

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. S. Goldflam. Długotrwałe wpochwienie kiszki czezej, spowodowane polipami. Wpochwienie w ogóle. — II. W Matlakowski. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy:* 91. Pasternacki. Poszukiwania doświadczalne nad przyczyną drżenia, towarzyszącego ruchom dowolnym. — 92. I. Macnicoll. Weierania olejku rycynowego i ich działanie. — 92. Beach. Styron. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości miejscowe. Adam Ferdynand Adamowicz. — Wiadomości zagraniczne. Zjazd III lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. — Odpowiedź Redakeyi. — Na pomnik dla Mickiewicza. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROFESSORA LAMBLA.

I. Długotrwałe wpochwienie kiszki czezej, spowodowane polipami.

(*Invaginatio chronica jejuni, polypis provocata*).

Wpochwienie w ogóle.

Podał **S. Goldflam**, ordynator tejże kliniki.

Joanna Czartkowska, córka rękawicznika, lat 14 mająca, przybyła do kliniki wewnętrznej szpitala Ś-go Ducha 7 Grudnia 1879. Badalem ją nazajutrz rano. Stan bezgorączkowy, ciepłota 37,0° C., (a poprzedniego dnia wieczorem 37,2° C.); skarżyła się na częste wymioty, silne osłabienie, ból poniżej pępka i po stronie lewej i w krzyżu. Wymioty-wystąpiły dwa lata temu, nagle, bez wiadomej przyczyny, trwają dotychczas nieprzerwanie, ale też i bez nasileń; pojawiają się w godzinę lub kilka po spożyciu pokarmów stałych i płynnych, a najbardziej ją trapią po południu. Poprzedzają je zawsze nudności i obfite wydzielanie śliny z ust. Wydalone massy są to zawsze massy pokarmowe bez domieszki krwi; wymiotom nigdy nie towarzyszą bóle przeszywające do kręgosłupa. Stolce kałowe, nieobfite, często zaparcie kilka dni trwające. Chora silnie wychudła. Nigdy nie miesiączkowała; wzrostu średniego, budowa wątła, skóra blada, sucha, złuszcza-jąca się i pozbawiona elastyczności. Tkanka podskórna zanikła, mięśnie wiotkie, błony śluzowe blade.

Chora najchętniej przyjmuje położenie na prawym boku. Wyraz jej twarzy dziecięcy. Gruczoły sutkowe wcale nie rozwinięte, gruczoły limfatyczne na szyi powiększone, twarde, niebolesne. Chrząstka tarczowa gruba, wystająca. Płuca i serce nie nieprawidłowego nieprzedstawiają; tętno częste, małe 120 na minutę. *Bruit du diable* nie słyhać. Język obłożony, wilgotny. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bardziej w dolnej połowie, aniżeli w górnej; w obu okolicach biodrowych przez ścian-

brzuszne widać zarysy przesuwających się pętlic kiszkiowych, które czynią powierzchnię brzucha niejednostajną i lewy dół biodrowy bardziej wydatny. Odporność dolnej połowy brzucha większa, aniżeli górnej, wyczuwa się wzmiankowane ustępujące pod palcami pętlice, stałej jednak i ograniczonej guzowatości nie wyczuwa się. W lewym dole biodrowym, ton opukowy stłumiony, w prawym, koło pępka i w nadbrzuszu tympaniczny wysoki, który zresztą sięga do 6 żebra w linii pachowej lewej. Badanie brzucha powoduje nieznaczny tylko ból. W obszernej *ampula rectalis*, kawałki miękkiego kału.

Poprzedniego dnia wieczorem po herbacie i dziś rano płynne wymioty, żółto zabarwione. Zalecono kwaśne mleko, lewatywę z letniej wody, proszki z *Magist Bismuti c. Natro bicarb. et Opio puro*. Wieczorem ciepłota 37,5° C.

9-go Grudnia. Ciepłota 37,1 C., tętno 132, drobne. Dnia poprzedniego po południu, wieczorem i dziś rano wymioty po wyłącznie płynnych pokarmach. Pragnienie. Uczucie ciężenia w dołku sercowym. Chora oddała jeden stolec kałowy nieobfity. Wydatność lewej strony takąż sama. Od jednej okolicy biodrowej do drugiej zarysowuje się kiszka z wklęsłością górną. Podano ekstrakt mięsny, zastrzyknięto podskórnie morfinę z atropiną.

10-go Gr. Tętno 120. Bardzo obfite wymioty poprzedzającego dnia wieczorem, dziś rano i w południe wizyty. Poprzedzają je nudności krótkotrwałe, poczem chora wyrzuca z wielką siłą i dużym strumieniem znaczną ilość płynu szmaragdowej barwy, przezroczystego, z małym osadem; po wymiotach następuje krótkotrwała ulga. Język obłożony. Stolce dość częste — kał prawie wodnisty, barwy ciemno-brunatnej. Odporność dołów biodrowych mniejsza, lewy jednak ciągle wydatny, ton opukowy tympaniczny. Po palpacji w rozmaitych kierunkach widać zarysy z pętlic kiszkiowych, głównie w podżebrzu lewym i w dołach biodrowych. Ból poniżej pępka i w krzyżu. Zalecono koniak z mlekiem.

W płynie wymiotnym znalazłem małe, wielkości białego ciała krwi, okrągłe komórki z wieloma ciemnymi jądrami, krople tłuszczowe, twory pleśniowe o dwóch konturach, długie, stawowe z rozgałęzieniami (podobne do *aspergillum* i *penicillium glaucum*), bakteryje, mikrokokki i zielono zabarwione włókna mięsne prażkowane (z ekstraktu). W stolcu, ciemno-brunatne konkrementy, fosforan ammonu i magnezji, mikrokokki, jajeczka *trichocephalus dispar*. Świeżej krwi nie znaleziono, konkrementy jednak powyższe przyjąć należy za barwnik przetrawionej krwi.

11-go Gr. Tętno 114. Wymioty i biegunka jak i dnia poprzedniego. Upadek sił ogromny. Zalecono oprócz środków powyżej przepisanych *T-ram nucum vomicarum c. Tra opii ana* trzy razy na dzień po 10 kropli.

12-go Grudnia spała. Ból w krzyżu mniejszy. Jedno wypróżnienie. Wymioty zielone w godzinę lub więcej po przyjęciu napoju.

Zmarła o godzinie 12 w połud., z wycieńczenia, po krótko trwałem konaniu.

Przy rozpoznaniu należało uwzględnić głównie wrzód dziurawiający żołądka, zapalenie otrzewnej i niedrożność kiszek. Nietrudno było wyłączyć dwa pierwsze cierpienia: wrzód żołądka — z powodu braku peryjodyczności w objawach, wymiotów krwawych i bólów przeszywających, zapalenie otrzewnej — na zasadzie niewielkiej bolesności brzucha, nieznacznego wzdęcia takowego, wzmocnienia ruchu robaczko-

wego, stanu bezgorączkowego i długotrwałości objawów. Pomijając ostry początek, za niezdrożnością — w znaczeniu nie zupełnego zaciśnięcia światła kiszki, ale jego zwięzienia — przemawiały wymioty, zaparcie stolca, a w ostatnich dniach krwawa biegunka i wzmoczenie ruchu robaczkowego kiszki do tego stopnia, że przez ścianki brzuszne widać było zarysy przerosłych pętlic kiszkowych. Rozpoznanie rodzaju i umiejscowienia niedrożności u chorej, będącej *in extremis*, nie stawialiśmy; można było u młodej dziewczyny wykluczyć obecność zrostów okołomaciczych, a więc uwięznięcie przez sznurki, więzy, błony i t. d. (*incarceratio interna*), a także skręcenie kiszki (*torsio*), przebiegające, jak i poprzednie zresztą, ostro. Byliśmy, z uwagi na długotrwałość objawów, bardziej skłonni przypuścić siedlisko niedrożności w dolnym odcinku kanału pokarmowego, pojawienie zaś w ostatnich dniach krwawych wypróżnień tłumaczyliśmy obecnością, być może, polipów *in flexura sigmoidea*.

Badanie pośmiertne okazało co następuje:

Stężenie pośmiertne i plamy opadowe bardzo małe. Po otwarciu jamy brzusznej, płyn w niej nie widzimy wcale. Oba listki otrzewnej gładkie, słabo lśniące. Trzecia część górna jamy brzusznej zajęta jest przez wzdęty żołądek, który rozciąga się od podżebrza lewego do prawego, równoległe do dolnego brzegu wątroby. Ta ostatnia z pod łuku żebrowego nie wystaje i wcale żołądka nie pokrywa, a wiąz okrągły jest odległym o 3 ctm. na prawo od linii środkowej. Część odźwiernicza żołądka w miejscu gdzie przechodzi w dwunastnicę, zawraca ku tyłowi. Okrężnica poprzeczna jest ściągnięta, przebiega pod wielką krzywizną żołądka i równoległe do niej. Jama brzuszna, na przestrzeni $\frac{2}{3}$ części dolnych, jest pokryta siecią wielką, która z prawej strony jest tak cienka i przezroczysta, że przez nią przeświecają pętlice kiszkowe, z lewej jest zaś zgrubiała i zmętniała. Brzeg sieci tylko w lewej okolicy lędźwiowej jest przyrosły. Przerzuciwszy sieć wraz z okrężnicą do góry, spostrzegamy wyraźnie odróżniające się 3 grupy pętlic kiszkowych. Przez dół biodrowy lewy, z jednej strony w górę prawie do podżebrza lewego, z drugiej poziomo aż za spojenie łonowe, na 3 ctm. na prawo ciągnie się lukowato z wypukłością zwróconą ku zewnątrz, wzdęta, ciemno-brunatnej barwy kiszka, u góry szersza, zężająca się ku spojeniu łonowemu. Dwie trzecie części górne tej kiszki były ciemniejsze i linija odgraniczająca wyraźna. Koniec górny zlepiony z krózką okrężnicy poprzecznej. W dole biodrowym prawym znajduje się wzdęta, zielonawego odcienia pętlica, którą po wyrostku robaczkowym rozpoznać można jako kątnicę (*coecum*); dotyka ona przy spojeniu łonowem węższego końca kiszki poprzednio opisanej, a w okolicy lędźwiowej prawej gubi się w ściągniętej i głęboko leżącej okrężnicy wstępującej. Między wyżej opisanymi pętlicami kiszki i okrężnicą poprzeczną mieści się grupa kiszki cienkich, ściągniętych, blade-różowych, położona prawie w środku jamy brzusznej, jednak bardziej na prawo i w części dolnej.

Jama żołądka obszerna, część odźwiernicza rozszerzona, zawartość plynna, obfita, zielonawej barwy. Śluzu obfitość wielka. Błona śluzowa blade, słabo pofalowana, ścianki żołądka zgrubiałe. Początek dwunastnicy zagina się, jakieśmy widzieli, ku tyłowi za żołądek i przedstawia się w części prostopadłej i poprzecznej dolnej w kształcie worka wzdętego, wielkości dużej pięści; worek ten leży po za okrężnicą wstępującą i pokrywa całą przednią powierzchnię prawej nerki; koniec jego

dolny sięga do wzgórka kości krzyżowej (*promontorium*). Poprzeczny wymiar przeciętej dwunastnicy wynosi około 15 ctm., ścianki jej są mocno zgrubiałe. Palec wprowadzony od dwunastnicy napotyka już po lewej stronie kręgosłupa, na wysokości *plicae jejuno-duodenalis* przeszkodę, którą z trudnością pokonywa i wchodzi po osi spiralnej od tyłu ku przodowi do górnego końca pętlicy, z lewej strony leżącej. Po przecięciu jej podłużnie okazuje się, że mieści ona w sobiedrugą pętlicę, z błoną śluzową ułożoną w gęste poprzeczne fałdy i do poprzedniej skierowaną; pętlica ta ma barwę prawie czarną. Jest ona tak samo wygięta, z wypukłością zewnętrzną, nie leży w środku, ale trochę ku wewnątrz, koniec dolny jest wolny z poprzeczną szczeliną, skierowany ku wewnątrz. Błona śluzowa zewnętrznej pętlicy blada, także z poprzecznymi fałdami, warstwa mięśniowa silnie zgrubiała, koło spojenia łonowego przechodzi, zwężając się, w konwoluit kiszek cienkich, w środku jamy brzusznej leżący; koniec górny zagina się w pętlicę wewnętrzną, po przecięciu której, znajdujemy zgrubiałą ciemno-fioletową błonę surowiczą nowej pętlicy kiszkowej uciśniętej, wraz z krążką takiegoż samego koloru, rozmiękkłą; gruczoły chłonne w kręzce dochodzą do wielkości orzecha łaskowego. Z wyjątkiem górnego końca, powierzchnie surowicze nigdzie nie są zrosnięte. Palec wprowadzony od dwunastnicy znajduje się właśnie w tym najbardziej wewnętrznym cylindrze, który na przecięciu posiada błonę śluzową ciemno-czerwoną, usianą polipowatemi naroślami takiejże barwy. Długość cylindra zewnętrznego 30 ctm., dwóch wewnętrznych prawie w dwójnasób taka.

Błona śluzowa kiszek cienkich blada, pokryta śluzem czerwono zabarwionym. Przebieg okrężnicy — w ogóle ściągniętej — prawidłowy; wstępująca leży na dwunastnicy, zstępująca po za wPOCHWIENIEM, obie są uciśnięte. *S. romanum* ściągnięte leży w jamie małej miednicy na przedniej powierzchni wypustnicy. Zawartość kiszki grubej — trochę czarnego kału.

Pęcherz moczowy wypełniony umiarkowaną ilością mętnego, żółtego moczu. Macica bardzo mała, długość jej wynosi 3 ctm., szerokość 1½ ctm. (*uterus infantilis*) *Excavatio vesico-uterina* przedstawia się jako płytkie zagłębienie, a cała prawie przednia powierzchnia macicy przystaje do tylnej powierzchni pęcherza. *Excavatio recto-vaginalis et uterina* jest bardzo głęboka, *ligamenta utero-sacralia* doskonale są rozwinięte. Jajniki zdrowe, zrostów okołomacicznych nie ma. Błona dziewicza przedstawia się w kształcie rąbka 5 mm. szerokiego, o brzegu gładkim, otwór owalny, z wymiarem przednio-tylnym — 2 ctm., poprzecznym — 1¼ ctm. *Mons Veneris* nie porośnięty włosami.

Śledziona i wątroba małowkrwiste. Płuca na przecięciu suche, koloru różowego, wszędzie trzeszczą. Serce i aorta małych rozmiarów.

Wzmiankowane polipy, wyrastające z błony śluzowej cylindra wewnętrznego, miały kształt stożka spłaszczonego, wysokość 3—4 ctm., szer. u podstawy 2 ctm. były pokryte strzępkami. Na przecięciu składały się one w środku z rozrosłej błony podśluzowej, przy powierzchni zaś — ze śluzowej. Po odpowiednim przygotowaniu kosmki kiszkowe, badane pod mikroskopem, przedstawiają się jako mocno rozrosłe, nadzwyczaj długie, infiltrowane komórkami limfoidalnymi, szczególnie przy końcu wolnym, gdzie były kolbowato nabrzmięte. U podstawy kosmków i między nimi gruczołki *Lieberkuhna* są powiększone, wypełnione zmienionymi ko-

mórkami nabłonka, koloru brudno-żółtego, z jądrem, lub bez i po części także komórkami podobnymi do białych ciałek krwi. Podobną infiltrację drobnokomórkową widać u podstawy gruczołków *Lieberkühn'a* i w powierzchniowej warstwie *muscularis mucosae*. Ani komórki limfoidalne ani nabłonkowe niezabarwiły się pikro-karminem, pomimo iż preparaty długo w nim pozostawały. Jest to w pewnym stopniu dowodem ich stanu nekrotycznego. Naczynia szerokie o cienkich ściankach wypełnione były krwią. *Muscularis mucosae* silnie rozrosła. Błona podśluzowa 10 razy grubsza od normalnej, z mnóstwem przebiegających naczyń, falistą tkanką łączną i włóknami sprężystymi. Przy silnem powiększeniu tak u podstawy kosmków, jako też i w powierzchniowej warstwie *muscularis mucosae* widać nagromadzenie ciemnych ziarek silnie światło łamiących, zupełnie co do wielkości jednakowych i nie barwiących się (*Zooglea*).

Fig. 1.

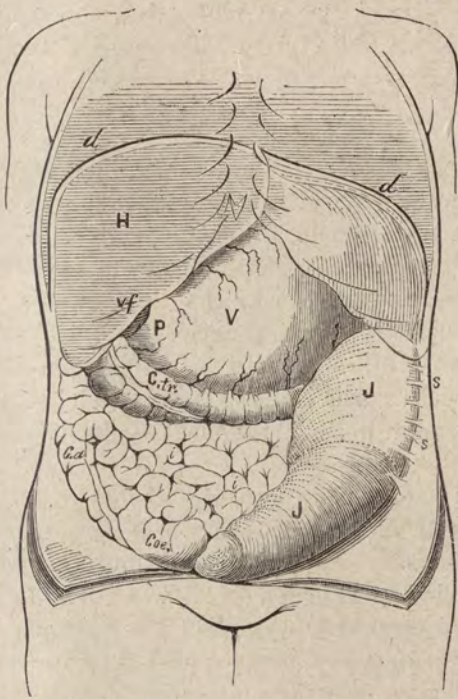


Fig. 2.

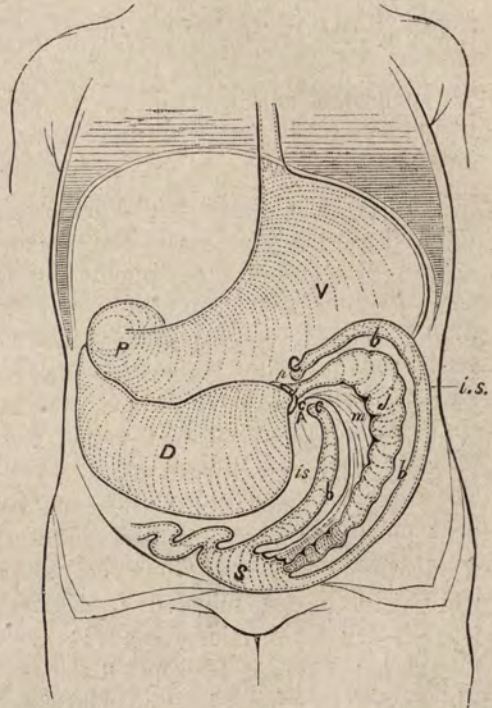


Fig. I. Położenie trzewiów brzusznych po usunięciu sieci wielkiej. *d-d*=przepona, *H*=wątroba, *vf*=pęcherzyk żółciowy, *V*=żołądek, *P*=część odźwiernicza żołądka, *J-J*=kiszka czeza, *SS*=zrosty, *i-i*=kiszka biodrowa, *Coe*=kątnica, *C. a.*=okreźnica wstępująca, *C. tr.*=okreźnica poprzeczna.

Fig. II. Schematyczny rozbiór wpochwienia. *V*=żołądek, *P*=odźwiernik, *D*=dwunastnica, *pjd*=fałda dwunastnicowo-czeza (*plica jejuno-duodenalis*), *m*=kręzka, *j*=wewnętrzny cylinder wpochwienia (*eintretendes Rohr*), *b-b-b*=cylinder środkowy, albo średni (*austretendes v. ungestülptes Rohr*). Wpochwione (*Intussusceptum—boudin*), *is-is*=pochwa, albo cylinder zewnętrzny (*invaginans v. intussusciens, die Scheide; gainae*), *C-C*=szyjka (*Hals, oberer v. äußerer Umschlagwinkel, collier*), *S*=wierzchołek (*Spitze, unterer v. innerer Umschlagwinkel, sommet*).

NB. Kontur ciągiły oznacza warstwę mięsną кишки wraz z otrzewną, kropkowany—błonę śluzową.

Kosmki cylindra wewnętrznego są niższe; zarówno one jak i ścianki gruczolków Lieberkühn'a są infiltrowane drobnymi komórkami limfoidalnymi. Gruczolki Lieberkühn'a zawierają oprócz tego zmieniony nabłonek żółtawej barwy, wielokątny, bez wyraźnego jądra. Tkanka podśluzowa zgrubiała, z dużymi naczyniami, o ściankach zgrubiałych, wypełnionymi krwią. Gdzieniedzie małe wynaczynienia. Nadzwyczaj zgrubiałą jest warstwa mięśniowa poprzeczna, podłużna mniej: obie pokryte są wolnymi kroplami tłuszczowemi. Kropli tych jest daleko więcej w tkance łącznej podsurowiczej i wPOCHWIONEJ kręzce, w której naczynia są rozszerzone, wypełnione krwią i znajduje się mnóstwo zoogloów.

Cylinder średni pozbawiony był, jak wielokrotne badania mnie przekonały, błony śluzowej; reszta warstw jak wyżej.

Inaczej przedstawia się pochwa. Tu kosmki znacznie są mniejsze, infiltracja drobnokomórkowa mniejsza, *muscularis mucosae* cieńsza, gruczolki nie rozrosłe, szczególnie u podstawy, z wyraźnym słabo barwiącym się nabłonkiem stożkowatym, promienisto ułożonym, tkanka podśluzowa zbita, słabo infiltrowana, naczynia ucisknięte, z rozrosłą adwentycją. Warstwa mięśniowa — szczególnie poprzeczna — silnie zgrubiała.

* * *

Dla oceny stanowiska jakie opisany przypadek zajmuje w rzędzie wPOCHWIEN, przedstawię pokrótce niektóre dane, tego przedmiotu się dotyczące. Będę miał na względzie tylko wPOCHWIENIA zapalne (przedśmiertne bowiem, napotykanne u osób zmarłych nagłą śmiercią, gdzie przypuścić można zwiększenie się ruchu robaczkowego, po znacznych uszkodzeniach systematu nerwowego, w skutek tężca i bardzo często u dzieci ¹⁾, nie przedstawiają odczynu i za życia nie dają żadnych objawów) i zstępujące, przy których górna część kiszki wPOCHWIA się w dolną. WPOCHWIENIA wstępujące, w kierunku przeciwnym biegowi kału, zdarzają się niepomernie rzadko.

WPOCHWIENIA w ogóle dość rzadko na stole sekcyjnym się napotyka. Rok i t a n s k y np. w ciągu szeregu lat widział ich tylko siedem ²⁾. W rzędzie zaś niedrożności kiszek w ogóle (*occlusio intestinalis, impermeabilitas*) zajmują liczebnie najpokaźniejsze miejsce ³⁾. Zdarzają się najczęściej u dzieci w 1 roku życia i to między 4 i 6 miesiącem ($\frac{1}{4}$ część wszystkich wypadków), w następnych latach do 40-go, częstość jest mniej więcej jednakowa, odtąd zmniejsza się znacznie. Przewaga, niezależnie od wieku, jest zawsze po stronie mężczyzn (prawie 2:1).

WPOCHWIENIE biodro-kątnicowe (*Invaginatio ileocaecalis*) t.j. takie, w których cylinder wewnętrzny utworzony jest przez kiszkę biodrową, średni początkowo przez kątnicę, a pochwę stanowi okrężnica wstępująca, a poprzęda zastawka Bauhin'a, jest formą najczęstszą u dzieci; najrzadszą zaś jest wPOCHWIENIE biodrowe,

1) Klebs. Handbuch der pathol. Anat. S. 232.

2) Medic. Jahrb d. k. k. öster. St. Bd. XIV.

3) W obszernej całej literaturze obejmującej statystyce Leichtensteinera (Ziemssen *Bd. VII. Hälfte II S. 546*) znajdujemy na 942 mężczyzn i 611 kobiet z rozmaitego rodzaju niedrożnościami, wPOCHWIEN u mężczyzn 285, u kobiet 257.

resp. kiszek cienkich (*Inv. ilei*). Ostatnie są daleko częstsze u dorosłych, nawet częstsze od biodro-kątnicowych, potem idą wPOCHWENIA OKRĘŻNICOWE (*Inv. coli*), a na ostatku biodro-okrężnicowe (*Inv. ileo-colica*), t. j. takie, przy których kiszka biodrowa wypadła przez zastawkę B a u h i n'a do okrężnicy: wewnętrzny i średni cylinder są utworzone przez kiszkę biodrową, zewnętrzny przez okrężnicę, zastawka B a u h i n'a znajduje się u szyi wPOCHWENIA. Z wPOCHWENI KISZKI CIENKIEJ najczęstsze są wPOCHWENIA dolnego końca kiszki biodrowej, daleko rzadsze kiszki częściej w górną część biodrowej, najrzadsze części środkowej biodrowej i dwunastnicy w czczą. Z wPOCHWENI OKRĘŻNICOWYCH najczęstsze są wPOCHWENIA okrężnicy zstępującej i *S. romani* ¹⁾.

Dla objaśnienia powstawania wPOCHWENI istnieją dwie teoryje. Spastyczna, przyjmująca za przyczynę wPOCHWENIA stan kurczowy włókien mięsnych kolistych pewnego odcinka kiszki, który zostaje wepchniętym w poniżej leżącą, nie ściągniętą kurczowo. Starano się w ten sposób wytłumaczyć tak często zdarzające się wPOCHWENIA biodro-kątnicowe, mianowicie mniejszą ruchliwością kątnicy i okrężnicy, ich większą objętością i żywszym ruchem robaczkowym węższej kiszki biodrowej. U dzieci jednak, u których różnica w objętości między kiszką biodrową i okrężnicą jest prawie żadna, a ta ostatnia wisi na dość długiej krézce, Leichtenstern ²⁾ przyczynę częstości wPOCHWENI biodro-kątnicowych upatruje głównie w kurczu zastawki B a u h i n'a, wywołanym podrażnieniem kiszki nieodpowiednimi pokarmami, biegunką, katarem i t. d.

Według drugiej teoryi, paralitycznej, skutek np. biegunki, uderzenia, ograniczonego zapalenia otrzewnej, pewna część kiszki ulega porażeniu, górna zaś—obdarzona normalnym lub wzmożonym ruchem robaczkowym—wsuwa się w poprzednią, tak, że gdy według jednych część porażona tworzy pochwę i średni cylinder, to według drugich idzie ona cała na utworzenie średniego cylindra, a pochwę stanowi część niżej leżąca, nieporażona. Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawia ustalenie nastąpnego wPOCHWENIA; ucisk jakiemu części wPOCHWIONE i krézka ulegają ze strony pochwy czynnej, szczególniej ucisk w szyjce, prowadzący do obrzęku i krwawej infiltracyi; bóle napaadowe, spowodowane kurczem pochwy, szybkie i znaczne nieraz powiększenie w ostrych przypadkach wPOCHWENIA, w czem współdziałł pochwy czynnej jest konieczny ³⁾.

Przypuszczenie porażenia pewnej części kiszek znajduje potwierdzenie w rzadkich, co prawda, przypadkach wPOCHWENIA w przebiegu dysenteryi, po uderzeniu w brzuch, po tyfusie, cholerze, przy istniejących wrzodach gruźliczych, przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej, po odprowadzeniu przepukliny uwięźniętej.

¹⁾ Po bliższe szczegóły i statystyczne cyfry, oparte na ogromnym materyjale 593 wypadków, odsyłam do znakomitej pracy Leichtensterna pomieszczonej w *Vierteljahrschrift f. die pract. Heilk. Bd. 118, 120, 121.*

²⁾ Ziemssen l. c. 525.

³⁾ Ziemssen l. c. 523.

Żadna z tych dwóch teoryj nie jest w stanie wyłącznie objaśnić wszystkich przypadków. Rokitański¹⁾ już przyjął obie, Cruveilhier²⁾ zaś mniema, że dla powstania wpochwienia potrzeba naprzód zwięzienia kiszki wskutek kurczu włókien mięsnych kolistych, następnie jej skrócenia wskutek działania włókien mięsnych podłużnych.

Nasz przypadek, jak w ogóle wpochwienia powstałe wskutek polipów, tłumaczy się najlepiej teorią spastyczną. Narośla polipowe, z błony śluzowej wyrosłe i sterzące do światła kiszki, drażnią kishkę i pobudzają do skurczów. Podrażnienie istnieje ciągle, ruch robaczkowy też w tem miejscu jest silniejszy w kierunku niżej leżącej części kiszki, która wcale może nie być porażoną. Raz powstałe wpochwienie już się nie zreponuje, a będzie się tylko powiększało wskutek kurczu pochwy i ciężaru części wpochwionej (*intussusceptum*). Przy obecności tylko jednego polipa, jak to najczęściej bywa, wpachwia się prawdopodobnie z początku tylko ta część ścianki, z której wyrasta (*Inv. partialis s. lateralis*); w następstwie dopiero wpochwienie staje się centralnem.

Wbrew powszechnie przyjętemu zdaniu, Leichtenstern³⁾ znalazł, że przeciętna długość wpochwień biodrowych u dorosłych jest większa od długości wpochwień biodro-kątnicowych. Siła, która powiększa pierwsze, znajduje się powyżej wpochwienia w kiszce biodrowej i w pochwie czynnej, ta która powiększa drugie — w tejże kiszce biodrowej i mniej dzielnej kątnicy lub okrężnicy. Opór mieści się w tarcju części wpochwionej (*intussusceptum*) i jej wierzchołka o pochwę (*intussuscipiens*) i niżej leżącą skurczoną kishkę i w krężce, która stawia opór powiększaniu się wpochwienia. Oczywiście jest, że we wpochwieniach biodro-kątniczych pierwszy opór z powodu szerokości okrężnicy jest niewielki, zato opór ze strony krężki, ze względu na jej krótkość, jest znaczny; odwrotnie się ma we wpochwieniach biodrowych, przy których długa krężka prawie żadnego nie stawia oporu, a tarcie części wpochwionej o pochwę jest większe. Można przypuścić, że nietylko siła we wpochwieniach biodro-kątnicowych jest mniejsza, ale że i opór w nich jest większy. Powiększają się też one powolniej, ale stale, nie zachodzi niestosunek między objętością pochwy, a obrzękłem wpochwionem (*intussusceptum*) jak we wpochwieniach biodrowych, światło kiszki, choć zwięzione, nie jest zupełnie zacisnięte i dla przejścia kału niedostępne — przebieg tego rodzaju wpochwień bywa bardziej przewlekłym. Wpochwienia biodrowe, jak to już Rokitański⁴⁾ zauważył, przybierają odrazu duże rozmiary, niestosunek między obrzękłą częścią wpochwioną, a pochwą, którego wyrazem jest zacisnięcie, występuje szybko, przebiegają bardziej ostro. Nie odnosi się to do dzieci, u których różnica kalibru między kishką biodrową, a okrężnicą jest prawie żadna; ostatnia wisi na dość długiej krężce, a wrażliwość kanału pokarmowego na bodźce jest podwyższona. U dzieci Leichtenstern⁵⁾ znalazł wpochwienia biodro-kątnicowe stosunkowo większe aniżeli u dorosłych.

(D. n.)

1) l. c. 560 i 561.

2) Traité d'Anatomie pat. gén. 521 i 522.

3) l. c. Bd. 118 S. 201.

4) l. c. 564 i 565.

5) l. c. Bd. 118. S. 205.

II. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych.

Podał **W. Matlakowski**. Asystent kliniki chirurgicznej.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 24).

Jedno z najciekawszych, dla nas przynajmniej, przemówień, było przemówienie Sir James Pageta. Z każdego zdania widnieje głęboka znajomość rzeczy, osobiste doświadczenie, szeroki pogląd i bezstronne na rzecz spojrzenie, tak rzadko spotykane u wielkich praktyków, zadufanych w swem doświadczeniu i w swoich latach. Tu znać, że przemawia nie tylko wielki operator, lecz i wielki chirurg, i dlatego przytaczamy jego słowa o ile można w całości. Nie mogąc, mówi on, oznaczyć różnicy między rezultatami ścisłego listeryzmu a niższymi stopniami leczenia antyseptycznego, będę mówił wogóle o postępowaniu przeciwgnilnem, przytem ograniczę się jedynie do samych operacyj, wyłączając tu rany przypadkowe, złamania powikłane i t. p.; opierać się będę na własnej mojej praktyce szpitalnej i prywatnej. Otóż, sądząc z rezultatów, osiągniętych w szpitalach cudzoziemskich, nie ulega wątpliwości, że środki antyseptyczne są w stanie usunąć wpływ złego powietrza i chorób zakaźnych nawet w najgorszych szpitalach. Nasuwa się pytanie, czy tego samego nie można osiągnąć inną drogą. Otóż w szpitalu Ś-go Bartłomieja Callender i Savory dowiedli, że śmiertelność spadła do minimum, jakie tylko w ogóle osiągnąć zdołano, przy użyciu bardzo niezupełnej, częściowej antyseptyki. Statystyka Savory'ego obejmuje 3 ostatnie lata mojej własnej praktyki w oddziale, który po mnie objął Savory. Na mocy moich spostrzeżeń, uważam, że różnica między rezultatami w szpitalu i na mieście jest nader małą. Prowadzę statystykę praktyki prywatnej i mogę powiedzieć, że cyfra śmiertelności nie różni się od rezultatów w szpitalu u jednego i tego samego chirurga w jednym i tym samym czasie. Co się tyczy śmiertelności w różnych okresach czasu, to wezmę pod uwagę okres 30 letni (od 1847—1877); z tego okresu 23 lata operowałem i w szpitalu i na mieście, ostatnie 7 lat tylko na mieście. Otóż w pierwszym 10-leciu całkowita śmiertelność po wszystkich, a wszystkich operacjach *en masse*, wynosiła nie mniej niż 15%, w drugim 10%, w 3-em 5%, w ciągu 7 lat praktyki prywatnej 2%. Dla wielkich operacyj śmiertelność dawniej=20%, teraz 10%. Obecnie jest pewnem, że także same rezultaty daje leczenie antyseptyczne, chociaż nie myślę aby ktokolwiek mógł przypisywać mu całą zasługę postępu, obejmuje ono bowiem wiele rozmaitych ulepszeń. Lecz przyjmując nawet 30% śmiertelności dla wielkich operacyj i tak pozostanie 70% operowanych, niepodległych chorobom, przeciw którym skierowana jest metoda Lister'a. Jeśli spojrzymy poza siebie, w jaki sposób opatrywano chorych, otrzymamy wrażenie, że wszyscy operowani powinni byli umierać. Żadnej pieczy o chorego, pieniek amputacyjny rozlewał wstrętny smród wokół po całym oddziale, chorzy na ropnicę i zgorzel szpitalną leżeli obok świeżo operowanych. A pomimo to wyzdrowiało 70%, a zatem atmosfera nie jest morowem powietrzem,

od którego każda rana się zaraża i każdy ranny umiera. Jakież były przyczyny, które w ciągu ostatniej ćwierci wieku wpłynęły na zmniejszenie tej cyfry śmiertelności (30%)? Tu P a g e t przebiega pokrótce: odrzucenie upustów krwi ogólnych i miejscowych, olbrzymie ulepszenia szpitalne, na które wydano mnogie dziesiątki tysięcy funtów szterlingów, zaprowadzenie pielgrzymujących kobiet i chirurgów szpitalnych domowych — wreszcie ogólny przyrost wiedzy lekarskiej i rywalizacja chirurgów. Porównując sposób obchodzenia się dawniejszy z obecną pieczołowitością, zdaje się, że to jedno mogłoby wystarczyć do wytłumaczenia różnicy w rezultatach. Otóż dzięki temu wszystkiemu wielkim nakładem pieniędzy i starania dokazano w szpitalu Ś-go Bartłomieja i wielu innych, że można osiągnąć bez środków przeciwniepalnych taką samą cyfrę śmiertelności jak przy opatrunku Lister'a. Lecz zauważyć należy, iż jest tu coś więcej, co można osiągnąć przy użyciu antyseptyki. Z owych procentów naszej statystyki wiemy tylko, że taki a taki człowiek po operacji umarł lub wyzdrowiał, lecz na jakim włosku życia nie jednego, z tych co wyzdrowieli, zawisło — o tem statystyka milczy. I tu zdaniem P. leczenie antyseptyczne, częściowe lub zupełne, ma wpływ niezaprzeczony. Gojenie się ran przy użyciu tych środków, choćby nawet częściowem, jest daleko szybsze, daleko bardziej zabezpieczone od gorączki i innych powikłań niż bez tych środków. P a g e t używa bardzo potężnego środka przeciwniepalnego wprowadzonego przez Campbella de Morgana, chlorku cynku (1:12 t. j. 40 gr. na ℥j). Tym roztworem obmywa każdą ranę; do tamowania krwi używa katgut, ub skręca tętnice (*torsio*), a rany opatruje gliceryną z kwasem karbolowym. P. jest pewien, że przez to niebezpieczeństwo zakażenia zostało sprowadzone do zera. Nie dość jest aby chory przelewał się od śmierci; nie powinno mu po operacji grozić niebezpieczeństwo utraty zdrowia skutkiem ciągłej gorączki, długiego ropienia, z którego umiera po jakimś czasie. Są pewne operacje, przy których bezwarunkowo nie ująć nie można z najzupełniejszej metody antyseptycznej; tu należy owaryjotomija, z powodu której przypomina o swoich złych wynikach w szpitalu Ś-go Bartłomieja w porównaniu z wybornymi rezultatami S m i t h'a, który stosował antyseptykę; dalej — osteotomije, które dawniej były źródłem nadmiernej śmiertelności. Dalej otwarcia zdrowych stawów, przy których dawniej można było postawić pytanie, czy w ogóle po niem można człowiekowi uratować życie bez amputacji. Dalej — otwieranie obszernych ropni napływowych. Krótko mówiąc, najniższą cyfrę śmiertelności po operacjach można osiągnąć i przez doskonałe staranie, prosty opatrunek, wyborne uzdrowotnienie szpitala, pieczołowite pielęgnowanie, pilną a czujną baczność chirurga; osłabienie następcze po operacji można ograniczyć już przez częściowe zastosowanie antyseptyki, a wreszcie pozostaje pewna grupa operacyj, w których zejście zależy całkowicie od ścisłego i zupełnego zastosowania metody przeciwniepalnej. „Ja sądzę, mówi P a g e t, że ze wszystkich ulepszeń, dokonanych w chirurgii za moich czasów, naj-

większem jest zmniejszenie cyfry śmiertelności po operacjach, a najwięcej do tego przyczynił się Lister. Nie wiem tylko, czy więcej dobrego zrobił swą metodą, czy też tem, że pobudził innych do wytężenia wszystkich sił swoich w tymże celu, choć inną drogą¹⁾.

Na tym samym zjeździe chirurgów angielskich w szpitalu Ś-go Tomasza zabierał głos i sam Lister, zbijając zarzuty, podnosząc zalety swojej metody. Byli tacy, co niewierzili w jego dobre rezultaty; obecnie, po statystyce Savory'ego, nieufność ta upadnie. Co się tyczy danych, przedstawionych przez tego chirurga, Lister zwraca uwagę na to, że zestawienie Savory'ego obejmuje statystykę tych chirurgów, z pomiędzy których sam Savory i Smith używają niektórych środków antyseptycznych, katgut, Callender zaś stosował postępowanie ściśle antyseptyczne, choć nieużywał spray'u. Lister podziwia jego pracę, pomysłowość, z jaką wystrzegał się poruszenia rany. Dla tych powodów nie uważa L. statystki Savory'ego, za statystykę szpitala, w którym stosowano jedynie leczenie proste, nieantyseptyczne. Dalej L. cyframi udowadnia, że jego rezultaty są blisko dwa razy lepsze od wyników Savory'ego. Oto wyjątki z jego statystyki za 5³/₄ lat.

a) 72 obrażenia (w tej liczbie 33 *fract. compl.*) — z tego † 4 = 5,7% gdy tymczasem dla tej kategorii w szpitalu Ś-go Bartłomieja śmiertelność = 7,7%; b) 725 dużych operacyj, z tego † 37 = 5,1% u Savory'ego 5,82%. Ze 120 mniejszych operacyj nie umarł nikt. c) Z tej liczby 725 operacyj było 6 zatrucie krwi = 0,82%; w szpitalu Ś-go Bartłomieja 1,44%¹⁾. d) Z ogólnej cyfry wszystkich operacyj dużych i małych, razem 845, robił 553 ściśle antyseptycznie, 292 bez ostrożności antyseptycznych; z pierwszej grupy † 2 (1 *pyaemia* po amputacji sutki, 1 róża), z drugiej grupy † 4 (2 *pyaemia: amputatio penis i rhinoplastica*), 1 *septicaemia* po wycięciu języka i róża po otwarciu ropnia na karku przez chirurga miejscowego). e) 80 wielkich amputacyj z † 9 = 11,25%, gdy tymczasem wedle Erichson'a zwykła śmiertelność po amputacjach w szpitalu wynosiła 35–50%). Te 9 przypadków śmierci podaje L. szczegółowo, i rzeczywiście w żadnym z nich przyczyną śmierci nie było zakażenie krwi.

Przypomniawszy raz jeszcze wyższość swojej metody przy otwieraniu stawów, ropni opadowych, przytacza znane powszechnie fakty możliwości wganiania się kawałków wątroby, katgut, kłębków nici, i t. p. długie przechowywanie się skrzepów na powierzchni rany pod opatrunkiem przeciwnym bez przejścia w gnicie. Na zasadzie tych wszystkich faktów twierdzi, że mamy tu do czynienia z nową zasadą (*new principle*). Cytuje słowa Maasa i Virchow'a, z których pierwszy mówi, że kto chce przekonać się o wartości metody antyseptycznej niech zrobi następujące doświadczenie: niech jednym królikom podwiąże moczowody nitkami jedwabnymi, a drugim królikom katgutem; u pierwszych bez antyseptyki następuje *pyelitis purrulenta*, u drugich wodonercze. Virchow zaś utrzymuje, że bez zachowania przepisów antyseptycznych w do-

¹⁾ Zwracam uwagę na te dwie cyfry 0,82% u Lister'a, i 1,44% u Savory'ego, w *British Medical Journal* bowiem podano 4,82 u Lister'a, co on później listownie sprostował. Tymczasem w *Centralblatt f. Chir.* 1880. Nr. 18. błędnie podano cyfrę 4,82%, wyciągając ztąd fałszywe wnioski. Wogóle streszczenia z prac angielskich są w tym dzienniku robione niedbale. Że 0,82 to nie to samo co 4,82% — każdy pojmie — zwłaszcza tu gdzie chodzi 1/2%.

świadczeniach na zwierzętach, otrzymuje się rezultaty powikłane gorączką, przy zachowaniu zaś tych ostrożności można wyciągać śmiało wnioski z doświadczeń przedsięwziętych, bo objawy nie są zagmatwane symptomatami zapalnymi, zależnymi od rany. Kończy swoje przemówienie o opatrunku antyseptycznym słowami *H o r a c e g o* :

„*Aeque pauperibus prodest, locupletibusque aequae*
Aeque neglectum pueris senibusque nocebit“.

Dobłą również ilustrację metody antyseptycznej stanowi statystyka, jaką podał *Mc. E w e n* z Glasgow Royal Infirmary; z niej okazuje się, że śmiertelność przy leczeniu sposobem przeciwnym była o połowę mniejsza niż przy leczeniu ran innymi sposobami; fakt ten nabiera tem większej wagi, że rezultat powyższy osiągnięto równocześnie w jednym i tym samym szpitalu; a mianowicie:

W ciągu 4 lat (1875—6—7—8) było chorych chirurgicznych 8971, z których † 575; w tej liczbie † 180 w ciągu doby po przybyciu do szpitala, a zatem pozo-8791 chorych z † 395=4,49%. Chorzy ci leczeni byli w 6 oddziałach przez 5 chirurgów, z których każdy miał rocznie około 400 chorych; każdy chirurg miał z kolei dzień przyjęcia do swojego oddziału, w celu aby nie było żadnego przebiegania między chorem; porządek następstwa ściśle był przestrzegany przez rok cały. Sposobem ściśle antyseptycznym leczonych było przez 4 lata w 3 oddziałach 1706 chorych z 50 †=2,03%, nie antyseptycznie zaś w tym samym przeciągu czasu w 3 innych oddziałach 1884 chorych z 11 †=5,84%.

VII.

Doniosłość rozpraw, których treść podaliśmy wyżej, a w których zabierali głos najwybitniejsi chirurgowie angielscy, jest nader ważną. „British Medical Journal“ we wstępnym artykule (*leading article*) (34) zaznacza, że rozprawy te pozostaną historycznym wypadkiem w dziejach chirurgii angielskiej. Nie zbrakło atoli przeciwników metody, którzy w dalszym ciągu występowali nie tyle już z krytyką, ile z zarzutami pojedynczemi, lub też starali się udowodnić, że i bez pomocy antyseptyki można otrzymać rezultaty nietylko takie same, lecz nawet lepsze od listerowskich.

Jednym z największych przeciwników okazał się prof. *J a m e s S p e n c e* z Edynburga, wytrawny i doświadczony chirurg, znany ze staranności w rozpoznawaniu, oględności w dobieraniu odpowiednich przypadków do operacji i przestrzegania jak największego spokoju ran w okresie gojenia. Pomiędzy nim a *Listerem* wywiązała się nader przykra polemika, w której nie zawsze pierwszy posługiwał się faktami prawdziwemi.

(*Spence* w uszczypliwym artykule o statystyce chirurgicznej (35) przytoczył między innymi nader pomysłne wyniki swoich amputacyj. Czujny atoli sekundant *Listera*, *Watson Cheyne* (36) wykrył, że *Spence* nieraz już popisywał się temi samemi cyframi, i że one bynajmniej nie stanowią całkowitej jego statystyki, która okazuje się zupełnie inną. Zamiast sławionych 3 † na 63 amputacje, *Cheyne* odszukał, że w czasie od 1872—1878 *Spence* miał na 231 dużych operacji 58 †=17,5%, (u *Listera* 5,1%); dalej, że w tym samym okresie było 97 wielkich amputacyj z 25 †=25,7%, (u *Listera* 11,25%), dalej przytacza, że sam *Spence* w swoich „Lectures of Surgery“ mówi, iż do 1875 r. zrobił 503 większych amputacyj, z których zmarło 141=28%. Chcąc dowiedzieć się jaka część tej śmiertelności przypada na choroby przyranne (*blood poisoning*) *Cheyne* wyszperał, książkę *B r a i d w o o d'a* o ropnicy, z której pokazuje się, że w ciągu

6 lat (1859—65) na oddziale Spence'a zmarło z 227 chorych operowanych z samej ropnicy 43 t. j. 14,5%.

W odpowiedzi (37) na zarzuty Spence'a, zaznacza Lister, że co się tyczy wycięcia zrakowaciałych sutek, zwykły przebieg bywał nader pomysłny bez ropienia i bez ruchu gorączkowego, nie tylko po wycięciu sutki, lecz i po usunięciu nowotworów wtórnych pod pachą. Przy zachowaniu ostrożności antyseptycznych można daleko więcej wycinać i bezkarnie naciągać brzegi rany szwami bez obawy zgorzeli, gdyż takowa zazwyczaj następuje tam, gdzie do naciągnięcia skóry przylęcza się napięcie zapalne. Lister robił 33 amputacyj sutek 3 †, a w tej liczbie 2 chore stracił na choroby przyranne (1 ropnica i 1 róża); są to 2 jedyne przypadki tych chorób, jakie ma do zaznaczenia w swojej statystyce.

Na zarzut Spence'a, jakoby pole zastosowania opatrunku antyseptycznego było ograniczone, odpowiada Lister, że odwrotnie można opatrunek nakładać wszędzie, byleby rana nieznajdowała się za blisko otworów ciała wszędzie on pozostaje ścisłym i niezawodnym; z 725 większych operacyj mógł go ściśle przeprowadzić w 553 przypadkach.

Dalej Lister zwraca uwagę na nowe zjawisko patologiczne, na organizację skrzepów. Ta ostatnia zachodzi jak wiadomo w tętnicach po podwiązaniu, w tkankach przy złamaniach i wynaczynieniach podskórnych, przy gojeniu się pod strupem. Są to fakty znane, nowy zaś fakt polega na tem, że to samo zjawisko może zachodzić w otwartej ranie pod wilgotnym strupem. Ta organizacja stanowi nieporównanie wyższy sposób gojenia od dawnego gnicia i rozkładu skrzepów w ranie, z towarzyszącymi mu objawami zapalenia i gorączki i następczym rozwojem ziarniny. „Gdyby Spence widział choć jeden przypadek typowego gojenia się pod skrzepem, gdyby był obserwował jak ten ostatni, pokrywając ranę do brzegów skóry, pozostaje pozornie z dnia na dzień bez zmiany, póki po pewnym czasie nie pokaże się waskularyzacja, o której można przekonać się, zdrapując zwierzchnią warstwę nożem, lub gdyby w późniejszym okresie zobaczył jak po zdjęciu zwierzchniej warstewki skrzepu, zastajemy gotową bliznę bez śladu ropienia lub ziarniny — uwierzyliby, niewątpliwie o tem, że tu zachodzi nowe zjawisko patologiczne pod wpływem uowej zasady, a mianowicie przy całkowitem wykluczeniu zarazków gnilnych z rany“.

W końcu przypomina jeszcze raz fakt bezkarnego drenowania stawów, które dawniej tak fatalne pociągało ze sobą skutki.

Na niedowierzanie Spence'a, żeby ropień zimny po otwarciu mógł zagoić się bez kropli ropy, Lister odpowiada, że on tego nigdy nieutrzymywał, lecz że zawsze nauczał, iż z początku wypływa obfita ciecz (ooze) surowiczo-krwawa, której ilość się zmniejsza coraz bardziej. To powstrzymanie się produkcji ropy z *membrana pyogenica* pod wpływem antyseptyki po otwarciu ropnia zimnego stanowi również godny uwagi fakt patologiczny.

W statystyce swojej podał Lister, że miał 6 przypadków śmierci z chorób przyrannych; 4 z nich zdarzyły się u chorych leczonych bez ostrożności antyseptycznych, a mianowicie: 1) po amputacji prawca, 2) po operacji plastycznej nosa, 3) po wycięciu języka, 4) po otwarciu na karku małego ropnia przez

jednego z asystentów. 2 pozostałe zaś zdarzyły się u chorych leczonych ścisłym sposobem przeciwnilnym. W jednym przypadku śmierć nastąpiła z róży, która przyłączyła się do rany po amputacji sutki. Lister przypisuje to zakażenie krwi tej okoliczności, że w czasie opatrunku przy wyjmowaniu drenu spray przestał działać na chwilę. Tłumaczenie to, w samej rzeczy niewystarczające, stało się przedmiotem żywej napaści przeciwników. W replice swojej (38), na odpowiedź Lister'a, zwraca uwagę Spence na to objaśnienie i dziwi się dla czego nie umierają wszystkie kobiety, u których przy odejmowaniu sutek obszerna rana podczas całej operacji. tamowania krwi i t. p. zostaje wystawioną na działanie powietrza, w którym krążą zarodniki zakażające. To także zdaniem jego świadczy, że i zwolennicy nowej metody muszą być ostrożni w rachowaniu pomysłnego zejścia, skoro sposób zawodzi w ręku samego Lister'a przy użyciu wyćwiczonej szpitalnej pomocy.

Daleko szczegółowszą i zupełniejszą od statystyki Spence'a podał Mc Vail w sprawozdaniu ze szpitala w Kilmarnock, z oddziału Borlanda (39). Załączone 4 tablice dają rzeczywiście pojęcie dostateczne i szczegółowe o rezultatach leczenia, które Mc Vail porównywa z rezultatami Lister'a, by dowiedzieć, że i bez pomocy środków przeciwnilnych można otrzymać wyborne wyniki. Statystyka ta jednakowoż jest za szczupłą, a nadto zebraną jest w małym szpitalu, a przeto choć śmiertelność jest rzeczywiście niższą niż u Lister'a, to jednak nie stanowi ona niezbitego dowodu; zarzuty zaś czynione metodzie listerowskiej niezem nie różnią się od zarzutów innych autorów, wielokrotnie w naszym przeglądzie wzmiankowanych.

Również z krytyką metody przeciwnilnej wystąpił Lawson Tait (40). Powątpienia on o prawdziwości samej podstawy metody t. j. teorii pasorzytnicznej, gdyż zdaniem jego gdyby zarodniki istotnie miały taki fatalny wpływ, żadna operacja bez antyseptyki nie zakończyłaby się zejściem pomysłnem. Zdaniem Tait'a wynik operacji zależy od trzech okoliczności, od sił chorego, od otoczenia i od rodzaju traumatyzmu operacyjnego. Tait nie wielką wagę przywiązuje do statystycznych danych; jeszcze najwięcej stosunkowo da się wyciągnąć ze statystyki pewnej operacji w ręku tego samego chirurga np. owaryjotomii. Niektóre szczegóły opatrunku antyseptycznego przeszkadzają gojeniu się rany. Tait przekonał się na setce owaryjotomij, że przy użyciu metody antyseptycznej bywało podwyższenie ciepłoty wieczorami, zależące od ropienia, wywołanego przez drażnienie gazą karbolową. Oprawa listerowska nie sprzyja gojeniu i nie ma żadnego ważniejszego znaczenia dla owaryjotomii.

Te twierdzenia Tait'a wywołały szereg odpowiedzi przy rozprawach, jakie się z tego powodu wywiązały. Najprzód zabrał głos Spencer Wells, który zaznaczył, że wynik owaryjotomii zależy od wielu okoliczności, między którymi opatrunek antyseptyczny stanowi tylko część dodatkową; przyznaje Tait'owi, iż lepszy jest opatrunek suchy. Z innymi atoli wywodami stanowczo się nie zgadza. I tak, nieprzypomina sobie, żeby w ciągu dwóch lat widział kroplę ropy po owaryjotomii; dalej, że od czasu zastosowania metody listerowskiej stale obserwował, że ciepłota bywała niższą, niż dawniej. Matthews Duncan różni się zupełnie w zapatrywaniu swoim od Tait'a. Zdaniem jego teoria pasorzytnicza

doskonalszą jest od jakiegobądź innej teorii chorób w medycynie. Co się tyczy jej praktycznego zastosowania, to pożytek jej również nie ulega wątpliwości, każdy chirurg musi oczyszczać gąbki, czy to przez gorąco, czy przez kwas karbolowy lub inny; nikt nie będzie operował jednego chorego po drugim nie umywszy rąk uprzednio. Wszyscy używają antyseptyki, choć nie wszyscy są zwolennikami listeryzmu. K n o w s l e y T h o r n t o n utrzymuje, że należy uważać jako prawidło, iż po owaryjotomii, dokonanej antyseptycznie, gorączka zupełnie się nie pojawia; w swoich 70—80 przypadkach nie widział nigdy ropy. Mc. C o r m a c dziwi się, że T a i t nigdy nie widział zagajania się rany po owaryjotomii pod jednym opatrunkiem antyseptycznym; jest to bowiem fakt powszechnie obserwowany. (D. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

91. Pasternacki: Poszukiwania doświadczalne nad przyczyną drżenia, towarzyszącego ruchom dowolnym. (*Recherches expérimentales sur l'origine du tremblement, qui accompagne les mouvements volontaires, ou tremblement intentionnel*).

C h a r c o t w lekcjach swych o chorobach układu nerwowego mówiąc o stwardnieniu wielogniskowym (*sclérose en plaques disséminées*), jako jeden z najważniejszych objawów tej choroby podaje drżenie rytmiczne, powstające tylko przy ruchach dowolnych i znikające z ustaniem ruchu. Drżenie to zwiększa się w miarę jak chory, dokonywając ruchu, jest już blizkim osiągnięcia zamierzonego celu. Gdy np. chory sięga ręką po szklankę wody, to drżenie w rękę jest zaledwie widzialnem, dopiero staje się ono coraz widoczniejszem, im bliżej ją do ust zbliża, a w chwili, gdy już wodę ma wypić, drżenie w rękę dochodzi do takiego natężenia, że brzeg szklanki zaczyna mocno uderzać o zęby. P a s t e r n a c k i przypuszcza, że powstawanie drżenia tego rodzaju możnaby objaśnić w ten sposób: Mięśnie, które uległy skurczowi pod działaniem woli, w tych stanach chorobowych kurczą się nieprawidłowo. Pęczki mięśniowe kurczą się każdy z osobna i to według niego jest przyczyną ruchu przerywanego, drżącego. Przyczyny zaś tego nieprawidłowego kurczenia się mięśni, należałoby wedle P. szukać w drogach ośrodkowych, patologicznie zmienionych. Drogami temi będą pęczki przednio-boczne rdzenia kręgowego, a przerodzenie ich jest przyczyną, że impuls woli nie działa na cały aparat mięśniowy, a tylko na część takowego, a tem samem staje się przyczyną drżenia. Dla stwierdzenia tego przypuszczalnego objaśnienia, autor przeprowadził szereg doświadczeń.

W celu dokonania zmian w pęczkach przedniobocznych, bez uszkodzenia innych części rdzenia kręgowego, autor wprowadzał igłę w dziury międzykręgowe w kierunku ukośnym. Po zabiciu zwierzęcia znajdowano, że igła przenikała tylko w część rdzenia przednioboczną. Doświadczenia swoje autor robił na psach i kotach, przekłuwając im rdzeń kręgowy w okolicy lędźwiowej. Objawy patologiczne występowały w kończynach tylnych. Kończyny przednie znajdowały się w stanie prawidłowym i służyły dla porównania z zachowaniem się kończyn średnich. Autor pozostawiał zwierzęta przez kilka dni przy życiu, robiąc spoprzeżenia nad ruchami dowolnymi, następnie, na temże zwierzęciu dokonywał doświadczenia w celu wyświeetlenia następującego pytania: Jeżeli rzeczywiście w okolicy psychomotorycznej¹⁾ mózgu powstają impulsy woli, przechodzące przez

¹⁾ Ośrodki psychomotoryczne znajdują się w szarej substancji kory mózgowej w okolicy mózgu ciemieniowej.

przednią część rdzenia kręgowego, to jeżeli ta część rdzenia częściowo zostanie zniszczoną, to jak się zachowują skurcze w mięśniach, jeżeli będziemy drażnić ośrodki psychomotoryczne?

W tym celu autor zwierzętom, którym uprzednio przekłuł rdzeń kręgowy, trepanował czaszkę, zdejmował błonę twardą i następnie zapomocą aparatu Du Bois Raymond'a drażnił ośrodek psychomotoryczny przedniej kończyny (znajdującej się w stanie prawidłowym), następnie ośrodki psychomotoryczne kończyny tylnej (dotkniętej cierpieniem) i obserwował wszelkie objawy, jakie towarzyszyły ruchom tak jednej jak i drugiej.

Autor przychodzi w końcu do następujących wniosków:

1) Drżenie powstające przy ruchu dowolnym (*tremblement intentionnel*) jest rezultatem zmian w pęczkach przedniobocznych rdzenia kręgowego i to więcej części ich przedniej niż bocznej.

2) Drżenie to nie występuje, gdy zwierzę jest w spoczynku;

3) a powstaje i przy ruchu wywołanym drażnieniem ośrodków psychomotorycznych mózgu, ztąd nazwa, jaką proponuje autor nadać temu drżeniu *tremblement psychomoteur* (drżenie psychomotoryczne).

(*Archives de psychologie normale et pathologique 1881 pag. 328*).

Edward Kornilowicz.

92. J. Mac Nicoll. Wcierania oleju rycinowego i ich działanie. U dziecka 5-cio letniego z ostrem cierpieniem nerek (*nephritis acuta*) autor zalecił wetrzeć w ścianki brzuszne 10 gramów oleju rycinowego za pomocą ogrzanej ręki. W pięć godzin potem wystąpiło pierwsze wypróżnienie. Nadto tegoż samego dnia jeszcze miały miejsce dwa obfite wypróżnienia szybko jedno po drugim. Autor radzi, aby w przypadkach, w których nie można użyć środków do wewnątrz z powodu wymiotów i t. p. spróbować wspomnianej metody.

(*Brit. med. Journ. 1880*.)

Grosstern.

93. Styron. W Towarzystwie lekarskiem Bostońskim D-r Beach przedstawił preparat: S t y r o n; jest to alkohol kwasu cynamonowego — należy do grupy aromatycznej. Otrzymuje się przez ogrzewanie styracyny (styracyna w związku z kwasem cynamonowym znajduje się w styraksie i balsamie peruwiańskim) z alkalijskimi gryzącymi. Krystalizuje w miękkie jedwabiste igielki, zapach posiada podobny do hyacyntów, smak słodki. Topi się przy ciepłocie 33° C., sublimuje nierozkładając się.

D-r B e a c h poczynił liczne doświadczenia z pomienionym środkiem. Do doświadczeń użył roztworu 1 część styronu na 12 części wody lub oliwy i porównywał działanie jego z kwasem karbолоwym, salicylowym i thymolem. Przekonał się, że styron jest d z i e l n y m ś r o d k i e m a n t y s e p t y c z n y m, przewyższającym nawet kwas karbолоwy i salicyłowy; ma jednak tę wielką wadę, że cena jego dotąd jest dość wysoką.

Podajemy tu jedno doświadczenie: Do czterech szklanek z trzema uncyjami moczu prawidłowego dodano do jednej: 10 kropli kwasu karbолоwego, do drugiej: 10 kropli thymolu, do trzeciej: 10 kropli styronu, a czwartą pozostawiono bez żadnego dodatku; naczynia szczelnie zamknięto. Mocz sam pozostawiony już na drugi dzień uległ silnemu rozkładowi, karbолоwy — na szósty dzień okazał zapach gnilny, a pod mikroskopem mnóstwo bakteryj, próba ze styronem i thymolem jeszcze 59 dnia nie okazała śladów gnicia, t. j. mocz pozostał bez zapachu, a bakteryj w nim nie znaleziono.

(*Pharmaceut. Centralblatt*).

Grosstern.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 17 Maja. Na propozycję Komitetu wystawy przyrodniczo-lekarskiej, mającej się odbyć w Krakowie w m. Lipcu jednocześnie ze zjazdem lekarzy i przyrodników polskich, Towarzystwo wybiera komitet złożony z D-rów D u d r e w i c z a i J a s i Ń s k i e g o i mag. farm. K a r p i Ń s k i e g o,

któryby się zajął wysłaniem jak największej liczby okazów na wspomnianą wystawę.

Przedstawiono na członka związkowego D-ra Nowickiego z Nałęczowa.

Uczczono przez ogólne powstanie z miejsc zmarłego członka D-ra Erazma Majewskiego, który położył zasługi w kraju przez upowszechnienie perkusji i auskultacji.

Wreszcie Bartoszewicz opowiedział spostrzegany przezeń przypadek cierpienia gorączkowego z wysypką, o dziwnym przebiegu. Nie zyskał on na jasności nic po dyskusji, jaka się po opowiedzeniu wszczęła, czemu najwięcej winny braki w opisie choroby co do przebiegu ciepłoty, zachowania się śledziony, wysypki itd.

Na temże posiedzeniu postanowiono rozebrać pomiędzy siebie opracowanie nauki o pasorzytach, a mianowicie przedstawienie stanu, w jakim się ona obecnie znajduje.

Posiedzenie bijologiczne d. 31 Maja. Po uczczeniu pamięci zmarłego członka honorowego, D-ra Adama Ferdynanda Adamowicza, Towarzystwo przyjęło propozycję Prezesa, aby z powodu 50-letniego jubileuszu zawodu lekarskiego, jaki w d. 5 Czerwca będzie obchodził Pirogow, posłać mu dyplom na członka honorowego.

Dziemułski odczytał pracę, opartą na własnych obliczeniach, jakim zmianom ulega współczynnik załamania światła, jeśli będziemy w różnym stopniu mieszały wodę ze spirytusem.

Zapowiedziany odczyt Znatowicza, o gazie oświetlającym warszawskim, z powodów prywatnych, nie doszedł do skutku.

Posiedzenie kliniczne d. 7 Czerwca. Benni przedstawił chorego, u którego z powodu cierpienia wyrostka sutkowego kości skroniowej, które wystąpiło po przebytem zapaleniu ucha środkowego (*otitis interna*), Orłowski zrobił trepanację tegoż wyrostka z dobrym skutkiem.

Rajchman odczytał pracę: „Nowe poszukiwania nad sztucznym trawieniem“, z oryginałem której poznają się Czytelnicy w jednym z najbliższych numerów „Gazety Lekarskiej“.

Nussbaum odczytał sprawozdanie z prac, przedstawionych przez D-ra Kornilowicza.

Wreszcie Dunin zdał sprawę z czynności Komitetu, wybranego przez Towarzystwo do oceny prac, nadesłanych na konkurs imienia Chałubińskiego; rezultat jest znany już Czytelnikom z Nr. 23 naszej Gazety.

Posiedzenie kliniczne d. 21 Czerwca. Braun odczytał sprawozdanie z prac przedstawionych przez Erlicha z Warszawy.

P. Prezydent miasta nadesłał do Towarzystwa list, w którym prosi o wyznaczenie ze strony Towarzystwa delegata do komisji, mającego się odbyć w d. 27 Czerwca r. b. jednodniowego spisu ludności m. Warszawy. Towarzystwo przez akklamację obiera na swego przedstawiciela Szokalskiego i korzystając ze sposobności postanawia przesłać komisji spisu następujące pytania, jakieby należało, przy odbyć się mającym spisie, uwzględnić. Pytania te, sformułowane przez Markiewicza, są: 1) opisać ludność według pewnych grup wiekowych, 2) wedle proceduru, 3) wedle zajmowanych mieszkań (suteryny, facyjki piętra, front itd.), 4) wedle stanu cywilnego (zameżne i żonaci, kawalerowie, wdowy itd.), 5) wedle dzielnic miasta, 6) wedle wyznań, 7) wreszcie pożądanem byłoby, aby spisano ilość kalek (głuchych, ślepych, garbatych, głuchoniemych itd.).

Posiedzenie bijologiczne d. 28 Czerwca. Uczczono przez ogólne powstanie z miejsc, świeżo zmarłego członka Towarzystwa, prof. Skode.

Weinberg odczytał pracę „Hydrografia okolic Warszawy“. Jako sprawozdawca komisji wodnej, powołanej do życia przez p. Prezydenta miasta we

Wrześniu 1879, na żądanie podkomitetu sanitarnego obywatelskiego, W. opisał wyniki poszukiwań wody w okolicach naszego miasta. Zbadano przestrzeń 14-tu wiorst kwadratowych, położoną między szosą Radomską, drogą do Góry Kalwaryi, plantem kolei Warszawsko-Wiedeńskiej. Na gruntach 8 wsi badano wszystkie studnie i wody otwarte, robiono odpowiednie pomiary i niwelacje celem oznaczenia kierunku spadku wód, dokonywano rozbiórów chemicznych i mikroskopowych wszystkich napotkanych wód. Kommissyja przysłała do przekonania, że jakkolwiek okolice Warszawy, jako płaskie, nie posiadają źródo-wisk wytryskowych, obfitują jednak w niezmierną ilość wody zdrojowej, to jest wody znajdujące się w ruchu. Stwierdzono, że we wszystkich gliniankach (miejscach, pozostających po wybraniu gliny do okolicznych cegielni) znajduje się szary muł-łek (martwica), po przebicciu którego wytryskało obfite źródło wody, nie dające się zatamować i wypełniające w krótkim czasie całą gliniankę do pewnej wyso-kosci. Obniżenie zwierciadła wody przy pompowaniu było niezmiernie trudnem. W gliniance wód Włochy spompowano do 50 tysięcy stóp sześciennych na wodę, przy czem zwierciadło obniżyło się tylko na $1\frac{1}{4}$ cala, czyli że dopływ wód w tej gliniance wynosi 42 tysiące stóp sześciennych. Ponieważ w okolicy badanej znaj-duje się do 20 podobnych glinianek, mogą więc one dostarczyć do 200000 stóp sześciennych wody na dobę. Rozbiór chemiczny tych wód, wziętych w chwili pom-powania, wykrył ich mają one dobre własności higieniczne, średnią twardość i za-ledwie ślady chlorków i azotanów. Woda ta ma prawdopodobnie odpływać do Wisły, za czem przemawia okoliczność, iż kiedy we wsi Włochy pokład wodono-sny napotkać można na głębokości 30 stóp, to w okolicach rogatek Jerolim-skich trzeba wywiercić 60-80 stóp, w północno-zachodniej części miasta 150 stóp, a na powiślu do 600 stóp. Jakkolwiek wyniki niwelacyi nie pozwalają przyjąć, aby wodę tę można rozprowadzić naturalnym spadkiem po całym mieście, to je-dnak nie ulega wątpliwości, iż dałaby się ona doprowadzić do pewnego po za miastem wystawionego zbiornika, z kąd siłą pary mogłaby być wpędzaną do wy-soko położonych rezerwoarów.

M a r k i e w i c z, wspomniawszy o zmianach jakie w organizmie mogą wywołać nie higieniczne urządzone ławki szkolne, przytacza pokrótce warunki dobrze urządzonej ławki i przedstawia odpowiednie modele. Na propozycyję J a s i ń s k i e g o postanowiono postawić na porządku dziennym kwestyję hy-gieny szkół.

WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

† Adam Ferdynand Adamowicz. W d. 12 Maja r. b. umarł w Wilnie ostatni uczony ze świetnego grona nauczycielskiego Wydziału lekarskiego byłego uniwersytetu Wileńskiego — D-r A d a m o w i c z. Urodził się on w Wilnie 16 Stycznia 1802 r. z Józefa i Zofii z Jocherów Ada-mowiczów. Początkowe wychowanie odebrał w domu rodziców, pod okiem i przewodnictwem Toma-sza Zana, Lacha Szyrmy i Kieczkowskiego, potem uczęszczał do gimnazjum Wileńskiego, gdzie bę-dąc w klasie 5, w 15 roku życia (1817) napisał rozprawę: „*An Socrates ciuta necatus fuerit*“. W roku 1818 wszedł do uniwersytetu Wileńskiego na wydział fizyczno-matematyczny, a po otrzymaniu stopnia kandydata filozofii (4 Czerwca 1819), zapisał się na wydział lekarski. Po uzyskaniu stop-nia magistra medycyny, został pomoceńnikiem słynnego profesora anatomii porównawczej B o j a -n u s a (3 Kwietnia 1822), 30 Maja 1824 r. uzyskał stopień doktora medycyny, po obronieniu rozpra-wy: „*Dissertatio inauguralis medico veterinaria morborum inter animalia domestica observatorum indicem singularumque constantissima siqua exhibens adnexa synonymia, germanica, gallica, rossica et polonica etc.*“ W r. 1825 odbył podróż naukową do Petersburga, Moskwy i Dorpatu. W r. 1828 został adjunktem uniwersytetu Wileńskiego i wykładał dla studentów medycyny po łacinie, a dla weterynarzy po pol-sku. Między 1829—1832 r. podróżował za granicą. W r. 1834 został professorem nadzwyczajnym

epizoocyjologii i anatomii porównawczej w utworzonej — po zniesieniu uniwersytetu Wileńskiego — Akademii lekarskiej; w r. 1835 został professorem zwyczajnym i był nim aż do zwinienia Akademii w r. 1842. Od r. 1841 był bez przerwy prezesem Towarzystwa lekarskiego Wileńskiego. A d a m o w i e z wydał kilka dzieł, broszur i mnóstwo artykułów różnej treści, wymieniamy z nich najważniejsze:

1836. Nauka utrzymania i ulepszania zwierząt domowych, z dodaniem sposobów poznawania ich wieku.

1838. O poznawaniu i leczeniu chorób zwierząt domowych dla użytku gospodarzy. Część I. O chorobach koni.

1840. Einige zoopathologische Bemerkungen (Magazin f. d. gesammte Thierheilkunde)

1841. Zoonomia weterynaryjna: czyli nauka o życiu zwierząt gospodarskich, dla użytku badaczy przyrody, medyków i weterynarzy.

1842. Musaeum anatomicum Caes. Aced. Chirurg. Vilnensis.

1846—1862. Praktyczne najnowsze postrzeżenia niektórych lekarzy, tomów 5.

W r. 1855 z okazji 50-letniego istnienia Towarzystwa lekarskiego napisał „Rys początków i postępu anatomii w Polsce i na Litwie“.

Pracował A d a m o w i e z na polu literackim, i artykuły ponieszczał w „Tygodniku Petersburskim“, „Wizerunkach naukowych Wileńskich“ i t. d. W r. 1855 napisał: „Kościół Augsburski w Wilnie, Kronika zebrana na obchód trzechwiekowego istnienia kościoła w r. 1855 w dzień Ś-go Jana Chrzciciela“.

W d. 13 Kwietnia 1872 r. obchodzono uroczyste jubileusz 50-letniego zawodu lekarskiego D-ra A d a m o w i e z a.

— W tych dniach p. Minister spraw wewnętrznych, na skutek przedstawienia p. Inspektora szpitali cywilnych, zezwolił na utworzenie przy szpitalu Ś-go Rocha oddziału dla chorych, dotkniętych cierpieniami krtani, gardła i nosa; ordynatorem powyższego oddziału mianowany został, jak to już donieśliśmy, kolega T e o d o r H e r i n g. Otworzenie wymienionego oddziału jest, zdaniem naszym, faktem niezmiernej wagi dla naszych szpitali, będzie to bowiem pierwszy specjalny oddział, jaki w naszych szpitalach, gdzie obecnie jeszcze na t. z. ogólnych oddziałach obok chorób wewnętrznych znajdują się wypadki ginekologiczne i laryngologiczne. Nie potrzeba dodawać jak oplakane z tego wynikają skutki, zarówno dla chorych jak i dla nauki. Trudno przecieżyć wymagać, aby każdy lekarz zarówno był biegły w chorobach wewnętrznych jak i laryngoskopii i ginekologii, które wymagają zupełnie oddzielnych sposobów badania i nieraz operacyjnego postępowania. Choćby nawet i miał jaką taką znajomość powyższych gałęzi medycyny, to czyż dziwić się można, że więcej czasu poświęci tym chorym, których cierpienie zna dokładnie, aniżeli tym, o których chorobie zaledwie słabe ma pojęcie. To też widywaliśmy chorych, dotkniętych cierpieniami krtani, którzy o kilkadziesiąt mil przyjeżdżali po poradę do szpitali Warszawskich, i tam dostawali się na oddział lekarza, który nigdy laryngoskopu nie miał w ręku: sami patrzyliśmy i na to, jak wszystkie zwięzienia krtani kończyły się tracheotomią, bo nikt inaczej leczyć ich nie potrafił.

Zupełnie też samo da się powiedzieć o chorobach kobiecych, a w części nawet i nerwowych, choć te już więcej wchodzą w dziedzinę chorób wewnętrznych w ogóle. Mamy też nadzieję, że pan Inspektor, który brak ten aż nadto dostatecznie rozumie, wyjedna wkrótce utworzenie oddziałów ginekologicznych i neuropatologicznych i tym sposobem jeszcze raz da dowód swej troskliwości o dobro szpitali.

Sprawiedliwość dodać nam nakazuje, że w szpitalu żydowskim istnieje oddział ginekologiczny i nerwowy — coż kiedy tylko żydzi korzystają z nich mogą.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

Zjazd III lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Z pomiędzy Kolegów, którzy dawniej objawili zamiar przedstawieniu podczas Zjazdu prac swoich, a nie podali tytułu odezytu zgłosił się:

D-r S z e p a r o w i e z, który okaże przypadek: „*Ectopia vesicae adnata cum epispadiasi totali*“, wyleczoną przez cały szereg plastycznych operacyj.

N-Wa



D-r J. U l a n o w s k i zgłosił się z następującymi odczytami:

- 1) O wartości leczniczej naparu z liści *Jaborandi* (oparte na wynikach z przeszło 900 doświadczeń).
- 2) Przypadek do terapii nieżytu ostrego żołądka i jelit u dzieci przeważnie ssawców.
- 3) O konieczności zaprowadzenia i sposobie stosowania krytyki lekarskiej.
- 4) O sposobie zapewnienia spiesznej i właściwej pomocy lekarskiej w miastach większych.
- 5) O konieczności prowadzenia ścisłej statystyki w czasie panowania epidemii ospy, przy uwzględnieniu wiadomości, czy była i kiedy zaszezepioną ospa ochronna.
- 6) O warunkach jakie uwzględnione być winny przy urządzaniu przyszłych Zjazdów lekarzy polskich, aby takowe przyniosły korzyść prawdziwą społeczeństwu i samym lekarzom.

Wydział gospodarczy zawiadamia, że kolej lwowsko-czerńowiecka zniżyła o 33% cenę jazdy na swojej linii dla uczestników Zjazdu od dnia 18 do 28 Lipca. Chcący z tej ulgi korzystać muszą się wykazać kartą wydaną przez Zarząd kolei, którą Podskarbi Wydziału gospodarczego pośle wraz z kartą legitymacyjną, zgłaszającym się do niego osobom, skoro tylko Dyrekcya kolei karty te nadesłе. Od Dyrekcji kolei Karola Ludwika nie ma żadnej odpowiedzi na wniesione podanie.

Uprasza się także wszystkich członków Zjazdu, którzy nie mają zamówionego mieszkania, aby się wcześniej o takowe zgłaszali do biura Wydziału Gospodarczego Zjazdu, z wymienieniem jakie chcą mieć mieszkania, czy w hotelu lub domu prywatnym i za jak wysoką cenę. Bezpłatne mieszkania będą mogły być rozdzielone tylko między osoby wcześniej się zgłaszające.

Kraków, 6 Lipca 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.

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

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

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

— *Paryż.* L. P a s t e u r otrzymał wielki krzyż legii honorowej za prace nad zbadaniem chorób zakaźnych, jak karbunkuł, wścieklizna i t. d. Prócz tego jest on obecnie kandydatem na członka Akademii francuskiej, na krzesło opróżnione wskutek śmierci L i t t r e ' g o.

— *Kraków.* Wydział lekarski tutejszego Uniwersytetu zamianował na ostatniem swem posiedzeniu D-ra Stanisława P o n i k ł e, asystenta kliniki lekarskiej, docentem patologii i terapii szczeniowej. D-r P. jako rozprawę habilitacyjną przedstawił pracę oryginalną: „O oznaczeniu dolnej granicy żołądka“.

ODPOWIEDŹ REDAKCYI.

D-rowi B. w Gadiaczu. Mniej lub więcej zadawalniające rozwiązanie wymienionych kwestyj higienicznych znajdzie Sz. kol. w Hygienie O e s t e r l e n a i Policyi lekarskiej P a p p e n h e i m a, które to oba dzieła wyszły w polskim przekładzie. Dużo też interesujących szczegółów znaleźć można w R e k l a m a, Nauka zachowania zdrowia, tłum. Mayzla. Wreszcie w języku rossyjskim wydany został przed niedawym czasem przekład wybornej, choć krótkiej higieny E r i s m a n a. Tytułu jej nie podajemy, bo znamy ją z niemieckiego oryginału. Jest to jedna z najlepszych istniejących higien. Co do plam krwawych to objaśnienie żądane znajdzie Sz. kolega w każdej Medycynie Sądowej.

Co do 3, a mianowicie jak odróżnić powietrze, które dostało się do naczyń, od gazów powstałych wskutek gnicia, to należy się tu kierować 1) objawami gnicia we wszystkich organach, 2) obecnością gazów w organach mięszkowych (wątroba, nerki — które w takim razie trzeszczą), 3) gazy są swobodne w naczyniach i nigdy tak ściśle nie mięszają się z krwią jak to ma miejsce przy dostaniu się ich z zewnątrz.

Na pomnik dla Mickiewicza złożyli: D-r Wnorowski, z Warszawy, rs. 1 kop. 50. — D-r Wagner, z Romanówki, gub. -Saratowska, rs. 3. — D-r Wyhowski, z Nikopola, gub. Ekaterynowska, rs. 5 — D-r Wigura, z Suchedniowa, gub. Kielecka, rs. 3. — D-r Dogiel, z Witebska, rs. 3. — D-r Wysocki, z Aeczyńska, gub. Jenisejska. rs. 3.—D-r Głogowski, z Ostrowca, rs. 2 k. 40—D-r Paciejewski z Kiszyniewa, gub. Bessarabska, rs. 1. Razem z poprzednio zebranemi **rs. 309 kop. 30.**

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою. Варшава 2 Юля 1881 г.

Друк К. Ковалевського, Królewska Nr 23.