskiej, to rzecz niezawodna.

Higiena psychiczna, a więc to, co dotyczy ochrony i ćwiczenia właściwego
zmysłów i władz intelektualnych dziecka, niezawodnie jest niełatwą do przedsta-

wienia na Wystawie. Trudności jednak, tu się nastęrczające, z uwagi na dydaktyczny programat Wystawy, należało było zwalczać o ile możności, okazy poszczególne uzupełniać objaśnieniami i cyframi, będącymi wyrazem bezpośredniej obserwacji dzieci różnego wieku i różnych grup społecznych u nas, a choćby zestawieniami danych, czerpanych z prac obcych spostrzegaczy, na których nie zbywa.

Tymczasem na Wystawie cały ten obszerny dział higieny zmysłów i inteligencji nietylko nie jest przedstawiony systematycznie, ale i takich okazów poszczególnych nie zawiera, któreby pozwalały publiczności ukształconej zdać sobie sprawę z głównych szkodliwości i z najważniejszych wymagań na polu higieny zmysłów i umysłowości dziecka.

Przyjawszy jako szemat wzorowy opracowanie działu pomienionego, jakie znajdujemy u UFFELMANN'a i VIERORDT'a, można było przedstawić poglądowo, porównawczo, rozmiary i kształty mózgu dziecka różnego wieku, można było i koniecznie należało przedstawić całą historję naturalną wad wzrokowych, a szczególnie krótkowzroczności, wskazać w zestawieniu systematycznym wszelkie środki kształcące wzrok dzieci, wreszcie uwydatnić niebezpieczeństwa, wynikające ze zaraźliwości *ophthalmiae granulosa* (w szkołach i ochronach), i te szkodliwości, które przeważnie przyczyniają się do pogorszeń w cierpieniach skrofulicznych oczu u dzieci (pył, kurz, brudne ręce i t. d.).

W podobnyż sposób można było i należało poglądowo o ile możności wystawić to wszystko, co się odnosi i do innych zmysłów, a wreszcie i do umysłowości dziecka w ogólności.

Najłatwiejszem było, a również prawie zupełnie na Wystawie zaniedbanem, przedstawienie systematyczne gier i zabaw dzieci i młodzieży. Znajdujemy tu jedną tylko kolekcję zabawek dla dzieci i młodzieży, bardzo umiejętnie i starannie wystawioną przez p. Weryho. Zabawki podzielone są na 5 grup. Widzimy tu w czterech grupach zabawki rozmaite: przyrządy i zabawki do gier ruchomych, zabawki dla dzieci małych, proste, trwałe i podatne do przekształceń, muzeum dziecięce, obejmujące akwaryum, latarnię czarnoksięską, przyrządy ogrodnicze, i t. p., wreszcie różne obrazki. Zbiór ten ma znaczenie li pedagogiczne, istotnie doniosłe; z higieną związku prawie żadnego nie przedstawia. Higienicznie ważną jest właściwie tylko piąta grupa zabawek niestosownych i wprost szkodliwych a rozpowszechnionych. Tu między innemi wystawczyni zebrała zabawki szkodliwe ze względu na materyał, z jakiego są zrobione, zabarwione barwnikami szkodliwymi, nadające się do łatwego zanieczyszczenia, narzędzia oddziałujące zgubnie na słuch dziecka.

Część fizyologiczna i psychologiczna działu, o którym tu mowa, jest na Wystawie, w dziale wychowawczym, reprezentowana jedynie w tablicach kol. KORNŁOWICZA, noszących tytuł szematu mechanizmu woli. W ocenę okazu tego, jako treściwą swą do dziedziny psychologii teoretycznej należącego, wchodzić tu nie będziemy, tembardziej, że był on przedmiotem wykładu i rozpraw w Towarzystwie Lekarskiem.

Dobrze świadczą o upowszechnieniu się nauki poglądowej w naszych zakładach wychowawczych, na Wystawie występujących, liczne, po części doskonałe tablice, rysunki, mapy, okazy plastyczne i inne, do nauczania dzieci służące. W tej mierze na pierwszym miejscu postawić wypada zbiór takich okazów, przedstawiony przez p. Rudzką.

Dodać jednak trzeba, że wszystkie, aż nazbyt liczne okazy, do nauki poglądowej służące w zakładach wychowawczych, bardzo właściwe na Wystawie ściśle pedagogicznej, gdzieby zresztą jedynie należytej krytyce poddane być mogły, na

Wystawie higienicznej, wobec braku wszelkich innych danych, higieny umysłowości dziecka dotyczących, odgrywały jedynie rolę dekoracyi.

Po za owym bogatym zbiorem przedmiotów, służących do nauki pogładowej dzieci i młodzieży, na Wystawie niema prawie żadnego okazu, do higieny umysłowości ściśle należącego. Mówimy—prawie, bo w oddziale p. Rudzkiej, obejmującym zbiór okazów, do higieny szkolnej należących, mieści się nie nasz wprowadzić, ale zupełnie słusznie na Wystawie pomieszczony okaz, na jaknajszersze upowszechnienie zasługujący. Mówimy tu o tablicy ułożonej przez Aksel Kær'a, a będącej wynikiem poszukiwań i postulatów szwedzkiej komisji szkolnej. Tablica rzeczona określa ściśle długość czasu, jaki przeznaczaćby należało, zgodnie z wymaganiami higieny fizycznej i psychicznej, dla dzieci różnego wieku, na sen, na ubieranie się i mycie, na posiłek, odpoczynek i zajęcia dowolne, wreszcie na naukę w szkole i w domu.

Nie możemy się powstrzymać od podania tu dla przykładu kilku szeregów cyfr z owej tablicy, celem uwydatnienia niezmiernej, a tak bolesnej dla ogółu naszego różnicy, jaka zachodzi pomiędzy normami komisji szwedzkiej, a tem, co aktualnie u nas jest prawidłem, albo raczej prawidłowem uchybieniem wobec wymagań racjonalnej higieny ciała i duszy naszych dzieci.

Według tablicy pomienionej

dzieci lat	7	potrzebują na dobę	11	godzin snu
"	8	"	"	11
"	9	"	"	11
"	10	"	"	10—11
"	11	"	"	10—11
"	12	"	"	10
"	13	"	"	10
"	14	"	"	9½
"	15	"	"	9
"	16	"	"	9
"	17	"	"	8½
"	18	"	"	8½

Dzieci nasze 13-to — 14 letnie, a więc do 3 i 4 klasy uczęszczające, czyż mogą sypiać, czyż sypiają kiedy, z wyjątkiem święta, godzin 10? Dzieci tego wieku idą spać, jeżeli są pilne, o godzinie 11-ej, nieraz o północy, a wstają rano, co najpóźniej o 8-ej, czyli, że sypiają na dobę o dwie godziny za mało. Czyż ten niedobór odpoczynkowy, przymusowo znoszony przez mózg młodociany, w okresie rozwoju będący, może uchodzić bezkarnie; czyż wobec niego przyrost szalony w liczbie przypadków neurastenii dziwić nas powinien?

Cyfry, wskazujące czas prawidłowy, przeznaczony na naukę, podczas której dziecko siedzieć musi w szkole i w domu, jest dla nas szczególnie ważny i wskazujący granice, w których rodzice i lekarze słusznie o przeciążeniu mówić mają prawo. Otóż, według Aksel Kær'a na naukę taką przypadać winno tygodniowo:

dla chłopców lat 12 godzin 27 w szkole, a 10 w domu

13	"	27	"	10	"
14	"	27	"	13	"
15	"	30	"	16	"
16	"	30	"	16	"
dla dziewcząt lat 12	"	25	"	4	"
13	"	26	"	5	"
14	"	26	"	5	"
15	"	26	"	6	"
16	"	27	"	6	"

Według norm powyższych, chłopiec lat 13 do 14, uczęszczający zatem do klasy 3-ej, nie powinien siedzieć na ławce szkolnej nad nauką dłużej dziennie, niż godzin $4\frac{1}{2}$, w domu zaś przygotowywać się do lekcji, siedząc na miejscu, nie dłużej, niż godzin $2\frac{1}{6}$; ogółem pracować umysłowo, siedząc, przeciętnie dziennie godzin 6 do 7.

Od tych wymagań do rzeczywistości jakże daleko, co nie powinno zrażać jednak szczególnie lekarzy, od uwydatniania, przy każdej sposobności, koniecznej potrzeby reformy, w myśl owych racjonalnych wymagań higieny.

(C. d. n.).

KORESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

Frankfurt, 28 września 1896 r.

Na trzecim posiedzeniu ogólnem, prof. VERWORN z Jeny wygłosił odczyt p. t. „Podrażnienie i porażenie“ (*Erregung und Lähmung*).

Mówca przedewszystkiem zaznacza, że tak samo, jak w dziedzinie sztuki objawia się obecnie skłonność do mistycyzmu i do symbolizmu, tak samo na wszystkich polach działalności umysłowej zauważyć się daje pewnego rodzaju hołdowanie wszystkiemu, co wkracza w dziedzinę nadprzyrodzoneści i fantastyczności. W nauce, a szczególnie w fizyologii, jest obecnie na porządku dziennym stary problemat o mistycznej „sile życiowej“. Coprawda, nowoczesna nauka zapożyczyła od dawniejszego witalizmu tylko samą nazwę, gdyż to, co dziś nazywamy witalizmem lub siłą życiową, nie ma prawie nic wspólnego z dawniejszem pojęciem. Rozróżniamy obecnie witalizm mechaniczny i psychiczny. Witalizm mechaniczny, według tu i owdzie wyrażonych poglądów, przyjmuje, że przejawy życiowe w gruncie rzeczy polegają na działaniu czynników fizycznych i chemicznych; fizyczne i chemiczne siły w ustroju żywym są jednak w tak swoisty i dotąd niezbadany sposób z sobą połączone, że musimy uważać siłę życiową ustrojów żywych za coś odrębnego, charakterystycznego i różniącego się od innych sił przyrody organicznej.

Innemi słowy, pod nazwą siły życiowej pojmujemy tylko specyalne działanie nił chemiczno-fizycznych, będących podstawą objawów życiowych. Czy jednak nazwy „siła życiowa“ i „witalizm“ są w tym razie usprawiedliwione? Z dawniejszem pojęciem witalizmu, przyjmującym jako przyczynę objawów życiowych „*force hypermechanique*“, pojęcie powyższe nie ma nic wspólnego.

Daleko ważniejsze znaczenie ma witalizm psychiczny, którego przyczyną powstawania jest filozoficzna niedostateczność jednostronnego materjalizmu. Witalizm psychiczny, wychodząc z założenia, że organizmy żywe różnią się od ciał nieżyjących tem, iż posiadają *psyche*, dochodzi do następującego rozumowania: ponieważ objawów duchowych nie można objaśnić na drodze mechanicznej (jak tego chcą materyaliści), przeto musimy się starać o objaśnienie przejawów życiowych przez rozumowanie psychologiczne. Witalizm psychiczny powstał z tych samych powodów, które skłoniły DUBOIS-REYMOND'a do wyrzeczenia przed 24 laty swego znanego „*ignorabimus*“, a przyczyną tą była niemożność wyjaśnienia pozornego dualizmu pomiędzy ciałem a duszą w pojęciu materjalizmu przyrodniczego.

Witalizm psychiczny uważa ciało jako zbiór uczuć, (*Empfindungscomplexe*) i usuwa wprawdzie dualizm pomiędzy ciałem i duszą, nie usuwa jednak konieczności objaśnienia przejawów życiowych na drodze mechanicznej.

Jeżeli to, co nazywamy ciałem, nie jest niczem innem, jak tylko zbiorem uczuć, które istnieją nazewnątr i obok duszy, to jednak nie można zaprzeczyć, że istnieją pewne zmiany tych zbiorowych uczuć, czyli innemi słowy, przejawy życia cielesnego. Zadanie badań przyrodniczych zawsze miało na celu zbadanie przejawów życia cielesnego, a dociekania te wykryły pewne określone stosunki, które zawarte zostały w prawach przyrody. To, co nazywamy mechanicznem objaśnieniem, nie jest niczem innem, jak tylko zbadaniem prawidłowości w przejawach życia cielesnego. Objasnienie takie zatem stosować się musi do wszystkiego, co wogóle nazywamy ciałem, i znów zmuszeni jesteśmy wrócić do objaśnienia przejawów życiowych na drodze mechanicznej.

Najogólniejsze wyniki dotychczasowych dociekań fizyologicznych dadzą się zawrzeć w słowach następujących: przejawy życiowe wszelkich ustrojów polegają ostatecznie na sprawach chemicznych, odbywających się w żywej substancji komórek, z których ustroje się składają.

Sprawy chemiczne, które zwykle nazywamy „przemianą materii“, polegają na ciągłej dysymilacji i asymilacji żywej substancji, a głównie jej najbardziej złożonych części składowych, t.j. żywotnych ciał białkowych czyli biogenów.

Przez wydzielanie produktów rozkładu i wprowadzanie zzewnątrz materiału odżywczego, wytwarza się ciągły prąd w żywej tkance. Wyrazem przemiany, odbywającej się wewnątrz żywej tkanki, są elementarne przejawy życiowe przemiany materii, zmiany energii i zmiany kształtu. Wszystko to daje nam jednak zaledwie częściowe pojęcie o istocie życia. Fizjologia daleką jest jeszcze od zrozumienia całkowitego obrazu pojedynczych ogniw tego nadzwyczaj złożonego łańcucha przemiany materii i bezpośredniego związku pomiędzy poszczególnymi objawami życia komórki i wielokomórkowymi ustrojami. Tak samo, jak każdy objaw przyrody zależny jest od czynników zewnętrznych, tak samo i przejawy życiowe zależne są od warunków życiowych ogólnych i specjalnych. Wszelkie zmiany tych warunków wpływają w danym razie odmiennie na przejawy życiowe.

Z powyższego łatwo możemy wysnuć sobie określenie pojęcia podrażnienia. Podrażnieniem nazywać możemy zmianę zewnętrzną warunków życiowych, a zadaniem fizjologii jest zbadanie zmian w ustroju, wywołanych podrażnieniem.

Od czasów Galena, który, przy swych doświadczeniach na zwierzętach, wykonał pierwsze podrażnienie nerwu błędnego, aż do naszych czasów, wykonano miliony doświadczeń podrażnienia i starano się w ten sposób wyjaśnić wiele kwestyi, dotyczących ustroju żyjącego.

Metoda drażnienia stała się jedną z ogólnych metod badania fizyologicznego, narówni z wiwisekcją i analizą chemiczną. Drażniono mechanicznie, chemicznie, termicznie i elektrycznie—nerwy i mięśnie, nabłonki i gruczoły, mózg i narządy zmysłowe, i badano wyniki drażnienia w poszczególnych przypadkach, a jednak nie próbowano dotąd metodycznie na drodze indukcji otrzymać ogólnych praw drażnienia dla wszystkich postaci żywej tkanki.

Dla zbadania ogólnych wyników drażnienia konieczną jest fizjologia porównawcza komórek. Od czasu klasycznych prac SCHLEIDEN'a i SCHWANN'a, MAXA SCHULTZE'go i BRUECKE'go poznaliśmy komórkę jako właściwe siedlisko i jako elementarną cegiełkę w budowie wszystkich tworów żyjących. Daremne usiłowania odkrycia jeszcze prostszych elementów żywej tkanki potwierdzają zdanie VIRCHOW'a, wypowiedziane przed 29-iu laty: „choćbyśmy jaknajdalej

zaszli w poznaniu fizycznych i chemicznych zjawisk, odbywających się w tych elementarnych ustrojach, zawsze komórka pozostanie właściwą i główną podstawą naszych badań, gdyż w niej widzimy pewnego rodzaju jednolity wyraz przejawów życiowych“.

Mówca sądzi, że dla ustanowienia prawideł ogólnego zachowywania się życia organicznego, konieczne jest porównawcze zbadanie przejawów życiowych komórek.

Odkrycie prawa o energii właściwej nerwów zmysłowych zawdzięcza fizyologia znakomitemu badaczowi Johannesowi MUELLER, a brzmi ono jak następuje: „ta sama przyczyna zewnętrzna wywołuje w różnych zmysłach różne czucia, zależnie od przyrody samego zmysłu; to zaś, co odczuwają dane nerwy zmysłowe i właściwe czucia każdego nerwu zmysłowego, może być wywołane jednocześnie przez kilka wewnętrznych i zewnętrznych przyczyn“.

Już HERING zwrócił na to uwagę, że właściwie każda żywa substancja posiada swą właściwą energię; np. wrodzoną własnością, właściwą energią żywej substancji wątroby—będzie wytwarzanie żółci i t. d. Występuje to jeszcze wyraźniej przy badaniu wpływu podrażnienia na różnorodne komórki. Okazuje się, że każda komórka posiada pewną skłonność do wytwarzania pewnych określonych spraw, a szczególnie takich spraw, które w niej do pewnego stopnia samowolnie się odbywają. Komórka ameby oddziaływa na bodźce chemiczne, mechaniczne i inne stale jedną i tą samą zmianą kształtu, występującą jako zmiana ruchu ameboidalnego. Komórki nabłonka rzęskowego na takie bodźce oddziałują przyspieszonym ruchem rząskowym, komórki gruczołów wzmożoną wydzieliną. To zatem, co Johannes MUELLER wykazał dla zmysłów człowieka, uzasadnione jest w sprawie życiowej, t. j. w przemianie materii wszystkich tworów żyjących. Różnorodne bodźce wywołują w jednakowych postaciach żywej substancji jedne i te same zjawiska, gdy przeciwnie, jeden i ten sam bodziec wywołuje w różnorodnych postaciach żywej substancji różne i to dla każdej postaci charakterystyczne przejawy życiowe.

Prawo o właściwej energii żywej substancji powinno odnośnie działania bodźców być rozszerzone. Nie zawsze działanie bodźca polega na drażnieniu, t. j. na zwiększeniu przejawów życiowych, czyli raczej będącej ich podstawą przemiany materii.

Widzimy np., że przy niżeniu ciepłoty, przy stosowaniu środków narkotycznych i t. p. występuje jako wynik podrażnienia —porażenie, a nawet zupełne zniesienie przemiany materii. Wszelki bodziec drażniący, jeżeli jest dość dużego natężenia lub też działa dostatecznie długo, wywołać może przez podrażnienie — porażenie, jak to widzimy np. przy objawach zmęczenia. Ogólne prawo działania bodźców da się zatem sformułować w sposób następujący: bodźce wywierają wpływ na natężenie prawidłowych spraw życiowych komórki, wywołując albo podrażnienie (*excitation*) lub też porażenie (*depression*). Podrażnienia i porażenia przemiany materii komórek są podstawowymi przyczynami różnorodnych objawów działania bodźców na ustrój.

Jeżeli wyobrazimy sobie komórkę w stanie równowagi przemiany materii t. j. komórkę, w której sprawy asymilacji i dysymilacji się równoważą, to podług ogólnego prawa działania bodźców nastąpi przy jej drażnieniu albo podrażnieniu, albo też porażeniu przemiany materii. Przytem niekoniecznie musi się zmienić

alkowita przemiana materii komórki, lecz podrażnienie lub porażenie może dotyczyć pojedynczych ogniw wielkiego łańcucha przemiany materii i to w nierównej mierze. Przedewszystkiem zasługuje na uwagę wpływ na asymilację i dysymilację i na antagonizm pomiędzy kurczeniem się (*contraction*) i rozszerzaniem się (*expansion*).

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= NAEGLI-AKERBLOM sądzi, że nieśluszenie zaniedbano stosowanie kalomelu przy szyszkach krwawniczych. Stosując kalomel w postaci proszku lub maści waselinej, otrzymuje się natychmiast zmniejszenie swędzenia, powoli zaś, najdalej w ciągu dni dziesięciu, szyszki zupełnie znikają.

(Sem. méd. N. 41. 96).

= CARRIEN przekłada dla chorych z białkomoczem kąpiel gorącą powietrzną nad kąpiele parowe lub gorące wodne. Urządzenie takiej kąpieli nie wymaga zbytniego zachodu: obok łóżka stawia się piecyk spirytusowy, od którego odchodzi rurka, umieszczona pod kołdrą, okrywającą chorego, a uniesioną na kabłąku; chory pozostaje w powietrzu, ogrzanem do 40°, w przeciagu dwudziestu minut. Kąpiel powoduje silne poty oraz przyspieszenie tętna i sprawia choremu wrażenie przyjemne. Bezpośrednio po kąpieli ilość moczu się zmniejsza, lecz następnego dnia występuje poliuria, a mocz zawiera znacznie mniej białka; powoli białko znika zupełnie. Przeciwwskazane są tego rodzaju kąpiele przy współczesnej miażdżycy naczyń, chorobach skóry i podnieceniu nerwowem.

(Sem. méd. N. 41. 96).

= MAUREL sądzi, że w chorobach gorączkowych należy stanowczo stosować środki przeciwgorączkowe, jeżeli ciepłota jest bliska 41°. Sąd swój opiera M. na doświadczeniach nad zwierzętami, z których wynika, że zapadają one w śpiączkę, gdy ciepłota ich dochodzi do cyfry, przy której działalność leukocytów ich się zmniejsza; obniżając ciepłotę do granic, przy których działalność leukocytów jest zachowana, ratujemy zwierzę. Ponieważ ciepłota 42,5—43° jest zabójcza dla leukocytów ludzkich, należy z nią walczyć, a odpowiada jej właśnie ciepłota 41,5° pod pachą. (Arch. méd. de Toulouse. V. VI. 96).

= GINGEOT twierdzi, że można bezpiecznie stosować wizykatorye, należy jednak przedtem obmyć dokładnie skórę płynem odkażającym, położyć nań naoliwiony papier, a dopiero plaster obsypyany kamforą. W celu uniknięcia powikłań ze strony narządów moczowych, należy zalecić wodę Vichy lub Vals, butelkę dziennie, z dodatkiem 10,0 sody; w ten sposób neutralizuje się kantarydynę, która tworzy z sodą zupełnie nieszkodliwy związek neutralnej soli. (Journal des Praticiens 1. VIII. 1896).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— W Chicago 29 sierpnia r. b. założono Towarzystwo lekarzy polskich, mające na celu jedynie sprawy naukowe.

— Docent D-r BOSSOWSKI, sekretarz Zjazdu, uprasza uczestników ostatniego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie, o łaskawe nadesłanie w jaknajkrót-

szym czasie odczytów i dyskusyi, aby przyspieszyć w ten sposób druk „Pamiętnika Zjazdowego“.

— Doc. D-r REISS, mianowany do czasu obsadzenia katedry po ś. p. prof. ROSNERZE kierownikiem kliniki chorób skórnych i wenerycznych, rozpoczął swe wykłady.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводимо Цензурою. Варшава 24 Октября 1896 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francji nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi	0,03
" " "	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,10
" " "	0,10 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,15
" " "	c. balsam. tolutan aa 00,5
" caid. arsenicos	0,001
" aloes	0,10
" balsam. peruviani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen.
	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05
" " muriatici	0,05
" " sufurici	0,05
" extr. cascar. sagrad. fluid.	0,5
" " hydrast. canadens. fluid.	0,5
" " rhei comp.	0,05
" " rhei simpl.	0,05
" " Valerianae spir.	0,10
1) Dragées ferri albuminati	0,05
" " carbonici-Blaudii minor aa	10,00 =
	100
" " " Blaudii major aa	15,00 =
	100
" " " Valletti	
" " dialisati peptonati	0,05
" " lactici	0,05
" " oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pill.	
" guajacoli	0,05
" " 0,05 c. acid. arsenicos	0,001
" " 0,05 c. extr. belladonnae	0,01
" ichtyoli	0,05
" jodoformii	0,05
" " 0,05 c. acid. arsenic.	0,001
" " 0,5 c. morph. muriat.	0,004
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)
" picis	0,05
" Kreosoti Carbonici	0,05
" Guajacoli Carbonici	0,05
" Glaudii minor. c. acid. arsenic.	0,001
" Camphor. bromat	0,05
" Guajacol	0,05 c. extr. belladon
	0,001
" " 0,10 c. codeini	0,10
" jodoformii	0,05 c. acid. arsenic.
	0,001
" " c. extr. belladon	0,001
" hydrastinini hydrochlorici	0,025

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.



ZAKŁAD BLACHARSKI

TEOFILA PETZ

Egzystujący od 1878 r.

Warszawa, Nowy-Swiat № 22.

Został nagrodzony na Wystawie Hygienicznej Medalem Złotym za doskonały wyrób Aparatów do Sterylizacji Materyałów i Narzędzi, które poleca W-nym Panom Doktorom od najmniejszych przenośnych do stałych, tak dla szpitali jak i domów zdrowia.

ZAKŁAD

Chirurgiczny i Ginekologiczny

D-rów A. Kruschego, Ksawerego Jasińskiego, M. Kaufmana i Cz. Stankiewicza.

w Łodzi Południowa № 13.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą dzienną od 2 — 5 rs. Ambulatoryum chirurgiczne i ginekologiczne.

PRACOWNIA BAKTERYOLOGICZNA

oraz

Zakład szczepień ochronnych

według metody Pasteur'a

D-ra PALMIRSKIEGO

daw. D-ra O. Bujwida

zostały przeniesione z ul. Bednarskiej na ul. Wielką № 4 (przy Pięknej), w Warszawie.

COMPRIMÉS de VICHY

do ekonomicznego przygotowania wody Vichy ze soli naturalnej.

Na składzie w aptece K. Wendy.

45. Krakowskie Przedmieście 45.

Dostać można we wszystkich aptekach.