

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI FIZYOLOGICZNEJ WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ.

I. PRZYCZYNEK

DO FIZYOLOGII SPLOTU TRZEWOWEGO

(*plexus coeliacus*)

przez

Dra Leona Popielskiego,

docenta fizjologii w W. Akad. Med. w Petersburgu.

I.

Łatwość sprowadzenia zakażenia przy wyszukiwaniu głęboko w jamie brzusznej położonego splotu trzewowego, jest niewątpliwie przyczyną niejasno określonych, a nawet sprzecznych wyników poszukiwań różnych badaczy, pracujących nad fizjologią wspomnianego splotu. Wszyscy autorowie są zdania, że u zwierząt po wycięciu zwoju trzewowego występuje stale znaczne wychudnienie, brak apetytu, charłactwo i śmierć wskutek wycieńczenia, czasami — wymioty, niższa ciepłota i t. d.

Wszystkie te objawy mogą być następstwem ostrego lub przewlekłego zapalenia otrzewnej; to też przypisywać je usunięciu splotu trzewowego, nie ma uzasadnionej podstawy, skoro zapalenie otrzewnej nie może być z całą dokładnością wykluczone. Aby uniknąć tego powikłania, w doświadczeniach własnych starałem się postępować według wszelkich przepisów aseptyki i antyseptyki. U psów, poprzednio wykąpanych, pole operacyjne [brzuch] starannie gólono i obmywano najpierw wodą z mydłem, następnie terpentyną, spirytusem i sublimatem. Miejsce cięcia izolowałem od części otaczających serwetkami wyjałowionymi. Wtenczas przystępowałem do operacji. Po otworzeniu jamy brzusznej pomocnik odsuwał na bok kiszki, ujawniając je przez gazę sterylizowaną.

Wykluczając tę częstą przyczynę niepowodzeń w doświadczeniach chronicznych, wypadało określić, jakie części splotu należało usuwać, gdyż niektó-

rzy badacze, jak ADRIEN, MUNK i KLEBS, LEWIN i BOER ograniczali się tylko na rezekcyi, inni zaś, jak PINCUS, SCHIFF M., BUDGE, ŁAMAŃSKIJ, LUSTIG, PEIPER, POLDANI, VIOLA, BONOME, KLECKI, KOROLENKO, dokonywali operacyi całkowitego wycięcia splotu brzuszego.

Wiadomo, jak ściśle związany jest splot brzuszny (*ganglion coeliacum*) z sąsiednimi splotami, stanowiąc razem z nimi obszerny splot (*plexus coeliacus*), ten prawdziwy „*cerebrum abdominis*“. Celem otrzymania pewnych wyników, jedynie racjonalnem okazało się usuwanie całego splotu trzewowego, gdyż przy rezekcyi trudno oryentować się w tej obszernej masie nerwowej i dokładnie stwierdzić, jakie części pozostały, a jakie zostały usunięte.

W doświadczeniach usuwałem całą masę nerwową pomiędzy *arteria coelica* a *art. mesenterica superior*, t. j. wszystkie sploty nerwowe; oczyszczałem najstaranniej od nerwów *arteriam coel.* i odchodzące od niej gałęzie, jak również i *arteriam mesent. super.*; odcinałem zwój od gruczołów nadnerkowych i oddzialałem go od żyły głównej dolnej (*vena cava inf.*). W ten sposób ogromną przestrzeń pomiędzy *art. coel.* a *art. mesent.* była wolna od masy nerwowej; w niektórych przypadkach udało mi się wyciąć cały splot w jednym kawałku.

Przechodzę teraz do treściwego opisu tych objawów, które stale powtarzały się u wszystkich moich psów z wyciętymi splotami trzewowymi ¹⁾.

Przedewszystkiem żaden z moich psów [które szczęśliwie zniosły operacyę] nie przedstawiał tego stanu przygnębienia, który opisuje większość autorów, pracujących nad tą kwestyą [BUDGE, ŁAMAŃSKIJ, MUNK i KLEBS, LUSTIG, PEIPER, RODDI, KLECKI]. Przeciwnie, już na drugi dzień po operacyi psy były wesołe, łasiły się, miały bardzo dobry apetyt. Jednem słowem, na pozór nie przedstawiały żadnych zbroceń i niczem nie różniły się od zwykłych, zdrowych psów. Dokładniejsza obserwacya wykrywała jednak bardzo poważne zmiany ze strony przewodu pokarmowego.

U wszystkich psów występowała wybitna biegunka, rozpoczynająca się albo wkrótce po operacyi [12—24 godzin], albo najdalej na 3-ci dzień: w ciągu pierwszych 7—10 dni z domieszką krwi, tak, że kał był albo całkowicie krwawo zabarwiony, albo też zawierał grudki krwawe. Po 10-ciu mniej więcej dniach kał stawał się gęstszym, mniej zabarwionym na czerwono lub czarno i zjawiał się nie tak często. Wreszcie jeszcze po 2—3-ch dniach był już dość gęstym i przybierał barwę zupełnie białą—śmietankową, albo raczej barwę gliny białej. Często bardzo wypróżnienia były zupełnie wodniste i zawierały drobne białe lub żółtawe strzępki. Wogóle obfite wypróżnienie zjawiało się zwykle wkrótce po jedzeniu. Wreszcie kał był mocno złowonny, zwłaszcza gdy był podobny do białej gliny lub posiadał barwę stali. W tym ostatnim przypadku

¹⁾ Wszystkich psów operowałem 17, z których dotąd żyje 5: 1-szy 7 miesięcy, 2-gi 6½ miesięcy, 3-ci 5 miesięcy, 4-ty 3½ miesiące, 5-ty 3½ miesiące. Reszta psów zginęła w rozmaitym czasie po operacyi: 6-ty po 25 dniach, 7-my po 9-ciu dniach, 8-my po 6-ciu dniach [nauyście był zabity], 9-ty po 2-ch dniach, 10-ty, 11-ty 12-ty, 13-ty, 14-ty, 15-ty, 16-ty, 17-ty w czasie od 1-ej do 24-ch godzin po operacyi.

zapach kału był po prostu nie do zniesienia. U trzech psów wypróżnienia występowały w postaci elastycznej, ciągnącej się masy galaretowatej. Po wrzuceniu do wody płyty kałowe przedstawiały zupełny zlepek z błony śluzowej kiszki ze wszystkimi zagłębieniami. Długość tych kawałków dochodziła 8—10 ctm., szerokość 3—4 ctm.; pomiędzy palcami i szkiełkami rozcierały się łatwo w cienką warstwę blado-żółtego koloru.

Pod drobnowidzem widać było tylko jądra komórek, dobrze zachowane białe i rzadko czerwone ciała krwi. Kontury samych komórek nabłonkowych zauważyć było trudno: protoplazma najprawdopodobniej podległa zupełnej degeneracji.

Pomimo przytoczonych wyżej objawów ze strony przewodu pokarmowego, psy miały znakomity apetyt. Dla niektórych jednak psów biegunka była śmiertelną. Jeden młody psiak [szczenię 3-miesięczne], pomimo apetytu i pozornego zdrowia [był wesoły, bawił się], zdechł po 10-ciu dniach przy objawach silnego wyniszczenia. Na sekcji nie zauważyłem najmniejszych śladów zapalenia otrzewnej, wyraźną była tylko bezkrwistość. Drugi pies „Plugawka”, pomimo, że na 8-my dzień doszedł do pierwotnej wagi, jednak pod wpływem biegunki mocno wyniszczony, zginął po 25-iu dniach. Do ostatnich chwil pies miał apetyt i był wesoły. W przeddzień śmierci chwiał się z osłabienia na nogach, a jednak z rąk wyrывał mięso. U tego psa kał — z krótkimi tylko przerwami gęsty — zwykle był rozrzedzony, albo zupełnie płynny, czarny lub koloru ciemnej stali, nieraz z domieszką krwi tętniczej. Na 5—6 dni przed śmiercią biegunka się zwiększyła o tyle, że pies oddawał kał po 15—20 razy dziennie. Na sekcji również nie stwierdzono ani śladów zapalenia otrzewnej.

Inne psy jednak zwalczały niszczącą biegunkę: przy łaknieniu, dochodzącym nieraz do żarłoczności, albo nic nie traciły na wadze, albo bardzo niewiele. Tak np. pies „Sroka” przed operacją ważył 10000 grm., a już na 11-ty dzień ważył 11000 grm.; pomimo biegunki przerażająco dużo jadał. 35-go dnia po operacji pies ważył 11500 grm.; kał również był rzadki, choć więcej gęsty, niż w ciągu pierwszych 10—15 dni. Jego towarzyszką „Milka” na 50-ty dzień po operacji ważyła 13000 grm., przed operacją 12000 grm. To samo było mniej więcej i z innymi psami. Wszystkich tych psów na pierwszy rzut oka nie można odróżnić od normalnych: swoją wesołością, dobrym wyglądem po prostu sprawiają widzowi przyjemność, w niczem nie przypominając tego schudnienia i wyniszczenia, jakie opisuje ŁAMAŃSKI u jednego psa, który szczęśliwie przeżył operację wycięcia splotu trzewowego. Pies ŁAMAŃSKIEGO dopiero po 3-ch tygodniach zaczął się poprawiać i wrócił do pierwotnej wagi; po 8-iu tygodniach został zabity.

Jak już wspominałem, biegunka u psów przechodzi i kał staje się mniej więcej gęstym.

Otóż, u wyżej wspomnianego psa „Milki” kał już od kilkunastu dni był gęsty, koloru szarej gliny i zdawało się, że krew już nie pokaże się więcej; tymczasem po 43-ch dniach, które ubiegły od dnia operacji, zjawiała się krew; na drugi dzień kał znowu był mniej więcej normalny. W przeciągu następnych miesięcy kał u Milki był normalnej konsystencji, również nie zmienił się pod-

czas brzemienności, która nastąpiła od wspomnianego już psa „Sroki”. Jednak po oszczenieniu się—kał zjawiał się, prawda, dość gęsty, ale zupełnie czarny, jak smoła, bardzo smrodliwy. Po 8-iu dniach kał stał się znowu normalny. Pies „Sroka” również przez długi czas nie dawał z kałem krwi; jednak 25-tego dnia po operacji zjawiał się kał, jak zwykle, płynny, ale zupełnie koloru stali. Toż samo powtarzało się i później. Obecnie po 6½, miesiącach [u „Sroki“], kał jest normalny, choć od czasu do czasu bywał rozrzedzony.

Pod drobnowidzem w kale, zawierającym krew, można było widzieć, prawie niezmienione, czerwone i białe ciała krwi. W kale białym drobnowidz wykazywał obecność igieł — kryształów kwasów tłuszczowych; gdy kał był koloru stali, znaleźć można było kryształy hematoidyny.

Opisane wyżej objawy kliniczne u psów są w zupełnej zgodności z danymi, otrzymywanymi na stole sekcyjnym.

Przedewszystkiem na sekcji rzuca się w oczy zawartość krwistego płynu w żołądku i jelitach. Ta okoliczność najzupełniej tłómaczy pochodzenie krwistego koloru rozrzedzonych mas kałowych w ciągu pierwszych 7—10 dni po operacji.

Po obmyciu kiszek i żołądka występuje wybitne przekrwienie i krwotoki w żołądku, w górnym i dolnym odcinkach jelit cienkich i w górnym odcinku jelit grubych. Błona śluzowa środkowej części jelit cienkich, jak również i dolnej części jelit grubych (*rectum*) nie jest zmieniona.

Przekrwienie, krwotoki, znajdowali po wycięciu splotu trzewowego: PINCUS, SAMUEL, BUDGE, KOROLENKO.

U psa „Kruczka”, który naumyślnie został zabity 6-go dnia po operacji, na sekcji, dokonanej na moją prośbę przez docenta anatomii patologicznej, F. CZYSTOWICZA, rzucał się w oczy ciemnokrwisty kolor kiszek, z rozszerzonymi bardzo naczyniami w krezce. Kiszki były wypełnione płynną, krwistą masą; w błonie śluzowej żołądka i kiszek [we wskazanych częściach]—przekrwienie i krwotok świeżego pochodzenia.

Dlaczego jednak w ciągu następnych dni kał biały lub koloru szarej gliny zamieniał się czasami na kał koloru stali? Odpowiedź również daje sekcya. U psa „Plugawki”, który żył 25 dni i przedstawiał takie same objawy kliniczne ze strony przewodu pokarmowego, jak i inne psy, na sekcji stwierdzono wrzody okrągłe w żołądku, dwunastnicy i górnym odcinku jelit cienkich. Jedne z tych owrzodzeń były świeże, inne zupełnie zagojone lub gojące się — od wielkości łebka szpilki do 5-ciu kopiejek srebrnych. U psa „Kruczka” i „Wrony”, który zdech po 2-ach dniach, również wykryto w żołądku świeże owrzodzenia; tem należy sobie tłómaczyć wymioty czystą krwią tętniczną u tego ostatniego psa. Jasnym więc jest, że częste domieszki krwi w późniejsze dni po operacji pochodzą od wyżej wspomnianych owrzodzeń; stalowy kolor kału, który często bywa gęsty i przypomina wtedy gęstą masę z drobnych opilek stali, wskazuje, że krew pochodzi z górnych odcinków przewodu pokarmowego, gdzie, podlegając trawiającym własnościom soków, zmie-

nia się chemicznie i nadaje stalowy kolor masom kałowym. Rzeczywiście w tych przypadkach można było wykryć w kale obecność hematomidyny.

Na sekcji zwracał również uwagę silnie uwydatniony zanik kępek PEYER'a, które w stosunku do otaczającej błony śluzowej znacznie były zagłębione. U psów, które zginęły po upływie 1—24 godz. od operacji, kępki PEYER'a, jasno-czerwonego koloru, wystawały nad powierzchnią błony śluzowej.

II.

Mocz psów z wyciętymi splotami trzewowymi nie zawierała nawet śladów białka, cukru i acetonu. Aceton określałem zawsze w destylacie, stosując do tego próbę jodoformową według LE NOBEL'a lub KUNNING'a. Zwłaszcza aceton był przedmiotem długiego sporu pomiędzy różnymi badaczami. LUSTIG utrzymuje, że najstalszym zjawiskiem u psów z wyciętymi splotami trzewowymi jest obecność w moczu acetonu. Jednak PEIPER, VIOLA, KLECKI i inni obecności acetonu w moczu nie stwierdzili. Gdy cukier jedni znajdowali, jak MUNK i KLEBS¹⁾, to inni spotykali go, jako zjawisko przejściowe, inni znowu nie spostrzegali go zupełnie, jak np. VIOLA.

U wielu psów zwracała uwagę mocno żółta barwa moczu: barwników żółciowych jednak nie znalazłem.

U psów z wyciętymi splotami trzewowymi występują następujące objawy:

I. Przy życiu: 1) kał rozrzedzony:

a) krwisty w pierwszym okresie,

b) biały, lub koloru szarej gliny w drugim okresie; w tym ostatnim kał często bywa również rozrzedzony koloru ciemnej krwi lub stali.

c) bardzo złowonny.

2) w gęstym kale często zjawiają się duże płyty złuszczonego nabłonka, lub drobne, białe, albo żółte strzępki w wodnistym kale.

II. Na sekcji: 1) silne przekrwienia i krwotoki w żołądku, dwunastnicy, górnej i dolnej częściach jelit cienkich i w górnej części jelit grubych;

2) owrzodzenie w żołądku, dwunastnicy i górnej części jelit cienkich.

3) zanik kępek PEYER'a.

Pomimo biegunki i wszystkich wyżej opisanych objawów, trawienie szło prawidłowo; pod drobnowidzem rzadko zaledwie można było spotkać włókna mięśniowe prążkowane, gdy tymczasem strawa psów głównie była mięsna. Wydzielanie soku trzustkowego, jak to wykazałem w jednej ze swoich prac²⁾, nie zależy od *plexus coeliaci*.

Toż samo można przypuszczać i co do działalności gruczołów żołądkowych. W tym ostatnim względzie mogę przytoczyć zdanie PINCUS'a, który utrzymuje, że trawienie w żołądku idzie najzupełniej prawidłowo i po wycięciu splotu trzewowego.

1) Według MUNK'a i KLEBS'a przy moczówce cukrowej zanik trzustki rozwija się w następstwie zwyrodnienia komórek nerwowych zwoju trzewowego.

2) Gazeta Lekarska. Maj. 1900.

Uważam za właściwe przytoczyć protokół sekcji psa „Plugawki“. Sekcja była przeprowadzona przez docenta anatomii patologicznej, dra F. CZYSTOWICZA, któremu na tem miejscu wyrażam serdeczne podziękowanie.

Pies zdechł 31 maja. Tegoż dnia wykonana była sekcja. Protokół sekcji: „Ze strony otrzewnej — nic nienormalnego na miejscu rany, która przedstawia się zupełnie zagojoną. Ze strony skóry — rana nie jest jeszcze zupełnie zaciągnięta. Rażąca jest silnie uwydatniona bezkrwistość kiszek cienkich i grubych. Otrzewna wszędzie błyszcząca.

Po otwarciu żołądka okazało się, że jest próżny, pokryty śluzem, z różowawym odcieniem błony śluzowej. Na błonie śluzowej żołądka w rozmaitych miejscach rozrzucone są czarne plamy wielkości 5-iu kopiejek srebrn. i mniejsze. W jednym miejscu, mniej więcej odpowiednio do wielkiej krzywizny — widać owrzodzenie wielkości nieco mniejszej, niż 5 kopiejek srebrn., z brzegami wyżartymi; dno owrzodzenia nieco wypukłe, a na brzegach czarna obwódka.

Na niektórych, z pomiędzy czarnych plamek widać zagłębienie nieco różowawego koloru, wskazujące na rozpoczynające się owrzodzenie. W dwunastnicy, stosownie do jej długości, widać cztery zablizniające się owrzodzenia, również z wyżartymi brzegami, z wystającym dnem, na którym widać punkciki. Wzdłuż jelit cienkich występują ślady zabliznionych owrzodzeń. Kępki PEYER'a cienkie z wystającymi brzegami i z dnem siatkowatym. Na otrzewnej, odpowiednio do owrzodzeń, widać pigmentację; w dolnym odcinku jelit cienkich na błonie śluzowej widać pigmentację po byłych krwotokach, a w dolnym odcinku grubych jelit — świeże krwotoki; błona śluzowa kiszek na miejscach owrzodzeń przedstawia rozlane zgrubienie i nabrzmienie. Śledziona zmniejszona, blada. Wątroba normalna. W osierdziu wybroczyny krwawe. Serce przerosłe. W nerkach nic nienormalnego; w trzustce również. Zawartość jelit składa się z krwistego płynu. Na miejscu operacji [w jamie brzusznej] wszystko zagojone i nie widać nic nienormalnego.

III.

Należało jeszcze wyjaśnić, czy opisane wyżej zjawiska nie zależą od usunięcia łączności pomiędzy narządami jamy brzusznej a nerwami trzewowymi. Można było przypuszczać, że wycinając splot trzewowy, niszczymy drogę dla bodźców, idących od układu nerwowego ośrodkowego do kiszek wzdłuż nn. trzewowych i że spostrzegane zjawiska sprowadzają się po prostu do zjawisk, zależnych od przecięcia tych ostatnich nerwów. Ponieważ po przecięciu nerwów trzewowych — naczynia jelit mocno się rozszerzają, można więc było sądzić, że owo rozszerzenie wywołuje: 1) przesięki w jelitach, przekrwienie i wybroczyny, 2) wskutek przesięku — biegunkę. Z drugiej zaś strony biegunka mogła zależeć od tego, że, przerywając łączność nerwów trzewowych z kiszka, usuwamy hamowanie ich ruchu, które, jak wykazała PFLÜGER, powstaje za pośrednictwem nerwów trzewowych. W tym celu wyciąłem u 2-ch psów z każdej strony po 2 ctm. nerwów trzewowych. Na sekcji nie znalazłem przesięku w jelitach, których zawartość była normalnego, żółtawego koloru. Drugi pies, który został przy

życiu ¹⁾, nie miał zupełnie biegunki; kał był twardy i normalnego koloru.

A więc spostrzegane zjawiska należy przypisywać wyłącznie nieobecności u operowanych psów splotu trzewowego. [D. n.]

II. O SAMOISTNEM, NIEURAZOWEM ZŁAMANIU ŻEBER

U CHORYCH GRUŻLICZYCH I CHARŁACZYCH.

Przez

A. Chełmońskiego.

ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

— * — * —

Złamanie żeber samoistne t. j. spowodowane przez skurcz mięśni, uważane jest za sprawę chorobową bardzo rzadką.

GURLT, mówiąc o złamaniach tego pochodzenia, wymienia złamanie rzepki i wyrostka łokciowego jako najczęstsze, potem przytacza złamanie ramienia, uda, goleni i przedramienia. Nieurazowe zaś złamanie obojczyka, żeber, mostka i kręgów zalicza do nadzwyczaj rzadkich.

TILLMANS, w swojej Chirurgii szczegółowej, o interesującej nas kwestyi tak się wyraża: „W rzadkich przypadkach spotkać się można ze złamaniem żeber wskutek silnych mięśniowych skurczów np. przy silnym kaszlu, kichaniu, dalej u rodzących podczas porodu i t. p. Wogóle wszakże złamania żeber, zależne od skurczów mięśniowych, wtedy tylko są możliwe, kiedy istota kostna utraciła swą odporność wskutek nienormalnej kruchości lub miękkości“.

Przeglądając odnośny dział chirurgii przekonałem się, że wogóle interesującą nas kwestyą bardzo mało się dotąd zajmowano.

Obserwowałem kilkanaście (13) przypadków złamania żeber wskutek skurczu mięśni. Z tych przeszło połowa (8) odnosiła się do suchotników, reszta do chorych charłacznych. Co się tyczy złamań u chorych pierwszej kategorii, to przy rozpoznawaniu ich napotykały nieraz na duże trudności. Chorzy tacy, jak wiadomo, miewają dolegliwości ze strony klatki piersiowej wielorakiego pochodzenia, jako to: bóle i sensacje, zależne od choroby płucnej, nerwobóle i inne dolegliwości nerwowej natury. Wskutek tego skargi chorego bynajmniej nie doprowadzają do właściwego rozpoznania. Dopiero dokładne badanie przedmiotowe, dokładne systematyczne obmacywanie żeber wyjaśnia przy-

1) Żył przez 6 miesięcy i użyty został do innych doświadczeń.

czynę dolegliwości. Ponieważ wszakże obmacywanie to jest często połączone z dużym bólem, więc nieraz trudno wykryć charakterystyczny chrzęst i zбочzenie, trudno pod względem rozpoznawczym dojść do zupełnej pewności. Niektóre cechy, jako to: nagłe wystąpienie bólu, wzmagającego się przy każdym ruchu, kaszlnięciu, ścisła lokalizacya bólu, skłaniać powinny do dokładnego badania przedmiotowego.

Zjawisko złamania żeber wskutek skurczu mięśni obserwowałem zarówno u chorych z upośledzonym odżywieniem, jako też i u chorych względnie dobrze odżywionych.

O ile u suchotników miałem zawsze do czynienia ze złamaniem tylko jednego żebra, o tyle u chorych charłacznych spotykałem się ze złamaniem naraz kilku żeber, a w jednym przypadku przy badaniu pośmiertnem stwierdzono złamanie aż 5-ciu dolnych żeber. W przypadku tym na miejscach złamań stwierdzono blizny kostne, nie w jednym czasie sformowane. Żebra w tym przypadku były tak miękkie, że z łatwością, jak skóra na podszewę, giąć się dały i łatwo też prawie bez chrzęstu krajać je było można.

Profesor PRZEWOŚKI uważał zmiany te za skutek rozrzedzenia tkanki kostnej (*osteoporosis*). Przypadek ten dowodzi, że w podobnych razach zrastanie się żeber następuje łatwo.

Złamanie żeber samoistne obserwowałem tylko na dolnych żebrach, poczynając od 7-go.

Do omawianego złamania żeber nieraz wystarcza badzo drobny powód. We wszystkich, obserwowanych przeze mnie, przypadkach za taki powód uważać muszę kaszel, często niezbyt silny. Przebieg odnośnych złamań był u wszystkich znanych mi chorych łagodny. Przy leżeniu i obandażowaniu klatki piersiowej po dwóch, trzech tygodniach ból zupełnie ustępował, a na miejscu złamania stwierdzić było można niebolesną kostninę (*callus*). U jednego 30-letniego suchotnika po złamaniu wystąpiło kilka dni trwające krwioplucie.

Ponieważ, jak widzieliśmy, skargi chorego, towarzyszące złamaniu żeber, mogą być często fałszywie tłómaczone i sprowadzają badającego z właściwej drogi badania, a z drugiej strony przy badaniu pośmiertnem bez szczególniejszego powodu mało się zwraca uwagi na ścianę klatki piersiowej, a więc i żebra, więc też dlatego, jak sądzę, złamania żeber wskutek skurczów mięśniowych, które, jakśmy się przekonali, nie należą znów do spraw tak wyjątkowych, uważane są dotąd za bardzo rzadkie ¹⁾.

¹⁾ Zamieszczając niniejszy artykuł z uwagi na rzadkość omawianego cierpienia, żałujemy bardzo, że w pracy tej nie została pomieszczona odpowiednia kazuistyka, która poparłaby należycie wnioski autora. (*Red.*).

NOTATKI LEKARSKIE.

2. Leczenie błonicy surowicą swoistą. [Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32 Gaz. Lek. z r. 1900].

W roku ubiegłym, 1900-ym, miałem 80 przypadków błonicy, leczonej surowicą; wśród nich było: *anginae*—41, *laryngitidis*—16, *anginae c. laryngitide*—23. Zejść śmiertelnych było 4, t. j. 5% ogólnej liczby; wszystkie one należały do rzędu przypadków krtaniowych, których ogółem było 39, czyli 49% ogólnej liczby; dały one zatem 10% śmiertelności. Przypadków błonicy, nie leczonej surowicą, w roku ubiegłym nie miałem wcale.

Zestawiając dane z roku ubiegłego z liczbami z lat poprzednich [patrz Gaz. Lek. Nr. 32 z r. 1900], otrzymamy:

Rok	Licz. ogól. przyp.	Licz. przyp. śmiert.	To samo w %	Licz. przyp. krtan.	To samo w %	Śmiert. ich w %	Uwagi
1900	80	4	5	39	49	10	} Leczenie surowicą
1. VII. 95—1900	381	29	7,6	221	58	13	

Wincenty Puławski, [Radziejów].

Przegląd bibliograficzny

Dr WŁADYSŁAW NARTOWSKI, lekarz chorób nerwowych w Krakowie. **Elektrodyagnostyka i Elektroterapia dla użytku uczniów i lekarzy.** Z sześćciutablicami i trzystu czterema rysunkami w tekście. Kraków. Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego. 1901. str. VII i 375. Cena 18 koron.

Z radością witamy zawsze zjawienie się każdego podręcznika naukowego w języku własnym. Studyowanie czegokolwiek w języku obcym, w języku, w którym się nie myśli, jest zawsze pewnego rodzaju gwałtem, popełnianym na mózgu, bo pewna dość znaczna część energii mózgowej zużywa się na pokonanie trudności językowych, na przystosowanie się do obcego nam biegu myśli ze szkodą dla rzeczy samej. Książka, napisana we własnym języku najmiłszym jest kluczem do zdobywania potrzebnych wiadomości, zwłaszcza dla ludzi, którzy dobrze obcymi językami nie władają, albo z daną gałęzią wiedzy nie są dość oswojeni. Podręczników elektroterapii, nie licząc zupełnie zapo-

mnianego dzieła DROPSY'ego ¹⁾, mającego obecnie znaczenie bibliograficzne i podręcznika DOMAŃSKIEGO, wydanego w r. 1876, a więc zupełnie przestarzałego, nie mieliśmy wcale. Nawet tłumaczeń, o ile mnie pamięć nie zawodzi, nie posiadamy żadnych; dla tego dzieło kol. NARTOWSKIEGO zjawilo się w porę i zasługuje na szczegółową recenzję.

Strona zewnętrzna przedstawia się imponująco. Wydanie w całym znaczeniu wytworne: piękny papier, druk, drzeworyty. Powiedziałbym, że na nasze potrzeby jest to wydanie zanadto zbyt kosztowne, a na podręcznik za drogie [w handlu 9 rubli]. Koszt wydania możnaby było zmniejszyć przez usunięcie jakiej połowy rysunków bez straty dla jasności wykładu. Wszak rysunki całkowitych maszyn i oddzielnych przyrządów można znaleźć w pierwszym lepszym katalogu [np. HIRSCHMANN'a]. Dzieło kol. NARTOWSKIEGO składa się z trzech części.

Część pierwsza obejmuje jasno i szczegółowo wyłożone zasady elektryczności, opis lekarskich przyrządów elektrycznych i sposobu ich użycia. Znajdzie tu czytelnik nie tylko opis przyrządów do faradyzacji, galwanizacji i franklinizacji, ale także przyrządy do prześwietlania, galwanokauztyki, do prześwietlania promieniami RÖNTGEN'a, do kąpieli w świetle elektrycznym, do leczenia światłem elektrycznym [metoda FINSSEN'a], do wytwarzania prądów o wysokim napięciu [arsonwalizacja]. Jednym słowem, jest to opis przyrządów elektroterapeutycznych tak kompletny i tak szczegółowy, jak się rzadko w jakim podręczniku spotyka [razem stron 120].

Część druga przedstawia zastosowanie prądu elektrycznego do celów rozpoznawczych [elektrodyagnostyka], a więc podany jest opór ciała dla wszelkiego rodzaju prądów, działania tychże na skórę, mięśnie i nerwy. Tu znajdujemy bardzo piękne i oryginalnie pomyślane tablice COHN'a punktów pobudliwości.

Dalej idzie opis działania prądu elektrycznego wogóle [fizyologiczne, kateforeza, elektroliza, kataliza], oraz na oddzielne narządy [mózg, rdzeń, nerwy i t. d.]. Zmiany w prawidłowej pobudliwości nerwów i mięśni [odczyn zwyrodnienia], oraz zastosowanie światła elektrycznego do celów rozpoznawczych [prześwietlanie lamką oraz promienie RÖNTGEN'a] kończą tę również starannie opracowaną, jak poprzednia, drugą część dzieła kol. NARTOWSKIEGO.

Mielibyśmy do zarzucenia autorowi, że mówiąc o wygaśnięciu pobudliwości elektrycznej, nie wspomniał o ciekawym a rzadkim zjawisku w chorobie, opisanej po raz pierwszy przez WESTPHAL'a [czasowe wygaśnięcie wszelkiej pobudliwości elektrycznej przy objawach całkowitego a przejściowego i peryodycznego bezwładu kończyn]. Przy opisie wartości rozpoznawczej promieni RÖNTGEN'a, autor zamało uwzględnił choroby wewnętrzne [tętniaki, nowotwory śródpiersia, gruźlicę i t. d.] a jednak tak tam, jak i tu znalazłby sporo danych we własnej literaturze.

Trzecią część swojej pracy [stron 170] autor poświęca elektroterapii. W części ogólnej rozpatruje wartość prądu elektrycznego w leczeniu i działanie tegoż psychiczne, oraz wypowiada uwagi ogólne przy stosowaniu prądu elektrycznego do celów leczniczych, a w szczególności stosowanie galwa-

¹⁾ „Elektryczność i magnes w stanie zdrowia i choroby człowieka. Napisał JÓZEF DROPSY krakowianin. Dzieło na nowych odkryciach oparte, przyjęte do konkursu ogłoszonego przez Cesarza Francuzów, obecnie panującego. Wydane w Paryżu, teraz zaś znacznie powiększone i nowemi spostrzeżeniami wzbogacone. Petersburg 1860“. Jest to dzieło pełne entuzjazmu dla elektroterapii, zupełnie bezkrytyczne, które się czyta jako *turiosum*.

nizacyi, franklinizacji, galwanokaustyki, elektrolizy, kataforezy, kąpeli elektrycznych, kąpeli w świetle elektrycznym ¹⁾, arsonwalizacji i promieni RÖNNGEN'a. W części szcze g ó l n e j przedstawiono zastosowanie elektryzacji w chorobach mózgu, rdzenia, zmysłów, nerwów, mięśni, stawów, w nerwicach, w chorobach przemiany materii, narządów moczopłciowych, oraz skórnych i wenerycznych [metoda FINSEN'a].

Napisanie dobrego podręcznika elektroterapii w czasie obecnym niemałe przedstawia trudności. Niedawno EULENBURG przyrównał MOEBIUS'a do MARCINA LUTRA. MOEBIUS wstrząsnął dotychczasowymi dogmatami elektroterapii z taką siłą, że ani sławny kongres frankfurcki [1895], ani późniejsze repliki elektroterapeutów niezdolały obalić znacznej części jego zarzutów. Zgodzono się powszechnie, że dotychczasowe obserwacje elektroterapeutów są za mało krytyczne, że metodyka tej części terapii nie dość jest wyrobiona, że na każdym kroku czuć się tu daje brak pozytywnego gruntu do rzetelnej oceny leczniczej wartości elektroterapii. Z drugiej jednak strony zgodzono się również na to, że elektroterapia wartość tę posiada i to nie tylko jako *vehiculum* sugestyi, gdyż co najmniej $\frac{1}{3}$, według MOEBIUS'a, a $\frac{2}{3}$, według EULENBURG'a dodatnich jej wyników nie zależy od sugestyi, tylko od fizycznych własności prądu elektrycznego.

Podręcznik elektroterapii powinien jasno i krytycznie rozebrać wszelkie zarzuty, przeciwko niej wymierzone, obronić to wszystko, co na obronę zasługuje, oraz wpoić w czytelnika zasady racjonalnego stosowania elektroterapii i sprawiedliwą ocenę jej skutków. Bez tego zawsze będziemy się błąkali, jak powiada EULENBURG, po różnych zakątkach patologii, będziemy elektryzowali dziś padaczkę i psychozy, jutro koklusz, zimnicę, białaczkę lub cukrzycę... *alles wo möglich vom Sympathicus aus!* Czy autor nasz temu zadaniu sprostał?

W elektroterapii ogólnej w kilku słowach rozprawił się z MOEBIUS'em, a jednak i w naszej literaturze ta kwestya była w swoim czasie dość obszernie poruszona ²⁾. Zato autor wymienia szczegółowo, jakie to badanie powinno poprzedzić leczenie prądem elektrycznym. A więc: wywiady, uwzględnienie dziedziczności, badanie zmysłów, a głównie dna oka i ucha, oznaczenie jakości odruchów i t. d. „Nie mniej dla lekarza, zajmującego się elektrycznością, nie powinno brakować [sic!] wiadomości z dziedziny chorób umysłowych“ [str. 206]. Dziwnie to jakoś brzmi! Nam się zdaje, że elektroterapeutą może być tylko lekarz, któremu nie powinno „brakować“ żadnych wiadomości z dziedziny patologii wewnętrznej, który umie badać chorego i rozpoznawać choroby, gdyż w przeciwnym razie będzie tylko rzemieślnikiem lub szarlatanem.

W dalszych rozdziałach autor nie liczy się wcale ze słusznymi zarzutami wskazań, jakie spotkały elektroterapię, ani też nie ogranicza jej ściśle. Spotykamy tu dawne błędy, sprzeczności i iluzje. Po dawnemu autor twierdzi, że „bezpośrednia galwanizacja głowy jest nadzwyczaj skuteczną w przeważnej ilości spraw chorobowych w mózgu, zwłaszcza w tych, które są więcej umiejscowione w pewnych częściach. Tutaj należą: krwotoki, zapalenia, sprawy nowotworowe, a z chorób więcej rozsianych w całym mózgu i jego oponach, *arteriosclerosis* naczyń mózgowych, *paralysis progressiva* a wreszcie najrozmaitszego rodzaju psychozy“. [Str. 276].

Czy to nie za wiele? Jakże skromnym jest w tej mierze najpoważniejszy przeciwnik MOEBIUS'a, prof. EULENBURG, który powiada: „czy elektryczność

¹⁾ Temu przedmiotowi autor poświęcił osobną pracę. Kraków. 1900. str. 45.

²⁾ *Gaz. Lek.* 1895 Nr. 10. Elektroterapia przed sądem krytyki współczesnej.

może mieć jaki wpływ na sprawy ogniskowe w mózgu lub rdzeniu, wolno o tem wątpić, a przynajmniej nie pewnego o tem nie wiemy, dla tego możemy się wstrzymać od t. zw. elektryzacji centralnej¹⁾.

Dla kol. NARTOWSKIEGO jest rzeczą pewną, że „prąd galwaniczny przechodzi w rzeczywistości przez tkankę mózgową, czego zresztą jasnym a łatwym do wykazania dowodem są zawroty przy nieuważnem postępowaniu w włączaniu odpowiedniej siły prądu“. [Str. 278]. Jak tu pogodzić takie zapatrywanie ze zdaniem tak prawowiernego elektroterapeuty, jakim jest R. VIGOUROUX, który powiada, że „niema ani jednego faktu, któryby dowodził, iż jakikolwiek bądź sposób elektryzacji głowy może wpływać na mózg [w granicach siły prądu, używanej w elektroterapii]. Znane powszechnie objawy, otrzymywane przy galwanizacji głowy, zależą poprostu od podrażnienia organów zmysłów. Poza tem podrażnieniem nie otrzymano żadnego oddziaływania, któreby można uważać za pochodzące od działania na mózg. To samo stosuje się do rdzenia. W chorobach ośrodków mózgo-rdzeniowych elektryczność może działać pośrednio, polepszając stan ogólny, zaradzając niektórym powikłaniami np. zaparciu stolca u hemiplegików²⁾. Według autora, w niektórych psychozach można prądem elektrycznym osiągnąć o wiele więcej, aniżeli innemi metodami leczenia [str. 288]. Na usprawiedliwienie można chyba powiedzieć to, że autor do psychoz zalicza macinnictwo [t. j. histeryę] i neurastenię [str. 289]. Autor w zapale twierdzi, iż „wiad rdzenia od czasu zastosowania prądu elektrycznego nie jest już w całym znaczeniu tego słowa nieuleczalnym“ [str. 294].

W *railway-spine* [czemu nie nerwicy urazowej?] można osiągnąć niekiedy zadawalające wyniki. Nie należy tutaj atoli używać zbyt silnych prądów [tego nigdy nie należy robić *przyp. spraw.*], unikać franklinizacji [dla czego? *p. spr.*], a stosować głównie prąd galwaniczny [dla czego? *p. spr.*] i światło elektryczne, które dobrze działa tam, gdzie niema głębszych zmian anatomicznych i objawów, istniejącego już zwyrodnienia“ [str. 286]. Czyż nie miał racyi MOEBIUS powiedzieć, że w elektroterapii — *wir haben mehr Dogmata, die vielleicht zum Theil Phantasmata sind als Demonstrata!*

Nie podobna nam jest mnożyć przykładów, które dowodzą, że autor nie usiłował poddać krytyce błakających się po różnych elektroterapiach staroświeckich poglądów i przesądów, które właśnie wywołały ostrą krytykę nie tylko ze strony MOEBIUS'a, ale i niektórych szczerych zwolenników elektroterapii. Rozumiem dobrze, że nie łatwo być reformatorem elektroterapii, ale przecież istnieją podręczniki, w których unikając bezwzględnie sceptycyzmu MOEBIUS'a, zachowano pewną miarę krytyczną.

Wolelibyśmy, aby autor poprzestał na wydaniu dwóch części swego dzieła, aniżeli że, przez pośpiech zapewne, dał nam elektroterapię jakąś przestarzałą i niedość krytyczną. Braku literatury w podręczniku kol. NARTOWSKIEGO bynajmniej za zasługę nie poczytuję. Autor tłómaczy się w przedmowie, że chciał podać literaturę przedmiotu, ale szczerze przyszy mu na myśl słowa VIRCHOW'a, który wzywa swoich współpracowników, ażeby unikali cytat, gdyż one nie tylko nie uczą czytelników, ale nawet nie przekonują ich o użoności autora. Nie wiem, przy jakiej okazji VIRCHOW te słowa powiedział, ale ta właśnie jedyna cytata, jakiej użył kol. NARTOWSKI nie trafia na tem miejscu do mego przekonania. Podaje się literaturę przedmiotu

1) Berlin. klin. Woch. 1892 Nr. 8 i 9 i Gaz. Lek. 1. c.

2) Elektrotherapeut. Streitfragen. Wiesbaden. 1892 str. 50 lub Gaz. Lek. 1. c.

nie, dla wykazania swej uczoności, tylko dla tego, ażeby czytelnikowi dać możność i łatwość głębszego studyowania niektórych interesujących go działów. W naszej literaturze BIEGAŃSKI wprowadził bardzo chwalebny zwyczaj jaknajszczegółowszego uwzględnienia prac polskich. Wychodzi to na dobre autorom i czytelnikom.

Niektóre usterki językowe wartoby w następnem wydaniu poprawić. Jest ich naogół niewiele: *rodzai* zamiast rodzajów, *pojedynczy* w znaczeniu *einfach*, *senzacya*, dla lekarza nie powinno brakować wiadomości. Po co wreszcie używać tego nieszczęśliwego terminu *macinictwo*, zamiast utartej *histeryi*, zwłaszcza, że owo maciczne pochodzenie tej choroby jest przecie fikcją?

A. Puławski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— EDG —

Posiedzenie z dnia 26. III. 1901 r.

- 1) S. ENDELMAN przedstawił przypadek typowego zaśnięcia krwawego.
- 2) KARCZEWSKI przedstawił 15-letnią dziewczynę z krzywą szyją pochodzenia mięśniowego (*caput obstipum musculare*). Na twarzy chorej istnieje wybitna asymetria: prawa połowa twarzy jest większa, niż lewa i w swej górnej części, jak gdyby posunięta ku górze. Krzywa szyja datuje się od urodzenia; głowa jest nachylona ku lewemu barkowi i nieco ku przodowi, broda zwrócona ku prawej stronie i ku górze, głowa *in toto* przesunięta ku stronie prawej. Na szyi z lewej strony wyczuwa się część mostkową mięśnia mostko-obojeżyko-sutkowego pod postacią grubej, twardej taśmy szerokości 1 ctm. Prócz tego istnieją jeszcze następujące zbożenia w rozwoju: lewy obojczyk o 2 ctm. jest dłuższy, niż prawy; prawidłowe zagięcia na nim są bardzo nieznaczne; lewa łopatka położona jest wyżej niż prawa; odcinek szyjowy kręgosłupa tworzy znaczne skrzywienie boczne w stronę prawą; odcinek pierśowy skrzywiony jest wybitnie ku stronie lewej; w lędźwiowym zaś odcinku kręgosłupa istnieje skrzywienie boczne prawostronne. Skrzywienia te uwydatnia doskonale przedstawiony rentgenogram. Dokonano operacji przecięcia lewego mięśnia mostko-obojeżyko-sutkowego według metody MIKULICZA.
- 3) KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił 30-letnią wieśniaczkę, która od 10-go roku życia doznaje stopniowo zwiększającego się drżenia i skurczów w lewej ręce. Ręka ta prawie stale wykonywa najrozmaitsze ruchy, przypominające po części ruchy płasawicze, po części atetozę, chwilami zaś ruch rytmiczny, a nawet drżenie zamiarowe. Charakter ruchów zależy nieraz od pozycyi, w jakiej ręka się znajduje. Chwilami występują, prócz tego, lekkie skurcze kloniczne w mięśniach lewej połowy twarzy. Poza tem żadnych zaburzeń ani w sferze ruchowej, ani czuciowej nie wykryto. K. w danym przypadku wyklucza w zupełności histerję, a przypuszcza istnienie niewielkiego ogniska stwardnienia, umiejscowionego być może w *nucleus lentiformis* lub *thalamus opticus*, które drażni pośrednio drogi piramidalne, biegnące do ręki i twarzy.
- 4) LUXENBURG przedstawił chorą, dotkniętą obrzękiem śluzowym (*myxoedema*), u której z dobrym wynikiem przeprowadzona została kuracya pastyl-

kami tyreoidyny—w dawkach wzrastających. Chora, lat 19, przed rozpoczęciem kuracji przedstawiała objawy następujące: miękkie poduszcowate wygórowania na karku i nad obojczykami, brzuch duży, wzdęty; znaczny obrzęk stóp, golenie niemal cylindrycznej formy; na twarzy, na prawej górnej kończynie i na prawej łopacie:— *erythema elevatum*; skóra sucha, chropowata—*lichen vulgaris*; nadmierne owłosienie na grzbiecie; *uterus infantilis*; w moczu nieco białka i cukru. Podmiotowo: uczucie suchości w nosie i ustach, pragnienie, ściskanie w gardle, duszność, uporczywy ból w krzyżu. Poprawa po leczeniu polegała na tem, że ustąpiły objawy podmiotowe, znikł obrzęk skóry, wysypka i owłosienie na grzbiecie.

5) BARSZCZEWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Czego wymaga klinika od radioskopii i radiografii“. Rzecz ta drukowana będzie w Gazecie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

49. M. Einhorn. Syfilis żołądka.

Objawy dyspeptyczne, chociaż nie często, występują przecie w drugim i trzecim okresie przymiotu; gdy jednak zaburzenia w przewodzie pokarmowym w okresie drugim przypisujemy zakażeniu ogólnemu, gorączce i t. p., natomiast w okresie trzecim cierpienia żołądka bywają natury swoistej i zależą od spraw anatomicznie umiejscowionych w tym narządzie. Zaznaczając, iż cierpienia podobne, co do swej istoty zupełnie odpowiadają najrozmaitszym przejawom trzeciego okresu syfilisu w innych narządach, bywają jednak częściej rozpoznawane przy oględzinach pośmiertnych, niż za życia chorych. Autor opisuje 6 przypadków z własnej praktyki, zakończonych, pomimo groźnych objawów, zupełnie wyzdrowieniem pacjentów.

Przypadki przymiotowego cierpienia żołądka autor dzieli na trzy grupy:

1) Przymiotowy wrzód żołądka. W obu przypadkach tej grupy objawy chorobowe nie ustępowały, pomimo zwykłych dla wrzodu żołądka zabiegów leczniczych, dopiero po zastosowaniu swoistej kuracji, ze względu na przebyty przez pacjentki przymiot, chore zupełnie wyzdrowiały.

2) Przymiotowy guz [*respect. nacieczenie*] żołądka. Przypadki podobne znane były dotychczas tylko z protokółów sekcyjnych, autor jednak rozpoznał je dwa razy. Robiły one wrażenie guzów złośliwych, pomimo to znikły zupełnie po jodku i wcieraniach rtęci.

3) Dotychczas nie opisywane przymiotowe zwięźnienie odzwierni k a z następczem rozszerzeniem żołądka. I tu, po wielu nieudanych próbach terapeutycznych, autor, dowiedziawszy się z wywiadów o przebyłym przymiocie, zastosował leczenie swoiste z wybornym wynikiem.

Widzimy więc, że przymiot trzeciorzędny występuje czasami pod postacią poważnych cierpień żołądka, które jednak przy zastosowaniu odpowiedniej kuracji są zupełnie uleczalne.

Powinniśmy więc przy ciężkich cierpieniach przewodu pokarmowego pamiętać i o tle przymiotowym, a unikniemy nieraz niepotrzebnej operacji lub innego bezskutecznego w danym przypadku postępowania.

(*Archiv für Verdauungs-Krankheiten, tom 6, zeszyt 2*).

J. Lipsztat.

50. E. Loison. O. leczeniu chirurgicznym rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej skutkiem przedziurawienia kiszki cienkiej podczas tyfusu brzuszego.

Autor rozróżnia 2 rodzaje zapalenia otrzewnej w przebiegu tyfusu: *péritonite par propagation*, gdy zajęcie otrzewnej jest następstwem niezupełnego przerwania ciągłości ściany kiszki, a przynajmniej niedostępnego dla wzroku, i *péritonite perforative*, przy którym sprawa przedziurawienia kiszki występuje mniej lub więcej wybitnie. Ta druga postać zapalenia otrzewnej spotyka się znacznie częściej od pierwszej, przytem godnym zanotowania jest ten fakt, że przeważająca liczba tego rodzaju powikłań w tyfusie przypada na rasę angielską.

Miejsce przedziurawienia znajduje się zwykle w odcinku dolnym kiszki cienkiej (*jejunum*), mniej więcej na przestrzeni ostatnich 50-iu ctm; prócz tego znajdowano je w kiszce ślepej, w wyrostku robaczkowym, oraz w wyrostku MECKEL'a. Przedziurawienie kiszki w tyfusie może wywołać zapalenie otrzewnej ograniczone lub rozlane. Co się tyczy pierwszego, to zdarza się ono bardzo rzadko i oczywiście nie przedstawia powikłania tak dalece groźnego, jak zapalenie otrzewnej rozlane, któremu też autor wyłącznie poświęca całą uwagę.

Podług statystyki MURCHISON'a, śmiertelność wskutek *peritonitis perforativa* w tyfusie brzuszynym wynosi 95%. Jest to odsetka zastraszająca, i nie dziwnego, że zwróciła na siebie uwagę i chirurgów, którzy od lat kilku podjęli walkę z omawianem powikłaniem u chorych na tyfus. LÜCKE w r. 1885 pierwszy odważył się na wykonanie laparotomii u chorej tyfusowej z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej, przytem zejście było niepomysłne i chirurg ten nie znalazł naśladowców. Dopiero przypadki odnośne, ogłoszone przez DIEULAFOY w r. 1896, zachęciły chirurgów do dalszych prób w kierunku powyższym.

Z danych statystycznych różnych autorów wypada, że dotychczas otrzymano wyniki pomyślne przeciętnie w 21% przypadków, operowanych przez cięcie brzuszne. Wogóle przedziurawienie miewa miejsce w 2-im, 3-im lub 4-tym tygodniu choroby; o wiele ważniejszym jednak jest dla chirurga czas, który powinien upłynąć pomiędzy chwilą przedziurawienia kiszki a przystąpieniem do zabiegu. Podług spostrzeżeń autora, czas najbardziej odpowiedni do otwarcia jamy brzusznej stanowią pierwsze 24 godziny od chwili wystąpienia objawów perforacyi. Im dłużej wyczekiwać, tem rokowanie staje się gorszem chociaż spostrzegano przypadki pojedyncze, w których laparotomia, wykonana 2-go i 3-go dnia od powstania rozlanego zapalenia otrzewnej, ratowała jeszcze życie choremu.

Z drugiej strony, nie należy się zbyt bardzo spieszyć z zabiegiem, mianowicie w przeciągu pierwszych 6-iu godzin od chwili wystąpienia przedziurawienia kiszki, a to w celu przeczekania wstrząsu, któremu ustrój w tych okolicznościach zwykle podlega.

Zarzuty, czynione leczeniu chirurgicznemu otrzewnej w tyfusie brzuszynym, są następujące:

1) trudności w dość wczesnem rozpoznaniu perforacyi. Zdaniem jednak autora, wiele tu zależy od bystrości chirurga i zdawania sobie dokładnej sprawy ze wszelkich objawów.

2) Niepomysłny stan ogólny chorych, podlegających operacyi. Trzeba przyznać, że w istocie laparotomia dla osobnika, dotkniętego zakażeniem ogólnem, jest zabiegiem bardzo poważnym. Z tego też względu operacya powinna być przeciwwskazaną w przypadkach bar-

dzo ciężkiego stanu tyfoidalnego, powstającego wskutek t. zw. a d y n a m i i całego ustroju.

3) Trudności w odnalezieniu podczas operacji miejsca przedziurawienia; zły stan ściany kiszki; obecność wielu naraz otworów. Stając w obronie laparotomii, autor zaznacza, że na 107 przypadków operowanych nie zdołano odszukać miejsca przedziurawienia zaledwie w 8-iu przypadkach; pomimo to w 4-ch z nich otrzymano wyleczenie przez zastosowanie przedrenowania jamy brzusznej.

Co się tyczy zmian patologicznych w ścianie kiszki, to nie bywają one tak dalece posunięte, ażeby nie można było wykonać szwu. W razie przedziurawienia w kilku miejscach, należy kolejno pozamykać szwami wszystkie otwory; jeśli zaś perforacya wystąpi w miejscu świeżem wtórnie, t. j. po pewnym przeciągu czasu po zabiegu, to należy przystąpić do laparotomii poraz drugi, a nawet i trzeci, jak to uczynił CUSHING w swym przypadku, zresztą pomyślnie zakończonym. Gdy mamy do czynienia z wieloma otworami w ścianie kiszki, a przytem umiejscowionymi na stosunkowo niewielkiej przestrzeni, to należy przystąpić do rezeceki kiszki, co naturalnie czyni rokowanie znacznie gorszem.

Cel zabiegu chirurgicznego w przypadkach zapalenia rozlanego otrzewnej w tyfusie brzuszny polega: 1) na zaszcyciu otworów w ścianie kiszki i 2) na leczeniu samego zapalenia otrzewnej.

Cięcie brzuszne wykonywa się najczęściej w smudze białej w uśpieniu chloroformowem, eterowem lub, lepiej jeszcze, przy kokainizacyi rdzenia. Na otwór, powstały przez perforacyę, nakładać należy szew dwupiętrowy LAMBERT'a, poczem korzystnie jest przepłukać dokładnie jamę otrzewnej rozczynek fizyologicznym soli, oraz pozostawić pewną ilość rozczyngu Na Cl w jamie otrzewnej.

Przedrenowanie jamy brzusznej LOISON stosuje w ten sposób, że jeden pasek muslinu wyjąłowanego wprowadza przez górny kąt rany pomiędzy pętle kiszki ku górze, drugi pasek przez dolny kąt — do jamy DOUGLAS'a, a pomiędzy oba tampony wprowadza jeszcze szeroki sączek gumowy, owinięty w muslin.

Autor przytacza też szczegółowy opis przypadku, osobiście spostrzeżanego.

Na posiedzeniu Tow. Chirurgicznego Paryżkiego w końcu roku 1900 przytoczono 2 przypadki rozlanego zapalenia otrzewnej w przebiegu tyfusu, leczone przez LEGUEU za pomocą laparotomii. W jednym przypadku, operowanym po upływie 10-iu godzin od chwili wystąpienia objawów ze strony otrzewnej, nastąpiła śmierć. Drugi przypadek, operowany po 6 godzinach od chwili przedziurawienia kiszki, zakończył się wyzdrowieniem. W d y s k u s y i: LÉJARS zaznaczył, że objawy przedziurawienia kiszki w tyfusie są następujące: żywy ból w okolicy prawego dołu biodrowego, skurez bolesny powłok brzusznych, obniżenie lub podniesienie się nagle ciepłoty ciała, częstość tętna, wreszcie charakterystyczny wygląd twarzy.

(*Revue de Chirur.* Nr. 2. 1901).

L. Zembrzuski.

51. K. Ullmann. O leczniczem działaniu miejscowego przekrwienia, wywołanego przez ciepło, na przewlekłe i zakaźne owrzodzenia.

Już w 1892 r. WELAENDER stosował ciepło w celu zniszczenia jadu wrzodu miękkiego. Taż sama idea lecznicza [wywołanie przekrwienia miejscowego]

leżała w podstawie doświadczeń BIER'a nad działaniem zastoinowego przekrwienia na gruźlicę kości i t. d.

Zasługą BUCHNER'a jest rozwinięcie nauki o obronnych urządzeniach ustroju i bakteryobójczych własnościach krwi. Podług tych badań, we krwi i jej poszczególnych częściach składowych [białe ciała, surowica] znajdują się w specjalnie dużej ilości proteolityczne fermenty, znane pod nazwą aleksyn, a sama krew posiada wybitne własności chemiczne rozpuszczania i wsysania patologicznych produktów tkanek.

Przy leczeniu cierpień skórnych stosuje się przekrwienie tętnicze. Wywoływać je można różnemi czynnikami chemicznymi [chryzarobina, antrarobina], lub fizycznymi [kąpiele gorące i zimne, promienie RÖNTGEN'a].

Stosowanie ciepła jest najprostszą i najwięcej znaną metodą. W porównaniu z innymi posiada tę przewagę, że można bardzo dokładnie je dozować i wyłączyć wszelkie uboczne działania [o ile się nie stosuje ciepła promieniującego i światła].

Do leczenia wrzodów stosowano rozmaite rodzaje ciepła. ANDRY, KRÖSING, SCHOULI i inni używali promieniującego ciepła, starając się leczyć wrzody weneryczne rozpalonem żelazem, trzymanem 10—15 sekund w odległości 1—4 mm. od wrzodu. Zabieg ten jest bolesny i stosować go można tylko do małych powierzchownych owrzodzeń. W praktyce ma on małe zastosowanie, równie jak bezpośrednio przypalanie wrzodów i spray z gorącego powietrza [HOLLAENDER]. Przypalanie wogóle jest bronią obosieczną, ponieważ zniszczone tkanki przez gorąco mogą być podłożem dla rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych.

Najwięcej oszczędzającą zdrowe tkanki metodą jest ciepło pod postacią ciepłych kąpiei, irygacji, termoforów.

WELAENDER pierwszy stosował takie ciepło do leczenia wrzodów miękkich; dzięki przyrządowi dra BERLIN'a można w ten sam sposób leczyć *favus*, *ulcera cruris*, *gummata* i t. d. Niedogodnością jest to, że ciepło trzeba stosować długo [2—3 dni] i dokładnie utrzymywać ciepłotę wody, płynącej w rurach [$+2^{\circ}$].

Podwyższenie jej na 1 stopień wywołuje często pęcherze na skórze.

Podobne działanie na wrzody i stany przewlekłe zapalne mają okłady ze szlamu, fango, wody i t. d. Niekiedy można osiągnąć doskonałe wyniki, stosując stałą ciepłą kąpiel HEBRA'y.

Autor stosował metodę leczenia ciepłem powietrzem w przypadkach różnych przewlekłych nacieków i wrzodów na skórze, w mięśniach i okostnej.

Do ogrzewania używał U. pudełek ogrzewających KRAUSE'go, REITLER'a i BIER'a. Do części płciowych męskich stosował U. przyrząd własnego pomysłu. Wogóle wszystkie te aparaty muszą być tak urządzone, aby pozwalały choremu w możliwie dogodnej pozycji znosić ciepłotę od 80° — 150° C. w ciągu godziny. Skóra reaguje zwiększeniem działalności gruczołów potowych [samobrona ustroju przed uszkodzeniem zdrowego naskórka], rozszerzeniem naczyń krwionośnych. Następuje przekrwienie i obrzęk skórny w całej grubości, co jest uważane za moment leczniczy.

Ciepłota ciała nie podnosi się. W jednym tylko przypadku zauważono podniesienie się o $0,4^{\circ}$ C. Bardzo często występują ogólne poty, nawet, jeżeli działaniu ciepła była poddana mała część ciała.

Pewne ograniczenia stosowaniu ciepła należy postawić u osób starych, chorych na rdzeń, nerwowych, u których uprzednio należy wypróbować czucie na ciepło.

Powietrze w przyrządzie powinno być możliwie suche, inaczej skóra może uleść oparzeniu.

Stosując pudełko BIER'a, należy pamiętać, aby termometr był umieszczony na jednym poziomie z raną, a skóra starannie okryta watą, z wyjątkiem miejsca leczonego. Z początku stosuje się niższe stopnie [80°] stopniowo i wyższe [100°—150°], kierując się zresztą samopoczuciem chorego. Zabieg powinien być zupełnie niebolesny.

Już po jednogodzinnem stosowaniu ciepła 90°—130°, wrzody zmieniają wygląd. Brzegi stają się grube, obrzękłe, dno podnosi się czasem ponad poziom. Zmiana wrzodów w czystą, ziarninującą ranę następuje zwykle po 4—7-dniowym stosowaniu ciepła, z początku dwa razy dziennie, później raz.

Najtrudniej leczą się wrzody żołądki. Wogóle z 21 przypadków U. wyleczył 18 w ciągu 5—24 dni, nie stosując żadnych innych środków. W pozostałych trzech trzeba było wrzody łyżeczkować i zasypywać jodoformem. Przy istniejącej fimozie, należy uprzednio otworzyć dostęp przez cięcie grzbietowe, lub obcięcie napletka.

Rany goiły się *per primam*, choć po operacji, *experimenti causa*, stosowano tylko opatrunki aseptyczne. Zdaje się, że i przy innych operacyjnych zabiegach [plastyka, nacięcia] sztuczne przekrwienie wywiera wpływ dodatni.

Bardzo wybitnem jest działanie ciepła na wrzody i nacieki syfilityczne, pęknięcia i nadżarcia w okolicy stolca, złogi dyfterytyczne i t. d.

Przewlekłe wrzody i gumaty, zapalenia naczyń chłonnych i gruczołów tracą, po ogrzaniu do 80°—130°, swój atoniczny charakter i nabierają skłonności do prawidłowego gojenia się.

Przy *ulcus cruris* leczenie ciepłem często musi być poprzedzone przez wycięcie brzegów bliznowatych i żyłaków. U. nie widział złych skutków po leczeniu ciepłem. Należy jednak pamiętać, że przy istnieniu ognisk ropnych zamkniętych, może nastąpić szybsze wysysanie się ropy, podwyższenie ciepłoty, przy leczeniu zaś *ulcus cruris*—długi, trwający tygodniami, obrzęk gołeni.

Wrzodów pod i nad zwieraczem prostnicy, także wewnątrz pochwy nie należy leczyć ciepłem z powodu trudności technicznych.

(Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. 1901).

B. Bartkiewicz.

WIADOMOŚCI DROBNE.

— Operacja przepukliny pępkowej z rezekcją wypadłego płata wątroby. KÜSTNER widział noworodka, który oprócz przepukliny pępkowej nie przedstawiał żadnych innych nieprawidłowości i był dostatecznie rozwiniętym. Wielkość przepukliny dochodziła pomarańczy z średnicą około 8 ctm. Pępowina przyczepiona była u dolnego brzegu przepukliny i stąd biegły naczynia ku dolnej powierzchni wątroby. Poprzez przepuklinę widać było błyszczące, ruszające się kiszki. Przystąpiono do operacji. Worek przepuklinowy został odcięty nożyczkami na granicy z naskórkciem; naczynia zostały podwiązane. Jedno naczynie, prawdopodobnie żyłne—biegło do przyrośniętych do dolnego brzegu przepukliny pętlki cienkich kiszek; naczynie to zostało również podwiązane.

Przyrost ten, idący do cienkich kiszek, miał formę płaskiego wachlarza koloru różowego i przedstawiał *diverticulum Meckelii*. Wyrostek robaczkowy leżał na prawo od pętlicy kiszki cienkiej. Po oddzieleniu przyrostu kiszek nożyczkami Co-

PER'a, autor oddzielił również nożyczkami część przyrośniętą wątroby. Przyrost ten nie był rezultatem sprawy zapalnej, ale stanowił *lig. suspensorium hepatis*. Po wprowadzeniu pętlic kiszek do jamy brzusznej, wątroby nie próbowano wprowadzić, nawet po rozszerzeniu rany ku dołowi z obawy, aby nie uszkodzić konsystencji tkanki wątrobowej. Z powodu tego — pęcherzyk żółciowy został odseparowany a płat wątroby oddzielony za pomocą *ferrum candens* i krwotok PAQUELIN'em zatomowany.

Następnie wprowadzenie zawartości przepukliny do brzucha nastąpiło łatwo — rana brzucha została zaszyta. Rekonwalescencja następowała bez przeszkody. Dziecko, ważące z początku 3130 grm., 6-go dnia ważyło 2750 grm., odtąd zaś do 11-go dnia na wadze zyskiwało.

Opatrunek, pomimo rychłozrostu, przemakał stale krwią; 11-go dnia — krwawe wymioty; 12-go — krwawy stolec; stan bezgorączkowy; 19-go dnia podniesienie ciepłoty do 38,9; 21-go dnia przy objawach melanemii dziecko zmarło. Autopsja wykazała zrost wątroby na miejscu rezekowanego płata ze ścianą brzucha; w bezpośrednim sąsiedztwie pętli kiszek zrośnięte z sobą. W jamie otrzewnej żadnej zawartości. W żołądku żadnych owrzodzeń.

Gerlach.

— HALBAN zastosował podśluzowe wstrzykiwanie wazeliny przy wypadnięciu macicy. Jak wiadomo z doświadczeń GERSUNY'ego, wazelina wstrzyknięta pod skórę nie ulega wessaniu a zastyga w dowolnej formie. HALBAN wstrzyknął wyjałowioną, zlekką ogrzaną wazelinę w ścianę między pęcherzem moczowym a pochwą w postaci półkola. Po zastygnięciu utworzył się rodzaj podśluzowego wianka, doskonale utrzymującego macicę w prawidłowym położeniu.

GERSUNY wstrzyknął 6 ctm. parafiny kobiecie, dotkniętej przetoką pęcherzopochwową i która wskutek nieudanych operacji postradała cewkę moczową. Wstrzyknięta pod błonę śluzową pęcherza parafina, utworzyła dokoła otworu przetoki wał. Chora po zabiegu mogła utrzymać w pęcherzu 350 ctm. sz. moczu i oddawała go co 4—6 godzin.

— Jako dowód skuteczności wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy krwotokach wewnętrznych, przytacza ALBERT następujący przypadek. U kobiety 36-letniej po wycięciu włókno-mięśniaka macicy, ważącego 29½ funta, nastąpiło 16-go dnia po operacji krwawienie [miąższowe] z kiszek, które niczem powstrzymać się nie dało. Ponieważ chora słabła coraz bardziej, więc autor spróbował podskórnych wstrzyknięć roztworu żelatyny, która, jak wiadomo, ma własność wzmagania krzepliwości krwi. Naprzód wstrzyknął podskórnie 100 ctm. sz. roztworu żelatyny z solą [10 : 6 : 1000], po 6-ciu zaś godzinach jeszcze 50 ctm. sz. i tę dawkę powtórzył jeszcze 2 razy. Stolce krwawe znikły i chora wyzdrowiała.

Według ALBERT'a, należy mieć zawsze w pogotowiu roztwór żelatyny przy wykonywaniu ekstyrpacji dużych guzów z jamy brzusznej, aby przy pierwszych oznakach przekrwienia (*ex vacuo*) błony śluzowej kiszek i wydzielania się krwawego śluzu przez otwór stolcowy, zastrzyknąć natychmiast podskórnie 100 ctm. sz. wyżej podanego roztworu. Według LANCIBREAU, można na raz użyć do 250 ctm. sz. roztworu żelatyny i co 6 godzin dodawać po 50 ctm. sz.

(Centrbl. f. Gyn. Nr. 16).

Z.

Wiadomości bieżące.

— XI Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się o czem już donosiliśmy, 15 i 16 lipca r. b., podobnie jak w latach poprzednich. Zabaw i wycieczek nie będzie, ale natomiast ma być suta uczta naukowa, na którą wszystkich lekarzy polskich serdecznie zapraszamy.

Zapraszamy zatem nie tylko tych, którzy się specjalnie chirurgią trudnią, ale i tych, którzy pokrewne gałęzie medycyny uprawiają, więc: ginekologów, laryngologów, otiatrów, dentystów i t. d., jak niemniej i tych wszystkich, którym nieobojętne są postępy chirurgii, a do tych z pewnością wszyscy nasi Koledzy należą, choćby jedynie dla tego, że dzisiaj chirurgia na tyłu polach granicznych styka się tak często z wszystkimi innymi gałęziami nauk lekarskich.

U nas „Zjazdy chirurgów” mają większe znaczenie, niż gdziekolwiekby indziej. Prócz pracy nad postępem nauki, mają one to ważne zadanie, żeby rozbudzać większe zaufanie do sił własnych nie tylko u szerszej publiczności, ale nawet w niektórych kołach lekarskich. Minęły, Bogu dzięki, już te czasy, kiedy to w Wiedniu, Berlinie lub w Paryżu upatrywać było można lepiej wyposażone i urządzone zakłady lub bieglejszych wykonawców sztuki chirurgicznej. Dziś, bez pozorów przechwałek napewno twierdzić możemy, że ani w jednym, ani w drugim względzie chirurgia polska nie ustępuje zagranicy. Może nareszcie, dzięki naszym „Zjazdom” i tam wygłaszanym rozprawom, zniknie przekonanie, że co obce, to lepsze i nie będzie potrzeba mieć marki zagranicznej, żeby uzyskać uznanie u swoich.

Dalsze, nie mniej ważne, zadanie naszych „Zjazdów”, jest uzyskanie większego zaufania w szerokich kołach lekarskich nie chirurgicznych, dla niektórych operacji, dotychczas rzadko u nas wykonywanych. Przypominam tu tylko, jak jeszcze przed kilkunastu laty stosunkowo rzadko wykonywano u nas operacje w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego i śmiem twierdzić, że to po części zasługa naszych „Zjazdów” i kilkakrotnie odbytych tam dyskusji, że dziś ta operacja i u nas należy do częstszych. Natomiast stwierdzam, że po dziś niema u nas chirurgii wątroby i dróg żółciowych, kiedy przeciwnie za granicą w małych nawet szpitalikach rocznie setki takich operacji się wykonywa. Wiem, że przyczyna tego po części leży w tem, że u nas wogóle mniej mamy tego rodzaju cierpień, niż gdzie indziej, że tam może za często i czasem bez koniecznej potrzeby wykonywane bywają odpowiednie rękoćziny chirurgiczne; ale z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że to nie tłumaczy zupełnie nader wielkiej rzadkości tych operacji u nas. Sądzę, że przyczyny tego zjawiska szukać trzeba w czem innym. Zaufanie do operacji w cierpieniach dróg żółciowych nie objęło wszystkich kół lekarskich a przez nie nieprzedostało się jeszcze do szerszej publiczności. Miejmy nadzieję, że i temu zaradzić potrafią nasze „Zjazdy”.

Tak więc spodziewając się licznego udziału ze wszystkich stron, a zwłaszcza Kolegów Ordynatorów i Dyrektorów szpitali, zapraszamy na „jedenasty Zjazd chirurgów polskich” jak najserdeczniej. Dotychczas już zgłoszone liczne i zajmujące wykłady, uprawniają nas do nadziei, że ten nasz „Zjazd”, rozpoczynający drugą dziesiątkę, nie pozostanie w tyle poza poprzednimi.

L. Rydygier

Prezes Zjazdów chirurgów polskich.

Wykłady, zgłoszone dotychczas na XI Zjazd chirurgów polskich:

- 1) O znieczuleniu ogólnem i miejscowem. Referent: Kol. KADER [Kraków].
- 2) Kol. ZIEMBICKI [Lwów]. O znieczuleniu lędzwiowem.

3) Kol. SŁĘK [Lwów]. O narkozie mieszanej tlenowo-chloroformowej sposobem WOHLGEMUTH'a, z przedstawieniem przyrządu.

4) O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych. Referent: Kol. RUFF [Lwów].

5) O gruźlicy jąder. Referent: Kol. HERMAN [Lwów].

6) Kol. TRZEBICKY [Kraków]. O leczeniu gruczolaków żółzowych na szyi.

7) Kol. WEHR [Lwów]. O podwiązaniu tętnic wieńcowych serca.

8) Tenże. O pierwszym opatrunku własnego pomysłu.

9) Kol. SCHRAMM [Lwów]. O guzach okolicy krzyżowej.

10) Kol. KADER [Kraków]. Chirurgia wątroby i dróg żółciowych.

11) Tenże. O leczeniu operacyjnym niezłośliwych zwężeń przewodu pokarmowego.

12) Kol. RYDYGIER [Lwów]. O leczeniu nowotworów odbytnicy [z przedstawieniem chorych i preparatów].

13) Tenże. Przyczynki do techniki operacji na pęcherzu moczowym [z przedstawieniem chorej].

14) Tenże. Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnym przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem.

15) Tenże. O wycinaniu śledziony.

16) Kol. SŁĘK [Lwów]. O leczeniu operacyjnym choroby GLENARD'a.

17) Kol. HERMAN [Lwów]. W sprawie chirurgicznego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.

— Liczba chorych, zapadających na tyfus wysypkowy w Warszawie od kilku miesięcy stale się zwiększa. Najlepiej o tem świadczą cyfry, poczerpnięte z oddziału dla zakaźnych w szpitalu żydowskim, w którym w styczniu chorych, dotkniętych tyfusem wysypkowym, było 16, w lutym — 23, w marcu — 46, w kwietniu — 66.

— W № 20 „Przeglądu Lekarskiego“ czytamy: „Za najlepszą pracę z zakresu dermatologii i syfilidologii na konkursie Towarzystwa dermatologicznego w Paryżu [prix Zambaco Pacha] otrzymał dr FRANCISZEK KRZYSZTAŁOWICZ z Krakowa nagrodę 800 fr. Praca nagrodzona, która obecnie drukuje się w „Rocznikach Krak. Akademii Umiejętności“ została wykonana w pracowni histologiczno bakteryologicznej prof. J. NOWAKA. Tytuł jej: „Cechy histologiczne zmian kiłowych w porównaniu ze zmianami, klinicznie do nich podobnymi“.

— Nakładca petersburski C. RICKER z przyszłym nowym rokiem zacznie wydawać nowe czasopismo lekarskie „Russkij Wracz“, poświęcony pamięci zmarłego prof. MANASSEINA i jako dalszy ciąg redagowanego przez tego ostatniego tygodnika „Wracz“, który zgodnie z życzeniem M. przestaje wychodzić. Redaktorami nowego tygodnika będą: znany patolog prof. PODWYSOCKI w Odessie i dr WŁADYSŁAWLEW w Petersburgu.

— Kijowskiemu Instytutowi bakteryologicznemu, powstałemu dzięki głównie ofiarności fabrykanta cukru BRODSKIEGO, złożył tenże sumę 5000 rubli, od której odsetki mają służyć jako premia za najlepsze prace z dziedziny bakteryologii i chorób zakaźnych, dokonane w tymże Instytucie.

— S. S. ZALESKI, prof. chemii w kobiecym Instytucie lekarskim w Petersburgu, na własne żądanie usunął się z zajmowanej katedry.

— Trzeci Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze odbędzie się, jak wiadomo, w czasie od 25 do 29 maja r. b. Przypominając bliski już termin zjazdu, zachęcamy do jak najliczniejszego wzięcia udziału w tym turnieju naukowym sympatycznego nam pobratymczego narodu.

W zgłaszaniu się polskich uczestników chętnie pośredniczy, jak we wszystkich sprawach, zjazdu tego dotyczących, komitet polski w Krakowie. Można atoli zgłaszać udział w zjeździe i podać temat odczytu wprost na ręce gen. sekretarza czeskiego komitetu pod adresem: Doc. dr VESELÝ, Praha I, Nábřeží 14. Wpisowe zaś,

wynoszące 10 koron albo franków, przyjmuje skarbnik tegoż komitetu Doc. dr Karol Кнел, Praha II, ul. Myslikova, 1. 3.

Panowie, którzyby dotychczas nie odebrali jeszcze zaproszenia, a pragną udać się do Pragi, zechcą zgłosić się do sekretarza komitetu polskiego, oświadczając, czy życzą sobie mieć oryginalne zaproszenie i program czeski, czy też francuzki.

Towarzystwa i instytucje naukowe, któreby chciały wysłać swych przedstawicieli, raczą podać do naszej wiadomości co rychlej nazwiska tychże, aby polski komitet mógł odpowiedni spis urzędowych naszych przedstawicieli zakomunikować przewodniczącemu zjazdu.

Komitet polski dla III. zjazdu przyr. i lekarzy czeskich w Pradze.

Dr K. W. Majewski,
sekretarz.

Prof. Dr B. Wicherlkiewicz,
prezes.

Klinika okulistyczna.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Przegląd Lekarski*. № 15. R. BARAŃCZ. W sprawie swoistej przyczyny tak zwanej botryomykozy u człowieka. Z. WĄSOWICZ. Środki lecznicze i wskazanie do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy. — Nr. 16. L. KORCZYŃSKI. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii. Z. WĄSOWICZ. Środki lecznicze i wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy [C. d.]. — Nr. 17. L. POPIELSKI. Sposób działania pilokarpiny na gruczolę. L. KORCZYŃSKI. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii [Dk.]. S. LANDAU. O sztucznym karmieniu noworodków. Z. WĄSOWICZ. Środki lecznicze i wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy [C. d.]. — Nr. 18. W. ORZÓWSKI. Przyczynek do nauki o zasadowości krwi. S. LANDAU. O sztucznym karmieniu noworodków [C. d.]. Z. WĄSOWICZ. Środki lecznicze i wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy [Dk.]. — Nr. 19. O. BUJWID. Wyniki badania mleka krakowskiego na zarazki gruźlicy. L. KORCZYŃSKI. Kilka uwag o wodach alkaliczno-słonnych i o wodzie z Krościenka nad Dunajcem. S. LANDAU. O sztucznym karmieniu noworodków [C. d.].

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— * — * —

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

— W pracy „Dyagnostyka bakteryologiczna tyfusu brzuszego” wypowiada dr K. RZĘTKOWSKI zdanie: „W literaturze znajdujemy nieliczne publikacje o metodzie ELSNER’a” [Nr. 20 str. 507].

Właśnie dla tego nie należało pomijać pracy polskiej [„O metodzie ELSNER’a wykrywania laseczników duru“], którą ogłosiłem w Nr. 23 Medycyny z r. 1897-go [i w № 12/13 *Centrbl. f. Bakter. Parasitenk. u. Infekt.* 1897).

Z wysokiem poważaniem
Seweryn Sterling.

Łódź 19. V. 1901.

Sprostowanie. W № 19-ym Gazety na str. 479, w wierszu 7-ym, zamiast: ku dołowi, powinno być: ku tyłowi.

W № 20 na str. 502, w wierszu 28-ym, zamiast: und powinno być: i.

Do dzisiejszego Nr. Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. Kwiecień 1901

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 4 Мая 1901. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.


Sanatorium międzynarodowe
Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Gaubünden. 52—1

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrektor Sanatorium Malvilliers).

Sanatorium pierwszorzędne z komfortem i z najnowszemi urządzeniami higienicznymi. Położenie piękne, słoneczne i od wiatrów zabezpieczone. Wielkie halle zwrócone na południe. Staranna opieka. Leczenie według zasad Brehmera i Dettweilera.

 Prospekty gratis przesyła dyrektor zakładu lub właściciel

A. Hirsch.

CHEMIK POLSKI

0—3

CZASOPISMO TYGODNIOWE

poświęcone

wszystkim gałęziom chemii teoretycznej i stosowanej.

Wychodzi od 1 kwietnia w Warszawie.

pod redakcją

Br. Znatowicza.

Prenumerata wynosi: rocznie rb. 10, półrocznie 5, kwartalnie 2.50.

Adres tymczasowy: Krak. Przedm. 66, redakcja „Wszecchiwiata.“

Wydawca **M. Stępowski.**

BUSKO

D-r J. MAJKOWSKI

6—1

Starszy lekarz szpitala Ś-go Mikołaja w Busku praktykować będzie przez całą porę kąpielową w willi własnej.

D-r Stanisław Błociszewski

ordynuje przez **rok cały**

w WIESBAOENIE, Tannusstr. 51/53.

Sanatorium D-ra RÖMPLERA
 6—6 dla chorych piersiowych
Görbersdorf na Szląsku
 Kuracya letnia i zimowa.

D-r JAN PILTZ

osiadł w Warszawie i przyjmuje z chorobami nerwowymi codziennie od 9—10
 i od 4—6 pp. — **PIĘKNA 14, m. 5.** 6—1

D-r Józef Schermant z Krakowa 3—1

ordynuje jak dawniej

w **Maryenbadzie**, „Willa Apollo.“

D-r Feliks Kołakowski

Choroby zębów i szczek, plomby, zęby sztuczne, aparaty. 10—1

Krucza 41.

Wiesbaden, Luisenstr., 24.

ZAKŁAD WODO-I ŚWIATŁOLECZNICZY 5—1
 (eksternat)

D-ra Med.^o **ALEKSANDRA SIMON.**

D-r Med. Ruppert

ordynuje jak zwykle

4—2

w **Ciechocinku** (dom Millera).

D^r KAZIMIERZ KRUSZYŃSKI

ordynuje jak lat poprzednich od 1-go Ozerwea

6—2

W SZCZAWNICY.

Schlesischer Obersalzbrunnen



Oberbrunnen



Pierwszorządne źródło alkaliczne, skutecznie działające od roku 1601.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła pocztą bezpłatnie

Kantor ekspedycji wód mineralnych książących w **Obersalzbrunn.**

Furbach i Striebold, Salzbrunn na Szląsku. Składy we wszystkich aptekach i handlach materiałów aptecznych.