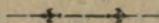


GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYCZYNEK DO LECZENIA BLIZNOWATYCH ZWĘŻEŃ PRZEŁYKU.

Podał

A. Ciechomski.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 25].

Jakkolwiek w niniejszej pracy miałem na celu jedynie zwężenia przełyku bliznowate, mówiąc jednak o rozpoznaniu, nie mogę oprzeć się chęci poruszenia sprawy nieco innej, zachodzącej również w przełyku, a w skutkach swych wielce podobnej do opisanej przed chwilą: chęć, mianowicie, powiedzieć kilka słów o zwężeniu przełyku skurczowem. Poniekąd upoważnia mię do tego możliwość błędnego rozpoznania i co za tem idzie, błędnego leczenia omawianego cierpienia.

Przed kilku laty ogłosiłem ¹⁾ przypadek spastycznego zwężenia przełyku, który skończył się niepomyślnie wskutek wypadnięcia ściany żołądka przez przetokę żołądkową. Ośmielam się powtórzyć w krótkości szczegóły, dotyczące tego ze wszech miar niezwykłego zdarzenia.

W lutym 94 r. jeden z nieżyjących już dziś kolegów wykonał gastrostomię u 25-letniego wyrobnika, który od trzech tygodni zaczął doświadczać trudności przy polykaniu pokarmów stałych, a na kilka dni przed operacją nie mógł już przełknąć kropli płynu. Podczas badania zgłębnikiem natrafiono na niepokonaną przeszkodę nad wpustem. Wobec wielkiego wyniszczenia chorego szybka pomoc operacyjna zdawała się być wskazaną.

Skoro po nałożeniu przetoki żołądkowej zaniechano ławatyw odżywczych i surowo zastrzeżono wprowadzenie czegokolwiek bądź do przełyku, a całe karmienie skierowano li tylko przez przetokę, chory 7-go dnia po operacji sam zaczął ku wielkiej swej radości łykać płyny, a w ciągu 2-go tygodnia dość gęstą miazgę. 15-go dnia usunięto dren z przetoki, jako niepotrzebny, odżywianie bowiem operowanego odbywało się zupełnie prawidłowo i dostatecznie zwykłą drogą.

¹⁾ Gazeta Lekarska. 1896 r. № 43.

Mając na względzie szybką poprawę chorego, zamierzano już zamknąć przetokę, tymczasem 44-go dnia po operacji polykanie znacznie pogorszyło się, a chociaż po kilku dniach nastąpiło polepszenie, jednakże w ciągu następnego tygodnia podobne pogorszenie się polykania ujawniło się jeszcze po raz drugi. Zdaje się, że pacjent opuścił czemprędzej szpital z obawy, aby mu nie zaszyto przetoki żołądkowej i w przewidywaniu ponownego utrudnienia przy przełykaniu. Obawa ta nie opuszczała go przez następne 1½ roku, pomimo że powrócił do dawnych swych zajęć i odżywał się doskonale zwykłą drogą, a przetoka żołądkowa, zatkana kawałkiem szmaty i nie przepuszczająca nic na zewnątrz, była mu zupełnie niepotrzebna.

Zresztą od czasu pobytu w szpitalu ani razu nie doświadczał utrudnienia przy przełykaniu. Prawie we dwa lata po operacji, wskutek dźwignięcia jakiegoś ciężaru doznał gwałtownego bólu; przez przetokę wypadła na zewnątrz część ściany żołądka i uległa zgorzeli. Pomimo rychłej pomocy zmarł nazajutrz. Podczas oględzin pośmiertnych nie znaleziono żadnej zmiany w przełyku tak co do samej ściany, jakoteż i jego światła. Przypadek ten poucza wyraźnie, że zwężenia przełyku wątpliwej natury, np. u młodych ludzi, należy koniecznie badać zapomocą zgłębnika, ale nie inaczej, jak w uśpieniu chloroformowem.

Kol. GROSLIG¹⁾ spostrzegł przypadek ciężkiego zakażenia moczowego, któremu towarzyszyło przez pewien czas skurczowe zwężenie przełyku, mylnie rozpoznawane jako nowotwór przełyku złośliwy. Sprawa ta dotyczyła 74-letniego mężczyzny, u którego początkowo stwierdzono zatrzymanie moczu zupełne, przewlekłe z powodu przerostu gruczołu krokowego. Z biegiem czasu wobec zaniechania odpowiedniego leczenia objawy powyższe pogorszyły się; nadto przyłączyły się jeszcze nudności i wymioty, wreszcie niemożność polykania nawet płynnych pokarmów. Przy badaniu wykryto zapomocą zgłębnika niepokonaną przeszkodę w przełyku w odległości 39 ctm. od zębów siecznych, z uwagi zaś na wielkie wychudnienie chorego rozpoznano nowotwór przełyku. Tymczasem energiczne leczenie pęcherza, zastosowane przez kol. G. obok lawatyw odżywczych i niewielkiej ilości bardzo zimnego kwaśnego mleka, podawanego przez usta, dało w krótkim przeciągu czasu wynik zdumiewający, już bowiem po upływie kilku dni chory łatwo polykał pokarmy płynne, a po 2-u tygodniach—stałe; stan ogólny pacjenta szybko poprawiał się, a poprawa ta szła równomiernie z pomyślnym przebiegiem sprawy pęcherzowej.

DAUBER²⁾ spostrzegł 8 przypadków skurczowego zwężenia przełyku lub wpustu, z tych niektóre, przed czas dłuższy widziane, zasługują na szczególną uwagę. W przypadku pierwszym 30-letni mężczyzna chorowity po doznaniem zmartwienia nagle zaczął doświadczać przykrego bólu pod mostkiem po każdym przełknięciu pokarmu, zwłaszcza stałego; wkrótce, pomimo dobrego łaknienia, mocno wychudł a to z powodu częstych wymiotów. Zapomocą zgłębnika wykryto przeszkodę w przełyku w odległości 48-iu ctm. od zębów siecznych,

¹⁾ GROSLIG. Zwężenie skurczowe przełyku, jako objaw zakażenia moczowego, [Gazeta Lekarska r. 1900 № 7. str. 160.

²⁾ DAUBER. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. VII. Z. 1. 1900.

łatwo zresztą przepuszczającą zgłębnik przy niewielkim nacisku. Przy następnych badaniach przeszkodę podobną znajdowano na różnych wysokościach przełyku. Wobec nader małej i krótkotrwałej poprawy przy leczeniu ogólnem musiano uciec się do odżywiania chorego zapomocą zgłębnika żołądkowego; jakkolwiek postępowanie takie trwało przez rok cały a pacjent tylko niekiedy sam łykał pokarmy płynne, mimo to powstało rozszerzenie przełyku obok objawów podrażnienia jego błony śluzowej. Po niejakiem czasie wykonano przetokę żołądkową sposobem WITZEL'a; wtedy znaleziono żołądek znacznie zmniejszony, a w okolicy wpustu rozlane zgrubienie, prawdopodobnie wskutek przerostu tkanek, łatwo przepuszczające zgłębnik, wprowadzony od dołu. Po 7-iu dniach zaniechano odżywiania przez przetokę wobec wylewania się zawartości na zewnątrz, powrócono natomiast do ławatyw odżywczych a później do karmienia przez usta po zagojeniu się przetoki. Raczej przez sugestyę, aniżeli dzięki samemu zabiegowi operacyjnemu nastąpiła pewna poprawa; chory zaczął więcej przełykać pokarmów, chociaż nie wyrzekł się zgłębnika w celu odżywiania się.

Przypadek 2-gi dotyczył 32-letniej kobiety, która od 12-u lat doświadczała przy przełykaniu bólu pod mostkiem, szerzącego się na kark i między łopatkami. Z biegiem czasu bóle owe stały się większe i częstsze, zwłaszcza przy przełykaniu pokarmów stałych oraz przy podnieceniu nerwowem. Przy badaniu znaleziono w odległości 47 ctm. od zębów siecznych przeszkodę, nie przepuszczającą grubego zgłębnika oraz wykryto znaczne rozszerzenie przełyku, zawierające 250 grm. resztek pokarmowych z małą domieszką śluzu i bez śladu kwasu solnego i fermentów żołądkowych. Przez 8 dni przemywano owo rozszerzenie przełyku, a pokarmy odprowadzano do żołądka zapomocą zgłębnika; stan chorej poprawił się, a pojemność rozszerzenia zmniejszyła się do 50 grm.; z czasem bóle i wymioty stały się bardzo rzadkie a stan ogólny poprawił się wyraźnie.

Wreszcie w 3-im przypadku 20-letnia kobieta doświadczała już od 1½ roku bólu podczas przełykania pokarmów stałych. Badanie przełyku zapomocą zgłębnika nie wykryło żadnej przeszkody. Przypuszczać należało skurcz przełyku w stopniu łagodnym, skoro bowiem chora zaczęła odżywiać się jedynie płynnymi i papkowatymi pokarmami bóle nie powracały.

Zdaniem DAUBER'a, cierpienie powyższe spostrzegać się daje wyłącznie u osób nerwowych i powstaje nagle wskutek przestraszenia lub wzruszenia, czy też rozwija się powoli wobec czynników usposabiających, którymi są: siedzący tryb życia, nadmierne używanie zimnych napojów, niedokrwistość, zapalenia gardzieli, rak żołądka i t. d. Z czasem na tle skurczu powstaje rozszerzenie przełyku ze wszystkimi swymi następstwami.

Powracając do oparzeń przełyku, nie będę zastanawiał się dłużej nad leczeniem w pierwszym okresie ich istnienia, przekracza to bowiem zakres niniejszej pracy; nawiasem dodam tylko, że polega ono przedewszystkiem na działaniu przyczynowem, jeżeli widzimy chorego natychmiast po wypadku, później zaś na łagodzeniu, objawów, towarzyszących oparzeniu przełyku.

O leczeniu mechanicznem zapomocą rozszerzeń wówczas niema mowy: byłoby ono przedczesne, zresztą niebezpieczne zarówno z uwagi na rozmaity obszar owrzodzenia, gojącego się po odpadnięciu zgorzelinowego strupa, jako też z uwagi na rozmaitą głębokość owrzodzenia, a więc na niebezpieczeństwo przedziurawienia przełyku. Do leczenia zapomocą rozszerzeń upoważnia nas jedynie ponowne utrudnienie przy przełykaniu, które występuje najwcześniej po upływie kilku tygodni od oparzenia, skoro kurcząca się blizna zaczyna zwężać światło przełyku, oczywiście niezależnie od częściowego dopiero, czy też od całkowitego już zagojenia się owrzodzenia. Rozumie się, że czas ten stoi w ścisłym związku z rozległością, głębokością i kierunkiem oparzonej powierzchni, prawdopodobnie więc oparzenia w kształcie pierścienia szybciej dadzą początek zwężeniu, aniżeli oparzenia w kształcie podłużnego pasma; zresztą takie tu mnóstwo wahań, że niepodobna okresu powstawania objawu powyższego ująć w pewną regułę, przytem utrudnienie przy przełykaniu pokarmów stałych ujawnia się wcześniej, aniżeli dla pokarmów płynnych.

Skoro na mocy wywiadów przyczyna zwężenia jest niezachwiana, o wysokości i wielkości zwężenia możemy przekonać się zapomocą zgłębnika przełykowego. Najczęstsze miejsca zwężeń bliznowatych odpowiadają mniej więcej tym samym odcinkom przełyku, w których zwykle obierają sobie siedlisko wszelkie inne cierpienia przełyku, zatem okolica, odpowiadająca co do wysokości chrząstce obrączkowej, dalej miejsce podziału tchawicy, naostatek okolica wpustu. Zresztą podług MEHNERT'a ¹⁾ siedliska mogą być liczniejsze: niekiedy liczba ich sięga 13-u na przestrzeni pomiędzy chrząstką obrączkową a wpustem.

Zarówno nie można uważać jako niezachwiane mniemanie niektórych autorów, jakoby największe zwężenie powstawać powinno u wpustu z uwagi na dłuższe zatrzymanie się tu żrącego płynu podczas przełknięcia; tymczasem podobne zatrzymania się mogą powstawać na różnej wysokości przełyku, jeżeli on kurczy się szybko podczas przechodzenia płynu żrącego, przytem niewielka ilość połkniętego płynu może nie dosięgnąć nawet wpustu i żołądka.

W czterech przypadkach, operowanych przeze mnie, największe zwężenie nie znajdowało się u wpustu, lecz znacznie wyżej; w 3-ch pierwszych przypadkach upewniłem się o tem zapomocą sondowania od dołu przez przetokę żołądkową, w 4-ym zaś przekonałem się o tem podczas oględzin pośmiertnych. Jeżeli zwężenie przełyku trwa czas dłuższy, wówczas ponad nim stopniowo tworzy się rozszerzenie narządu wskutek zatrzymywania się pokarmów, a wysiłki w celu przełknięcia zatrzymującego się pokarmu lub w celu wydalenia go z przełyku sprzyjają nadto rozrastaniu się warstwy mięsnej na miejscu rozszerzenia i dalej w okolicy zwężenia, co niewątpliwie znowu może spotęgować samo zwężenie.

Zarówno pierwsze badanie rozpoznawcze, jako też późniejsze rozszerzania zwężeń należy wykonywać z wszelką ostrożnością i jak można najłagodniej,

¹⁾ MEHNERT. Archiv f. klin. Chir. T. 58. 1889 r. (I. c.).

znane są bowiem liczne przypadki przedziurawienia podczas rozszerzania przełyku nie tylko przy nowotworach, lecz i przy zwężeniach bliznowatych. Podług sprawozdania Instytutu anatomo-patologicznego w Wiedniu ¹⁾ podczas oględzin pośmiertnych 34-ch osób, zmarłych wskutek bliznowatego zwężenia po oparzeniu przełyku, 6 razy przyczyną śmierci było przedziurawienie owrządzenia wskutek sondowania a 10 razy—wskutek przedziurawienia zgłębnikiem zabliznionego już i zwężonego przełyku.

W przypadkach, następujących wielkie trudności przy wprowadzaniu zgłębnika przełykowego, gdy żadną miarą nie możemy trafić końcem najcieńszego zgłębnika w otwór zwężenia, należałoby uciec się do ezofagoskopii w celu bliższego zbadania zwężenia, jak również w celu przyjrzenia się ściannie rozszerzonego miejsca przełyku ponad zwężeniem. Aczkolwiek badanie takie nie jest zbyt łatwe i wymaga koniecznie dużej wprawy ze strony badającego, nie mniej przeto należałoby stosować je w każdym przypadku zwężenia przełyku, mając wciąż na pamięci pokazałą liczbę przedziurawień przełyku, dokonanych niejednokrotnie ręką wytrawnych lekarzy.

[C. d. n.].

II. Z DOMU WYCHOWAWCZEGO PRZY SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

WRODZONE NIEPRAWIDŁOWE POŁOŻENIE SERCA NA PRAWO

(*Dextrocardia*)

bez jednoczesnego odwrotnego położenia trzew
u dziecka.

Podał

Józef Brudziński.

W końcu drugiego miesiąca życia płodowego serce zajmuje już stałe swe miejsce w klatce piersiowej. Z powodu bliżej jeszcze niezbadanych okoliczności, jak przypuszczają—wskutek nieprawidłowego bocznego położenia płodu względem pęcherza płodowego, mianowicie, gdy płód w swoim czasie nie zrobi obrotu od prawej ku lewej stronie pęcherza płodowego, następuje nieprawidłowe położenie serca na prawo: *transpositio cordis—dextrocardia*.

Nieprawidłowe położenie serca na prawo istnieć może wraz z odwrotnem położeniem trzew (*situs viscerum inversus*) lub też samo. Gdy serce tylko prze-

¹⁾ Patrz cyt. Nr. 1.

sunięte jest nieprawidłowo na prawo, zajmować ono może trojakię położenie: a) pionowe, jak w pewnym okresie życia płodowego, b) poziome, tak, że wierzchołek serca zwrócony jest ku stronie lewej lub c) występuje całkowite przesunięcie serca na prawo tak, że wierzchołek serca zwrócony jest na prawo.

Serce prawostronne bez jednoczesnego odwrotnego położenia trzew spotyka się dość rzadko. W naszej literaturze znalazłem tylko jeden opis podobnego przypadku, podany przez RAPPLA i niewielką liczbę przypadków w literaturach obcych. Wobec tego uważam za słuszne przytoczyć na tem miejscu opis przypadku, który miałem sposobność spostrzeżenia w Domu Podrzutków przy Szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale dra ANDERSA.

Franuś M., lat 8. Odżywienie niezłe, budowa nie odpowiadająca wiekowi—pewne zatrzymanie wzrostu wskutek przebytej krzywicy, której ślady wyraźne na kośćcu stwierdzić się dają. Przyjęty na oddział 10-go lutego r. b. ze skargami na ból głowy i silny kaszel. Zwrócony ze wsi, gdzie był na wychowaniu. Wywiadów zebrać nie było można. Przy oględzinach zewnętrznych nie stwierdza się żadnych niekształceń klatki piersiowej, ani na oko, ani wymiarowo. Obydwie połowy klatki piersiowej rozwinięte jednakowo i międzyżebra jednakowo wypełnione. Skóra i błony śluzowe widzialne—blade. W okolicy podobojęzykowej prawej zwraca uwagę dość silne rozszerzenie żył powierzchnowych.

Przy opukiwaniu okolicy serca stwierdziłem, ku mojemu zdziwieniu, iż stłumienia zgoła się nie otrzymuje, ani w kierunku od góry ku dołowi, ani w kierunku poprzecznym. Po stronie lewej wysłuchem stwierdza się nader słabe tony serca w miejscu zwykłym uderzenia wierzchołkowego serca i nad tętnicą płucną.

Przy badaniu prawej strony klatki piersiowej z przodu otrzymuje się stłumienie na czwartym żebrze; lewa granica stłumienia dochodzi do prawego brzegu mostka, prawa zlewa się ze stłumieniem, otrzymywanem przy opukiwaniu płuc. W piątym międzyżebżu na linii sutkowej prawej stwierdzono wyraźne uderzenie wierzchołkowe serca. W tem miejscu słycać wyraźne, czyste tony serca, jak również w drugim międzyżebżu na prawym brzegu mostka.

Przy badaniu płuc stwierdzono wybitne zmiany: z tyłu po stronie prawej—stłumienie, poczynające się od 7-go żebra ku dołowi, oddech oskrzelowy z charakterem jamistym, rżenia wilgotne, rżenia dźwięczne. Pod pachą po stronie prawej od piątego żebra stłumienie, zmiany wysłuchowe jak z tyłu. Z przodu po stronie prawej pod obojęzkiem oddech oskrzelowy, wypuk niezmienny. W płucu lewym wysłuchem, ani wypukiem żadnych zmian się nie stwierdza. Bardzo duża ilość śluzo-ropnej plwociny.

Śledziona i wątroba powiększone, macalne na zwykłym miejscu.

Ciepłota w dniu przyjęcia 38,5°, następnego dnia 39,0°, potem przez cały czas obserwacji, t. j. od 10-go lutego do 25-ego kwietnia—stan bezgorączkowy.

Dnia 17. II. Przelewanie (*gargouillement*) pod pachą. Plwociny znacznie mniej, kaszel mniejszy. Z tyłu po stronie prawej — *bronchophonia*, *fremitus pectoralis* wzmożony. Plwocina uformowana.

Dnia 25. II. Z tyłu po stronie prawej oddech zaostrozony, obfite rżenia. W okolicy nadgrzebieniowej prawej—oddech oskrzelowy, wypuk niezmienny.

Duża ilość płwociny. Zalecono po trzy krople *ol. tereb. gall.* do szklanki mleka dwa razy dziennie.

Dnia 13. III. Z tyłu po stronie prawej oddech nieco osłabiony, stłumienie jak przedtem. Obfite rżenia wilgotne. Wobec tak znacznej zmiany charakteru oddechu w porównaniu z wynikami, otrzymanymi przy badaniach poprzednich, pomyślano o wysięku w opłucnej prawej. Badanie na objaw trojaka (*signe du sou*)¹⁾ wypadło ujemnie; dokonano przekłucia próbnego z wynikiem również ujemnym—wyciągnięta niewielka ilość płynu okazała się pod drobnowidzem czystą krwią. Dnia 14. III. dziecko wykrztusiło od razu z górą 1/2 kufła gęstej, ropnej płwociny. Na drugi dzień po stronie prawej z tyłu słychać oddech oskrzelowy z odcieniem jamistym, rżeń prawie nie słychać. Płwociny prawie wcale nie oddaje.

Dnia 27. III. W okolicy nadgrzebieniowej po stronie prawej—oddech oskrzelowy z odcieniem jamistym, wypuk niezmieniony; od 7-ego żebra z tyłu stłumienie jak przedtem, również pod pachą prawą oddech oskrzelowy, przykryty mnóstwem rżeń. Pod pachą i z przodu pod obojczykiem z prawej strony rżenia dzwięczne.

Dnia 31. III. Chory wykrztusił znowu od razu dużą ilość płwociny, potem uporczywe wymioty.

Przy dalszej kilkotygodniowej obserwacji mało zmian, płwociny bardzo niewiele, niekiedy dniami całymi wcale; objawy obiektywne jak przedtem. Stan ogólny dobry. Przez czas pobytu na oddziale chłopiec znacznie się poprawił. Apetyt dobry. Jak już wspomniano, przez cały czas pobytu, oprócz pierwszych 3-ch dni, ciepłota była normalna, ani razu nie zaznaczono podniesienia ciepłoty. Kilkakrotne badanie płwociny na laseczniki gruźlicze dało wynik ujemny. Nie stwierdzono również drobnowidzowo włókien sprężystych w płwocinie.

Przytoczyłem tu dość szczegółowo dane, dotyczące narządów oddechowych, jako nader ciekawe pod względem różniczkowo-rozpoznawczym, jak również, aby czytelnik mógł sam osądzić, czy mamy tu do czynienia z sercem prawostronnem nabytem, czy też wrodzonym.

Zmiany w płucach u danego chorego nasuwały przy pierwszych badaniach myśl o gruźlicy, przy dalszej jednak obserwacji przemawiały przeciwko temu rozpoznaniu: zmienność objawów, zależna od oddawanej ilości płwociny. Parokrotne wykrztuszanie od razu dużych ilości ropnej płwociny, stan bezgorączkowy, dobry ogólny wygląd chorego, wreszcie ujemne wyniki badania płwociny na laseczniki gruźlicze. Ta ostatnia okoliczność, jak również wiek chorego i duża ilość płwociny przemawiają przeciw włóknistej postaci suchot płucnych, przebiegającej bez gorączki.

Rozpoznanie nasze skłaniało się więcej ku rozszerzeniom oskrzelowym (*bronchiectasia*) i marskości prawego płuca [włókniste zapalenie płuc śródmiąższowe—*chronische interstielle Pneumonie*]. Rozszerzenie oskrzelowe większe

¹⁾ O objawie trojaka bliższe szczegóły w pracy autora w *Medycynie* r. 1901, luty.

* górnym płacie prawego płuca, rozszerzenia mniejsze w połączeniu z marskością w średnim i dolnym płacie prawego płuca. Fakt, że mamy objawy jamy w górnym płacie płuca nie przemawia bezwzględnie za jamą gruźliczą, gdyż rozszerzenia oskrzelowe mogą się umiejscawiać i w szczytach płuc; objawy w górnym płacie wystąpiły podczas naszej obserwacji bez najmniejszego ruchu gorączkowego, jedynie ilość płwociny, zmniejszona poprzednio, po wystąpieniu tych objawów, znacznie się powiększyła.

Objawy kliniczne, jakie w danym przypadku występują w średnim i dolnym płacie prawego płuca: ton opukowy stłumiony, szmer oddechowy oskrzelowy [niekiedy zaostrzony tylko] i liczne rżenia rozmaitego natężenia, są to objawy zgęszczenia miąższu płucnego, które, jak widzimy z całego obrazu chorobowego, nie może być wzięte za świeży naciek zapalny, a raczej za sprawę przewlekłą. Czemu zawdzięczają swe powstanie w danym przypadku marskość płuc i rozszerzenia oskrzelowe? najprawdopodobniej miało tu miejsce współdziałanie dwu przyczyn: przewlekłego nieżytu oskrzeli i zapalenia płuc nieżyłowego. Dziecko przyjęte zostało na oddział z ciepłotą podniesioną, która spadła po 2-ch dniach i wyżej się nie podnosiła, objawy w płucach mało się zmieniły—mieliśmy więc tu prawdopodobnie do czynienia z obostrzeniem sprawy przewlekłej.

Rozpoznanie, jak widzimy, nastęrcza w tym przypadku duże trudności; że mamy tu do czynienia nie ze zmianami natury gruźliczej, lecz z rozszerzeniami oskrzelowymi i marskością płuc—twierdzić to można tylko z pewnem prawdopodobieństwem, dalsza długotrwała obserwacja dopiero rozstrzygnąć to może. Kwestya ta zresztą pośrednio tylko dotyczy treści spostrzeżenia niniejszego o tyle, o ile stoi w związku z kwestyą, czy mogły zmiany te wywołać przemieszczenie serca. Z przytoczonych powyżej danych, oraz z wyników ujemnych badania na objaw trojaka a następnie przekłucia próbnego—wykluczyć możemy i wysięk opłucnej w danym przypadku; zresztą serce przy wysięku prawostronnym byłoby przesunięte ku stronie lewej. Można by przypuszczać, że mamy tu do czynienia z pozostałościami po starym wysięku, przypadki podobne są opisywane, lecz w takich przypadkach znajdowano zniekształcenie klatki piersiowej po stronie wysięku—jak np. w przypadku LÉPINE'a, gdzie chora w 5 lat po wysięku w opłucnej prawej przedstawiała objawy *dextrocardiae*; stwierdzono tam jednak znaczne zapadnięcie prawej strony klatki piersiowej. W naszym przypadku już przy oględzinach bezpośrednich stwierdzamy najzupełniejszą symetryę obu połów klatki piersiowej, co się potwierdza wynikami pomiaru. Tak rozległych skutków starego wysięku opłucnej, jak przeciągnięcie zupełne serca na stronę prawą bez zniekształcenia odnośnej połowy klatki piersiowej, wyobrazić sobie nie można. Można by przypuszczać, iż przesunięcie serca nastąpiło wskutek zapalenia zewnętrznej blaszki osierdzia i potworzenia się zrostów worka osierdziowego z sąsiednią opłucną lub z przednią ścianą klatki piersiowej (*mediastino-pericarditis* albo *pericarditis externa*); mielibyśmy w takim razie inne objawy, wskazujące na takie uwięzienie serca—wdechowe znikanie tętna i wdechowe nabrzmienie żył szyjowych, zapadanie skurczowe klatki piersiowej w okolicy serca,—czego zupełnie nie spostrzegamy.

Pozostaje jeszcze jedno przypuszczenie, że wskutek marskości płuca serce zostało przeciągnięte na prawą stronę. Gdyby jednak tkanka płucna uległa aż tak znacznemu kurczeniu się, wystąpiłoby również ograniczone lub rozlane zapadnięcie odpowiedniej strony klatki piersiowej.

Dla sprawdzenia danych, otrzymanych przy badaniu klinicznym, uważaliśmy za stosowne poddać dzieckobadaniu promieniami ROENTGEN'a, co też dokonane zostało przez kol. BARSZCZEWSKIEGO. Cienia serca po stronie lewej nie stwierdzono ani przy prześwietlaniu zwykłym—radioskopii, ani też na zdjęciu rentgenograficznym [d. 18. III. Nr. 1540]. Lewa połowa klatki piersiowej na całej przestrzeni lewego płuca przepuszcza jednakowo dobrze promienie X. Mamy więc niezbity dowód, że serce nie jest położone w miejscu zwykłym. Badanie promieniami ROENTGEN'a nie dało nam, niestety, drugiego jeszcze dowodu—wyraźnego cienia serca po stronie prawej, albowiem prawa połowa klatki piersiowej, z wyjątkiem okolicy szczytu płucnego, wyszła wskutek opisanych zmian w tkance płucnej zaciemniona i zlewa się z cieniem wątroby.

Przy radioskopii skośnej przednio-tylnej od strony prawej ku lewej daje się spostrzegać pulsacya po prawej stronie kręgosłupa, współczesna zjętętnem *art. rad.*

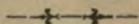
Dane radiografii w połączeniu z danymi klinicznymi przekonywają nas, iż mamy do czynienia w opisanym przypadku z dekstrokardią wrodzoną.

Położenie serca na prawo wrodzone ma znaczenie głównie z punktu widzenia rozpoznawczego, chorzy bowiem obarczeni tem cierpieniem nie doznają żadnych dolegliwości, o ile nieprawidłowość ta nie jest połączona z innymi zmianami w narządach krążenia.

Trudności rozpoznawczych cierpienie to nie przedstawia, chyba, gdy, jak w naszym przypadku, istnieją powikłania ze strony narządów oddechowych, zmuszające do różniczkowania rozpoznania między położeniem nieprawidłowym wrodzonym a nabytem. Ze względu jednak, iż chorzy nie doznają żadnych dolegliwości, w pewnej liczbie przypadków serce prawostronne zostaje za życia nierozpoznane; dopiero niekiedy sekcyą nieprawidłowość tę wykazuje. W innych znowu przypadkach, podawanych do wiadomości, brak potwierdzenia sekcyjnego; w innych wreszcie sekcyą nie potwierdzają rozpoznania, postawionego za życia.

Z chwilą wprowadzenia badania promieniami ROENTGEN'a trudności te zostały usunięte, w każdym bowiem przypadku, podawanym do wiadomości, możemy mieć sprawdzenie wyników badania klinicznego przez badanie rentgenograficzne. Odnośna kazuistyka zyskała przez to ogromnie na wartości naukowej.

L I T E R A T U R A.



OSKAR WIDMAN. Choroby serca.

ST. KACZYŃSKI. Odwrotny układ wnętrzości z rzadką nieprawidłowością w narządzie krążenia. Przegl. Lek. 1907. Nr. 8 i 9.

RAUCHFUSS. Die Krankheiten der Kreislaufsorgane w C. Gerhardt'a Handb. der Kinderkrankh. Tom IV.

GRAANBOOM. Ein Fall von Dextrocardie mit Transposition von allen grossen Gefassen Zeitschr. f. klin. Med. 1891.

SCHOTT. Ueber congenitale Dextrocardie. Ther. Monatssh. 1891. (bez sekeyi).

HUGO LEEWENTHAL. Ueber angeborene Dextrocardie ohne situs viscerum inversus. Zeitschr. f. klin. med. Tom 41 [z sekeya].

LÉPINE. Dextrocardie, causée par la retraction du poumon droit, consecutive à une peribronchite syphilitique, avec adhérences pleurales. Lyon médical. 1899. Nr. 14 (z sekeya).

SCHUSTER. Herz u. Aorta im Lichte der Roentgenstrahlen. Therap. Monatshefte. 1899. (podnosi znaczenie rentgenografi dla rozpoznania dekstrocardii).

NORMAN DALTON. Dextrocardia. Pathology of London. 1899, str. 41.

DARESTE. Recherches sur la production artificielles des monstruosités . . . 1897.

ZIEGLER i THOMA. Pathologische Anatomie.

RAPPEL. Dextrocardia. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1896, str. 1160.

M. REJCHMAN. Przypadek przemieszczenia serca i żołądka. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1896, str. 734.

A. SOKOŁOWSKI. O włóknistej postaci suchot płucnych. Gazeta Lek. 1883. Nr. 35—39.

WŁ. BIEGAŃSKI. Nieżyłowe, czy śródmiąższowe zapalenie płuc (u dziecka 10-letn.) Gaz. Lek. Nr. 31 i uwagi krytyczne T. DUNINA tamże.

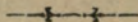
III. O ZNACZENIU ROZPOZNAWCZEM NIEREGULARNOŚCI KONTURÓW ŻRENIC W PRZEBIEGU ORGANICZNYCH CHOROÓB NERWOWYCH.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 17-ym czerwca 1902 r.].

Podat

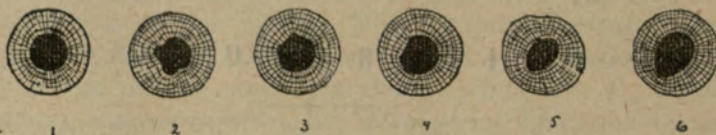
Dr Jan Piltz,

Ordynator Szpitala Praskiego.



[Dokończenie — Patrz Nr. 25].

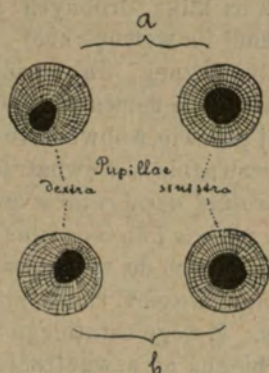
Jakie najróżnorodniejsze zniekształtnienia źrenicy spotyka się w przebiegu *paralysis progressiva*, *tubcs dorsalis* i *lues cerebro-spinalis* ilustruje najlepiej rysunek 1.



Rys. 1.

1—normalna źrenica; 2—źrenica z wrębami; 3—źrenica, której jedna połowa jest okrągła, a druga przedstawia część wielokątka; 4—źrenica spłaszczona z jednej strony; 5—źrenica, mająca kształt elipsy; 6—źrenica mająca kształt gruszki.

Na rysunku 2-gim widzimy zmianę w położeniu prawej źrenicy, obserwowaną w wyżej opisanym przypadku *paralysis progressiva*.



Rys. 2.

- a—przedstawia stan źrenic w jednym przypadku *paralysis progressiva* dnia 21. I. 1899, prawa źrenica leży w zewnętrznym dolnym kwadrancie tęczówki.
 b—przedstawia stan tych samych źrenic dnia 24. II. 1899; prawa źrenica znajduje się w wewnętrznym górnym kwadrancie tęczówki.

Dla wyjaśnienia charakteru i przyczyny tych nieregularności konturów źrenic, obserwowanych przy organicznych chorobach centralnego układu nerwowego, wykonałem w tutejszej pracowni patologii ogólnej profesora Uszyńskiego szereg doświadczeń na zwierzętach. Doświadczenia te rzucają pewne światło na powstawanie tych nieregularności konturów źrenic; dlatego też pozwolę sobie przytoczyć je tutaj.

Drażniąc indukcyjnym prądem elektrycznym oddzielne gałązki krótkiego i długiego nerwu rzęskowego (*nervi ciliares breves et longi*), otrzymałem częściowe kurczenie lub rozszerzenie się źrenicy. Kombinując zaś jednocześnie podrażnienie niektórych gałązek *nervi ciliares breves* z podrażnieniem niektórych gałązek *nervi ciliares longi*, udało nam się wywołać eksperymentalnie zmianę w położeniu całej źrenicy, a więc wszystkie wyżej wymienione i opisane zmiany w konturze źrenicy, obserwowane klinicznie.

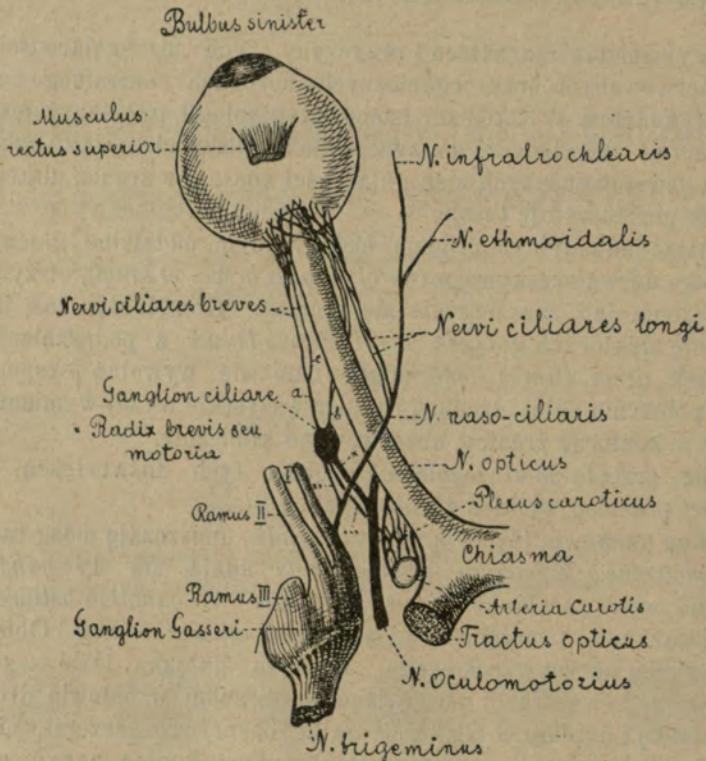
Zanim przejdę do szczegółowego opisu tych doświadczeń, przypomnę w krótkości przebieg włókien źrenicowych.

Włókna nerwowe, idące do *sphincter iridis*, opuszczają mózg razem z *nervus oculomotorius*. Z *nervus oculomotorius* udają się do *ganglion ciliare* przez *radix brevis ganglionis ciliaris s. motoriae*. Z *ganglion ciliare* wychodzą dwiema gałązkami, tworzącymi t. zw. *nervi ciliares breves*. Obie one podążają w kierunku nerwu wzrokowego. Grubsza gałązka idzie wzdłuż nerwu wzrokowego po zewnętrznej górnej jego powierzchni, w połowie drogi oddając boczną gałązkę i dopiero w bliskości gałki ocznej rozszczepia się na kilka [5—6-iu] drobnych gałązek, otaczających obwodowy koniec nerwu wzrokowego z górnej, z zewnętrznej górnej, z zewnętrznej i z zewnętrznej dolnej jego powierzchni i wchodzących tuż obok wejścia nerwu wzrokowego do gałki ocznej: Cieńsza gałązka krótkiego nerwu rzęskowego przechodzi na dolną a potem na

wewnętrzna powierzchnię nerwu wzrokowego i biegnąc wzdłuż niej w pobliżu gałki ocznej rozpada się także na kilka drobnych gałązek, okalających nerw wzrokowy z dolnej wewnętrznej i z wewnętrznej górnej strony i wchodzących wreszcie do *sclerotica* gałki ocznej. Jak widzimy z tego, zakończenia obwodowe grubszej gałązki krótkiego nerwu rzęskowego wchodzą do gałki ocznej głównie w wewnętrznej jej połowie, a obwodowe zakończenia cieńszej gałązki wchodzą do gałki ocznej przeważnie w wewnętrznej jej połowie.

Po przedziurawieniu *sclerotica*, *nervi ciliares breves* idą dalej pomiędzy *sclerotica* i *chorioidea* do *musculus ciliaris* i do *musculus sphincter iridis*.

Włókna od ośrodków mózgowych do *musculus dilatator pupillae* przechodzą, jak wiadomo, przez *ganglion Gasseri*, *ramus primus s. ophthalmicus trigemini* i przez *nervus naso-ciliaris*. Z tego ostatniego wychodzi kilka gałązek, t. zw. *nervi ciliares longi*, które biegną po zewnętrznej górnej powierzchni nerwu wzrokowego i które ostatecznie rozdzielają się na cały szereg cieniutkich gałązek. Te ostatnie, okalając obwodowy koniec nerwu wzrokowego, wchodzą w pobliżu nerwu wzrokowego do gałki ocznej. Przedziurawiwszy *sclerotica*, biegną one



Rys. 3.

Przedstawia anatomie krótkiego i długiego nerwu rzęskowego: *nervi ciliares breves et longi*.

*— *Radix brevis ganglionis ciliaris s. motoria* (n. oculomotorius).

**— *Radix longa (sensitiva) ganglionis ciliaris* (n. trigeminus).

***— *Radix sympathica* (nervus sympathicus resp. plexus caroticus).

dalej tak samo pomiędzy *sclerotica* i *chorioidea* aż do *musculus dilatator pupillae* ¹⁾). Wszystkie te warunki ilustruje rysunek 3.

Doświadczenia swoje rozpocząłem na królikach. Ponieważ wobec bardzo małych rozmiarów zwierzęcia nie udawało mi się znaleźć *ganglion ciliare*, przeszedłem do kota. I tutaj nie było lepiej, więc przeszedłem zaraz do doświadczeń na psach. Przytoczę tutaj tylko jedno doświadczenie na kocie, które mi dało następujący wynik. Ponieważ nie udawało mi się odszukać *ganglion ciliare*, nałożyłem podwiązkę na *nervus opticus* i *oculomotorius* razem i wykonałem *enucleatio bulbi*. Przykładając teraz elektrody do nerwu wzrokowego, z jednej strony otrzymałem przesunięcie się części tęczówki *a*, — rys. 4, ku dołowi; kiedy przyłożyłem elektrody, z przeciwległej strony nerwu wzrokowego, otrzymałem przesunięcie się części tęczówki *a* ku górze. Otwór źrenicy przytem ani się nie zwęził, ani nie rozszerzył. Robiło to wrażenie, jak gdyby w tęczówce kota egzystowały dwa *puncta fixa*, które przy podrażnieniu gałązek nerwowych, okalających nerw wzrokowy, przyciągają tę część tęczówki *a* do siebie.



Rys. 4.

Przedstawia wynik doświadczenia, ¹⁾ otrzymany u kota. Przy przyłożeniu elektrodów do nerwu wzrokowego z jednej strony, część tęczówki *a* przesunęła się ku dołowi, jak wskazuje strzałka, a przy przyłożeniu elektrodów do nerwu wzrokowego z przeciwnej strony, część tęczówki *a* przesunęła się w górę. Wielkość źrenicy została przy tem bez zmiany.

Doświadczenia na psach wykonywałem w następujący sposób. Po zastrzyknięciu 10-ciu centymetrów sz. 5^o/_o-wego roztworu *morphini muriatici* do *vena saphena* na nodze, wypuszczałem najpierw krew z *carotis interna*, a potem zabijałem zwierzę zapomocą ukladania skalpelem w *medula oblongata*. Następnie otwierałem jamę oczną, usuwając obciążkami *arcus zygomaticus* i *processus coronoideus maxillae inferioris* razem z przyczepiającymi są do nich mięśniami *temporalis* i *masseter*. Prócz tego również obciążkami usuwałem jeszcze dolną i zewnętrzną ściankę *sinus frontalis* dlatego, ażeby wejście do jamy orbitalnej było szersze. Po wycięciu *glandulae lacrymalis* i tkanki tłuszczowej, przecinałem wreszcie *capsula Tenoni* i ostatecznie przecinałem i usuwałem *musculus rectus externus*. Haczykami odsuwając *musculus rectus superior* z jednej i *rectus inferior* z drugiej strony, w głębi jamy orbitalnej z zewnętrznej strony nerwu wzrokowego spostrzegałem *ganglion ciliare*, *nervi ciliares breves* a z drugiej strony *nervi ciliares longi*, wychodzące z *nervus naso-ciliaris*. Najwięcej trudności mamy przy odpreparowaniu (zapomocą bardzo cienkiego skalpela) końcowych rozgałęzień *nervi ciliares breves et longi*. Trudność pochodzi stąd,

¹⁾ Dla uzupełnienia opisu anatomicznego dodać muszę, że oprócz *radix brevis s. motoria*, *ganglion ciliare* otrzymuje jeszcze *radix longa (sensitiva)* od *nervus nasociliaris* i *radix sympathica* od *plexus caroticus*, jak to widać na rys. 3.

że w pobliżu gałki ocznej te rozgałęzienia, krzyżując się wzajemnie, tworzą bardzo zagmatwany i bardzo zawiły *plexus*, którego oddzielne części otoczone są tkanką łączną nadzwyczaj twardej konsystencji.

Dopiero po rozdzieleniu oddzielnych gałązek tych obwodowych zakończeń nerwów rzęskowych (*nervi ciliares breves et longi*), przystępowałem do drażnienia ich prądem elektrycznym indukcyjnym zapomocą dwóch miedzianych elektrodów.

Oto są wyniki, jakie otrzymywałem:

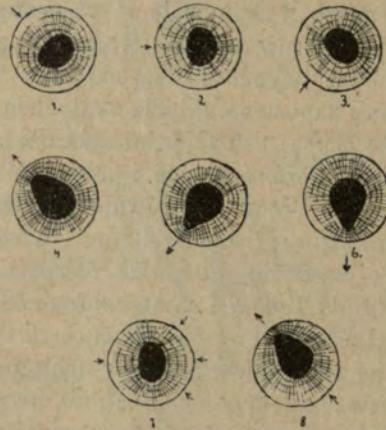
Podrażnienie wszystkich *nervi ciliares breves* u wyjścia ich z *ganglion ciliare* wywoływało równomierne szybkie zwężenie się źrenicy, które po ustąpieniu podniety prędko przechodziło.

Podrażnienie grubszej gałązki *a* [rys. 3] krótkiego nerwu rzęskowego, dawało kurczenie się tęczęwki w górnej zewnętrznej, w zewnętrznej i w dolnej zewnętrznej jej części.

Podrażnienie cieniutkiej gałązki *c* krótkiego nerwu rzęskowego dawało częściowe kurczenie się tęczęwki tylko w zewnętrznej jej części.

Podrażnienie zaś cieniutkiej gałązki *b* [rys. 3] krótkiego nerwu rzęskowego dawało kurczenie się tęczęwki w górnej wewnętrznej, w wewnętrznej i w wewnętrznej dolnej jej części jednocześnie.

Przy podrażnieniu obwodowych rozgałęzień nerwu *b*, otrzymywałem częściowe kurczenie się tęczęwki w górnej zewnętrznej jej części, albo w zewnętrznej albo w zewnętrznej dolnej części tęczęwki, jak to widać na rys. 5 (1, 2, 3).



Rys. 5.

Przedstawia najróżnorodniejsze zmiany w konturach źrenicy, wywołane eksperymentalnie: 1, 2, 3—przez podrażnienie oddzielnych gałązek krótkiego nerwu rzęskowego (*nervi ciliares breves*). 4, 5, 6—przez podrażnienie oddzielnych gałązek długiego nerwu rzęskowego (*nervi ciliares longi*), 7—przez jednoczesne podrażnienie gałązek *b* i *c* [rys. 3] krótkiego nerwu rzęskowego, 8—przez podrażnienie jednoczesne jednej gałązki długiego nerwu rzęskowego i gałązki *b* krótkiego.

Otrzymać częściowe kurczenie się tęczówki w wewnętrznej jej połowie przy podrażnieniu oddzielnych gałązek obwodowego rozgałęzienia nerwu *b*, dotychczas mi się nie udało.

Przy podrażnieniu oddzielnych gałązek obwodowych rozgałęzień długiego nerwu rzęskowego otrzymywałem częściowe rozszerzenia źrenicy w górnym zewnętrznym, w zewnętrznym i w zewnętrznym dolnym kwadrancie tęczówki, jak to widać na rys. 5 (4, 5, 6).

Drażniąc jednocześnie obie gałązki *b* i *c* krótkiego nerwu rzęskowego [rys. 3], otrzymałem kształt źrenicy, jaki widzimy na rys. 5-ym pod Nr. 7-ym.

Przy wszystkich tych doświadczeniach przekonałem się, że nerwy rzęskowe zachowują swoją żywotność i odpowiadają na podrażnienie elektryczne niekiedy jeszcze w godzinę po zabiciu zwierzęcia. Po enukleacyi gałki ocznej nerwy umierały znacznie prędzej.

Prócz tego zauważyłem jeszcze, że kurczenie się tęczówki, przy drażnieniu krótkiego nerwu rzęskowego, występowało zawsze natychmiast po przykładaniu elektrodów i ustępowało natychmiast po ich usunięciu, wtedy kiedy rozszerzenie źrenicy występowało zawsze dopiero w kilka sekund po przyłożeniu elektrodów i ustępowało dopiero w kilka sekund po ich odjęciu.

Korzystając z tego, podrażniłem najpierw tę gałązkę długiego nerwu rzęskowego, która daje częściowe rozszerzenie źrenicy w górnym zewnętrznym kwadrancie tęczówki, a potem przyłożyłem elektrody do dolnej gałązki nerwu *b* [rys. 3] i otrzymałem wtedy zmianę w położeniu całej źrenicy ku zewnątrz i ku górze, jak to widać na rys. 5-ym [Nr. 8].

Na tem kończąc mój komunikat, mogę wyniki otrzymane z własnych klinicznych spostrzeżeń i własnych badań doświadczalnych na zwierzętach, streścić w następujących zdaniach:

I. Patologiczne zmiany w konturach źrenicy, polegające

1-o na nierównomiernem oddziaływaniu oddzielnych części tęczówki,

2-o na zmianach w ustawieniu samej źrenicy,

3-o na stałych nieregularnościach w konturach źrenicy,—są objawem bardzo często spotykanym przy *paralysis progressiva*, *tabes dorsalis* i *lues cerebro-spinalis*.

II. Czasami objawy te widzimy też i w przebiegu innych chorób nerwowych i umysłowych, zaś u ludzi zdrowych spotykamy je tylko w razach wyjątkowych.

III. Objaw przemijającego, nierównomiernego oddziaływania oddzielnych części tęczówki spotykamy również i w przypadkach *katoniae*.

IV. Ponieważ nieregularności konturów źrenicy występują czasami nawet przed rozwinięciem się objawu ARGYLL-ROBERTSON'a i ponieważ są niejako początkowym jego przejawem, przeto mają niezaprzeczenie wielką wartość rozpoznawczą.

V. Wobec tego, że eksperymentalnie na zwierzętach, drażniąc prądem elektrycznym oddzielne gałązki długich i krótkich nerwów rzęskowych, otrzymujemy zmiany w konturze źrenicy prawie identyczne ze zmianami, spostrzega-

nemi w przebiegu organicznych chorób nerwowych, to należy przypuszczać, że te ostatnie nie są niczem innym, jak tylko stanami podrażnienia, niedowładu lub porażenia częściowego tęczówki, w zależności od patologicznych zmian w oddzielnych gałązkach długich lub krótkich nerwów rzęskowych a raczej w ich ośrodkach.

VI. Nierównomierne oddziaływanie oddzielnych części tęczówki jest wyrazem niedowładu odpowiedniej gałązki nerwowej, idącej właśnie do tej części tęczówki—*paresis iridis partialis*.

VII. Zmiany w ustawieniu samej źrenicy są wyrazem kombinacji stanów podrażnienia niedowładu lub porażenia w rozmaitych gałązkach długiego i krótkiego nerwu rzęskowego.

VIII. Stałe zmiany t. j. nieregularności w konturze źrenicy są objawami ostatecznego porażenia oddzielnych części tęczówki—*iridoplegia partialis*,—spowodowanymi zanikiem odpowiednich włókien długiego lub krótkiego nerwu rzęskowego a właściwie ich komórek nerwowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

65. H. Schlesinger i A. Weichselbaum. O t. zw. „myiasis intestinalis“, t. j. cierpieniu przewodu pokarmowego, spowodowanem przez gąsienice much.

Coraz więcej przekonywamy się obecnie, jak ważną rolę w powstawaniu różnych chorób odgrywają owady; dowodem choćby zimnica. Autorzy spostrzegli jeden przypadek „myiasis intestinalis“, w którym obecność w kiszkiach gąsienic much spowodowało długotrwałe cierpienie, zakończone śmiercią.

„Myiasis intestinalis“ mamy prawo rozpoznawać wówczas, gdy stwierdzamy z pewnością, w sposób nie budzący żadnych wątpliwań, w świeżo wydobytej zawartości żołądka lub wypróżnieniach obecność żywych gąsienic much lub samych much. Przypadek autorów w krótkim streszczeniu był następujący: 22-letni inżynier miewał od czasu do czasu krwawe wypróżnienia; na rok przed śmiercią dotknięty został cierpieniem, podobnem z przebiegu do dyzenteryi, lecz bez gorączki i wydymań; przyczem wydzieliły się z wypróżnieniami cuchnące cząstki tkanki; cierpienie to trwało 6 tygodni; po 3-ch miesiącach znów ukazały się w wypróżnieniach: krew, ropa i śluz. W końcu maja 1901 r. stwierdzono w świeżych wypróżnieniach po raz pierwszy obecność znacznej ilości gąsienic much, poczem wypróżnienia znów były prawidłowe; w czerwcu biegunka, w lipcu stan gorączkowy, wychudnienie i ponowne wydalenie z wypróżnieniami gąsienic much. Powoli poczęły się rozwijać objawy zwężenia kiszek, gorączka trwała wciąż, tętno przyspieszone, stały brak łaknienia, mocz zawierał wałeczki nerkowe bez białka; wyraźny guz w okolicy zagięcia esawatego i drugi guz miękkiego w prawym dole biodrowym; śmierć nastąpiła przy objawach postępującego wyniszczenia w październiku 1901 r.

Jak widzimy z powyższego krótkiego streszczenia, obraz chorobowy był od początku niezwykły i nie pozwalał na pewne rozpoznanie. Dyzenterya w początku choroby została wykluczona wobec braku wydymań, biegunki i gorączki, również należało wykluczyć na razie zatrucie ustroju, przymiot, nowo-

twór kiszek, gruźlicę i t. d.; wreszcie badanie makro- i mikroskopowe kału nie stwierdziło w początku obecności pasożytów, mogących spowodować powyższy zbiór objawów. Dopiero, gdy spostrzeżono w świeżych wypróżnieniach setki żywych gąsienic, powstała myśl o związku przyczynowym pomiędzy temi gąsienicami a danem cierpieniem, tembardziej, że w literaturze znane były już przypadki, w których obecność tych pasożytów w kiszki powodowała cierpienia, podobne w przebiegu do dyzenterji. Należało jednakże wyświecić stanowczo, czy istotnie gąsienice te stanowiły przyczynę choroby, czy też rozmnożyły się poprostu na owrzodzeniu kiszki, przedtem powstałym.

W literaturze opisano do stu przypadków „*myiasis gastro-intestinalis*“ [SENATOR, HILDEBRANDT, FINLAYSON, HENSCHEN i t. d.]; w większości z pośród tych przypadków spostrzegano obecność gąsienic much tylko jednorazowo, czy to w wymiocinach, czy też w świeżych wypróżnieniach. O wiele rzadsze natomiast są przypadki, w których spostrzegano wydalanie tych gąsienic w ciągu miesięcy i lat. Tu obecność tych pasożytów wywoływała, według autorów, rozmaite zaburzenia; tak, w przypadku HENSCHEN'a powstał obraz „*colitidis mucosae*“, w innych przypadkach notowano obecność krwi i śluzu w wypróżnieniach, bóle brzucha, upadek odżywiania, bóle głowy o charakterze migreny, bóle newralgiczne w grzbiecie i t. p. Kilku autorów wreszcie spostrzegało przypadki przyrodycznego wydalania gąsienic z wypróżnieniami [MALFI, BLANCHARD i DÜRR]. Lecz dotąd brakło opisu zmian anatomicznych, jakie obecność owych pasożytów w przewodzie pokarmowym może spowodować, t. j. dotąd nie została dokonana ścisła autopsya. Przypadek też autorów zasługuje z tego względu na uwagę, gdyż dowodzi, że nie wszystkie przypadki „*myiasis intestinalis*“, kończą się pomyślnie i że obecność tych owadów może pociągać za sobą wybitne zmiany anatomiczne w kiszki.

Ogłędziny pośmiertne przewodu pokarmowego dały następujące wyniki: w okolicy kiszki ślepej, w przejściu zgięcia wątrobowego w poprzecznicę, w okrężnicy zstępującej wyczuwa się znaczną odporność; po otwarciu tych kiszek okazuje się, że przyczyną odporności jest wypełnienie całkowite kiszek w tych miejscach kałem, po którego usunięciu daje się stwierdzić w każdym z tych miejsc owrzodzenie dość znacznych rozmiarów, zajmujące całą wewnętrzną powierzchnię kiszki; w niektórych miejscach kiszka została przedziurawiona i kał przedostał się do jamy otrzewnej; nad jednym z 3-ech owrzodzeń widać na błonie śluzowej liczne narosty w postaci polipów; pozostałe części błony śluzowej nie przedstawiają ważniejszych zmian. Badanie makro- i mikroskopowe owrzodzeń nie stwierdziło obecności w nich gąsienic lub pozostałości po tychże; zmian gruźliczych również nie zdołano wykryć ani tu, ani w gruczołach limfatycznych sąsiednich.

Z powyższych danych należy zatem wnioskować, że przyczyną śmierci w tym przypadku było zupełne zamknięcie światła kiszek wskutek nagromadzenia kału w częściach kiszek, uległych owrzodzeniu. Czy jednakże owrzodzenia te powstały istotnie za sprawą owych spostrzeganych za życia owadów, czy też miały inne pochodzenie?

Dyzenterję należy stanowczo wykluczyć tak na zasadzie przebiegu klinicznego, jak danych sekcy; przy tem cierpieniu sprawa umiejscawia się w dolnych odcinkach kiszek grubych i powoduje powstawanie licznych owrzeń rozmaitej wielkości, — w opisanym zaś przypadku brakło owrzodzeń właśnie w prostnicy i w zgięciu esowatym. Większe podobieństwo posiadały opisane owrzodzenia do owrzodzeń natury gruźliczej; przeciwko takiemu pochodzeniu przemawia wszakże brak gruzełków, widocznych gołem okiem lub stwierdzonych badaniami drobnowidzowem i brak zmian w sąsiednich gruczołach limfatycznych. Wreszcie syfilis należy również wykluczyć wobec braku blizn w owrzodzeniach i braku objawów przymiotu w innych narządach. Pozostaje

zatem tylko przypuszczenie, że owrzodzenia owe były następstwem obecności w kiszkiach pasożytów, spostrzeganych za życia chorego.

Chory ze spożytych pokarmem lub płynem mógł wprowadzić do swego przewodu pokarmowego gąsienice much *sarcophaga carnaria*; ponieważ gąsienice te są zaopatrzone w ostre haki i odznaczają się wybitną ruchliwością, jest możliwe, że mogły zaczepić się o błonę śluzową okrężnicy i nie być wydalone z wypróżnieniami; w następstwie gąsienice przedostały się pod błonę śluzową, wytworzyły jamy, błona śluzowa uległa nekrozie i z kilku małych jam powstało jedno duże owrzodzenie.

Autorzy zaznaczają wyraźnie, że wszystko to są przypuszczenia, gdyż dotąd bardzo skąpe posiadamy wiadomości o rozwoju i rozmnażaniu się owadów w przewodzie pokarmowym człowieka. W każdym razie przypadek powyższy poucza, że w pewnych razach możliwe jest dłuższe przebywanie gąsienic much w kiszkiach człowieka i że obecność ich może pociągnąć za sobą bardzo poważne zmiany anatomiczne, do pewnego stopnia poniekąd charakterystyczne; zmiany te mogą polegać na wytwarzaniu się jam na błonie podśluzowej, które następnie otwierają się do światła kiszki; podobne zmiany spostrzegane były przy t. zw. „*amoeba dysenteria*“.

Rozpoznanie „*myiasis intestinalis*“ nie przedstawia zatem trudności, gdy stwierdzimy w wypróżnieniach obecność żywych gąsienic much i jesteśmy w stanie wykluczyć zanieczyszczenie naczynia. Lecz podejrzewać należy owo cierpienie już wówczas, gdy mamy do czynienia z przewlekłą chorobą kiszki, przebiegającą z silnymi bólami, z obecnością krwi, śluzu i ropy w wypróżnieniach i gdy dla choroby pewnej przyczyny wykryć nie możemy.

Nader ciekawą kwestyę przedstawia tu sposób zakażenia. Zdaniem większości autorów chorzy połykają jaja lub gąsienice much z wodą lub pokarmami [surowe mięso, sałata, ser mleko]; szczęściem wszakże najczęściej jaja te i gąsienice wkrótce w przewodzie pokarmowym giną, w przeciwnym bowiem razie spostrzegalibyśmy to cierpienie bardzo często; w pewnych zaś tylko, wyjątkowych razach, przy bliżej nieznanym warunkach jaja przemieniają się w gąsienice, które żyją nadal w kiszkiach.

Z pośród rozmaitych gatunków much, spotykanych w przewodzie pokarmowym człowieka, których liczba dosięga 34, najczęściej spostrzegane były: *anthomyia canicularia*, *sarcophaga carnaria* i *musca vomitoria*. Najwięcej opisanych przypadków pochodzi z Niemiec, Anglii, Francji i Szwecji; w tym ostatnim kraju spostrzegano „*myiasis*“ już z zeszłym wiekiem. Rodzaj zajęcia chorego zdaje się nie odgrywać tu żadnej roli.

Co się tyczy rokowania, to nie jest ono w tej chorobie bezwzględnie dobre, nawet bowiem wydalenie gąsienic z przewodu pokarmowego nie jest równoznaczne z wyzdrowieniem, gdyż powstać mogą w przyszłości przykre następstwa; w przypadkach przewlekłych należy pamiętać o zwężeniu kiszki, jako jednym z powikłań.

Leczenie musi, rzecz prosta, polegać na najprędzem wydaleniu gąsienic z przewodu pokarmowego. Do tego celu służyć mogą bądź leki, zadawane *per os*, bądź irygacje. Z leków najskuteczniejszą okazała się *santonina*, w niektórych przypadkach osiągnięto pomyślne wyniki przy pomocy *felix mas*, kalomelu, naftaliny i zwykłych środków czyszczących. W razie obecności gąsienic w żołądku, należy podać lek wymiotny lub zastosować przepłukanie żołądka roztworem mentolu lub tymolu.

Irygacje zalecają autorzy z słabych roztworów azotanu srebra, taniny lub tymolu; również polecają lawatywy z oleju rycynowego i wysokie wlewania z dodatkiem naftaliny.

(*Wiener klin. Woch.* 1901. Nr. 1 i 2).

W. Rubin.

Uwagi nad „Odpowiedzią dra B. Bartkiewicza“ (Gaz. Lek. Nr. 19 z r. b.).

Niezmiernie wdzięczny jestem Szanownemu Koledze BARTKIEWICZOWI za Jego „Odpowiedź“, która, stawiając mi szereg zapytań, zmusza do dania na nie wyjaśnień, a jednocześnie, nie zbijając zgola podstawowych moich zarzutów, uczynionych Jego dziełu „Szkoła Główna Warszawska [1862—1869] Tom II“, pozwala mi je utrzymać i powtórzyć w zupełności.

Przedewszystkiem więc już w 2-gim wierszu „Odpowiedzi“ występuje poważny szkopuł w tytule dzieła. Szanowny Kolega chce w niem mieć koniecznie „Historję Akademii med.-chir. i Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej“. Ja nie mogę też w niem czego innego dopatrzeć, ale mam prawo trzymać się głównego założenia i projektu wydania przez odpowiedni Komitet czterotomowego cyklu z okresu siedmioletniego „[1862—1869]“, zaznaczonego wyraźnie w głównym tytule dzieła. Poprzedzający okres pięcioletni „[1857—1862]“ Akademii może być tu tylko traktowany jako część wstępna, przygotowawcza, razem z innymi instytucjami, poprzedzającymi otworzenie Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej z zaznaczeniem jego niezaprzeczonego zresztą wpływu na rozwój tego ostatniego. Zresztą nic nie można mieć i przeciw oddzielnej monografii Akademii, jako samodzielnej instytucji. To właśnie miałem na myśli, wspominając w moim artykule na str. 268 o istniejącej już od 1865 r. takiej monografii GIRSZTOWTA, a na str. 297 kwalifikując dzieło rozbiierane, jako taką monografię, do wydawanego cyklu z zaznaczeniem braku dotychczas właściwej monografii Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej.

Szkic Akademii GIRSZTOWTA posiadam na własność (!)¹⁾ i to jeszcze z czasów studenckich, „miałem więc go w rękę“, o czem Sz. autor „powątpiewa“, a nawet czytałem, prawdą tylko jest, że nie w chwili pisania mojej krytyki. Ale w zacytowanym przez autora, inkryminowanym mi, ustępie mojej krytyki, nie ma „zarzutu“, że mało co więcej napisał od GIRSZTOWTA, jest tylko zaznaczenie, że już podobnie obszerna monografia Akademii istniała.

Mając więc ten szkic, tem skwapliwiej nabyłem oddawna pożądaną i wyglądaną Tom II-gi dzieła, zatytułowanego „Szkoła Główna Warszawska [1862—1869]“, mający opisywać jej „Wydział lekarski“ i tem większego doznałem zawodu, znalazłszy w nim podrzędnie traktowane to, co ten tytuł zapowiadał i w dodatku w nieodpowiedniem, po większej części ujemnem oświetleniu. Dlatego też „przeliczyłem karty“, co mi autor ma za zło, a co jednak jest niezłym cyfrowym dowodem; na niesłuszne zaś w wielu razach ujemne oświetlenie, lub ważniejsze błędy faktyczne, starałem się zwrócić uwagę i o ile mogłem je sprostować.

„Z prawdą“ nie „miałem się“ nigdzie, nawet „mimowolnie“, jak to Sz. autor stanowczo na wstępie swej „Odpowiedzi“ twierdzi, odmawiając mi prawa oceniania Jego dzieła z „pamięci“, jako „historycznego“ i niejako „*e cathedra*“ ucząc, że „nie wolno mówić“ „o ile sobie przypominam“, którą to cytateę dwa razy z jednej strony 269 artykułu przytacza, zarzucając jednocześnie „błąd historyczny“. Pozwoli Sz. autor, że będę innego zdania. Przedewszystkiem, właśnie w ocenie takich prac nie tylko wolno (!) posługiwać się pamięcią, zwłaszcza gdy piszący o danych faktach i sprawach „*aliquis eorum pars fuit*“ i osobiście z nimi się stykał, ale nawet, przy ich opisywaniu pierwotnem trzeba (!) często do tej metody się uciekać i nią się po-

¹⁾ Jestem zmuszony użyć „wykrzyknika“, który jednak ma tylko znaczenie podkreślenia w druku danego wyrazu, na który chcę zwrócić uwagę, nie zaś „wycieczki przeciw autorowi“, jak to w końcowym ustępie Jego „Odpowiedzi“ znajduję przypisanem mi niesprawiedliwie i moję zapewnić, że w innym celu, nigdy ani tego znaku, ani dodatku „sic“ nie używałem.

ślugać, choćby nawet w tych sprawach udziału się nie brało, jak to sam autor, nieco niżej, wyznaje, że „do wyrażenia poglądów czuł się upoważnionym na zasadzie [między innymi] opowiadań ustnych byłych wychowawców Szkoły Głównej“. Chyba moje prawo do użycia, tylko w krytyce, pamięci bezpośredniej, jest lepsze, niż autora pośrednie i to w pracy zasadniczej. Komu tu łatwiej „popęlić błąd historyczny?“ Niechże mi tego prawa Sz. autor nie odmawia, tem bardziej, że ja mu go nie kwestyowałem także, przypuszczając z góry jego zastosowanie i tylko na str. 296 w wierszu 17 od dołu zaznaczając „jednostronność informacji z tradycji“. Nadto zacytowane przez autora moje wyrażenia są tylko delikatną formą polemiki, dopuszczającą dyskusję i wylęczającą apodyktyczne „twierdzenia“.

Nie posługiwać się więc pamięcią w ocenie dzieła historycznego „nie wolno“, nie używać wyrażen „o ile sobie przypominam“ „nie wolno“, ale nie wolno pisać dzieła historycznego w $\frac{2}{3}$ treści poświęconego innemu przedmiotowi, innej epoce, niż zapowiadana w tytule głównym, gdyż tytuły podrzędne nikogo nie obchodzą i oznaczają tylko streszczenie całości,—nie wolno wniem podawać faktów nieudowodnionych i nie popartych dokumentami, bez wyjaśnienia wątpliwych,—nie wolno rzucać jednostronnego światła na sprawy i osoby tylko na zasadzie opowiadań trzech osób, nie wskazując tego źródła.

Gdyby tytuł ocenionego przeze mnie dzieła brzmiał „Historia Akademii i t. d.“ prawdopodobnie nie uległoby krytyce, mimo różnicy naszej w zdaniach co do wpływu zamiany tej Instytucji na Wydział lekarski Szkoły Głównej, gdyż odpowiadałoby swemu założeniu; i co najwyżej możnaby wskazać tę różnicę i sprostować niektóre fakta i poglądy na rzeczy i osoby.

Zarzuca mi autor „błąd historyczny“, w sprawie „półrocznych egzaminów“ popełniony, przez ich zakwestyonowanie. Na str. 99 dzieła znajduję niczem nie poparte krótkie twierdzenie: „Zmiany ogólne w ustawie były duże co do egzaminów; ustanowiono egzaminy półroczne . . . i t. d.“. Dopiero w „Odpowiedzi“ mamy zacytowanych parę paragrafów z „Regulaminu egzaminacyjnego Szkoły Głównej [rok 1864]“ „na dowód“ istnienia „profesorskich egzaminów przy końcu każdego półroczu . . . dla pozyskania w matrykule poświadczenia uczęszczania“ na lekcye. Gdyby regulamin ten znajdował się w dziele, w „przypisach“ lub „dodatkach“, mógłbym zaledwo zarzucić autorowi nie wyjaśnienie kwestyi, choćby z tradycji, że właściwie tylko była wykonywana część pierwsza jego paragrafu 6-go przez „poświadczenie wprost uczęszczania w matrykule“; nie znalazłszy go tam, miałem prawo napisać „z pamięci“, że „nie sobie podobnego nie przypominam“. Że jednak mnie pamięć nie zawiodła i że nie popełniłem „błędu historycznego“, mam dowód w równorzędnych, zacytowanemu przez autora „Regulaminowi“, „Przepisach egzaminacyjnych w Szkole Głównej Warszawskiej“, nieco tylko od niego późniejszych, bo „zatwierdzonych przez Radę Administracyjną postanowieniem z dnia 17/29 maja 1866 roku“, zacytowanych już przeze mnie w mojej krytyce na str. 294, jako będących moją własnością ¹⁾. Na 16-tu stronicach mamy w nich wyczerpanie wszystkich egzaminów,

¹⁾ Na str. 1-ej tych „Przepisów“ czytamy:

1. Prawidła ogólne.

Art. 1.

W Szkole Głównej Warszawskiej odbywają się egzamina następujące:

- a) wstępne—przy zapisie w poczet studentów Szkoły Głównej,
- b) środkowe—po ukończeniu dwóch pierwszych kursów,
- c) ostateczne, na stopień Lekarza lub Magistra—po ukończeniu całkowitego zakresu nauk, to jest: po wysłuchaniu 5-letniego kursu na Wydziale Lekarskim, a 4-letniego na innych,

odbywanych w Szkole Głównej i rozwinięcie prawideł i formalności do każdego z nich się odnoszących w 50-iu szczegółowych artykułach, ale ani jednego słowa tam niema o spornych między nami „egzaminach półrocznych profesorskich“.

Że „podpisujący i poświadczający frekwencyę w matrykule profesorowie“ mieli prawo i mogli zadawać czasem studentom pytania z treści swoich wykładów, że niekiedy jedni robili to żartem, inni brali więcej na seryo, a niektórzy, jak zacytowa ni przez Sz. Kolegę „WERNER i TYROHOWSKI“, do których i ja dodam jeszcze PILCICKIEGO i resztę profesorów klinicznych i mających swoje pracownie specjalne, byli nawet do tego obowiązani dla zupełnie naturalnej kontroli nad zużytkowaniem materiału nieraz kosztownego, a dostarczanego za szczupłe środki instytucyi, to się samo przez się rozumie, ale, powtarzam raz jeszcze na zasadzie własnego w tem udziału, takie pytania „nie miały charakteru egzaminów“. Miało to miejsce w rozmaitych terminach przez rok cały. Same zaś nawet egzamina środkowe i ostateczne odbywały się w postaci *colloquium*, w grupach *maximum* po 6 studentów jednocześnie na jeden naznaczony termin, przed wykładającym profesorem i dodanymi mu przez Radę Wydziałową dwoma asystentami, trwających po kilka godzin, z całego przedmiotu dowolnie, bez ciągnięcia t. zw. pytań, przyczem t. zw. program miał tylko znaczenie wskazówki dla egzaminowanych i egzaminujących co do możliwych granic zadawania pytań i wymaganych odpowiedzi.

Kwestya to zresztą sama przez się podrzędna; poświęciłem jej w mojej krytyce na str. 269 zaledwo nie całe 9 wierszy. Sz. Kolega zrobił mi z niej poważny zarzut „błędu historycznego“ i wyniósł ją na czoło swej „Odpowiedzi“; musiałem ją nieco obszerniej wyjaśnić. Nabrała jednak znaczenia w obec obszernie opisaney burzy, jaką wywołała w Akademii sprawa wprowadzenia tylko przejściowych z 1-go kursu na 2-gi egzaminów, poparta aż 3-ma obszernymi na 10-ciu stronicach dokumentami w „przypisach“, — skoro się ją uznaje za „dużą zmianę“ [str. 99] i załatwia z nią w 3-ch słowach, bez poparcia dokumentami i bez wyjaśnienia faktycznego stanu rzeczy, nieco odmienniego od opisanego. Daje to miarę traktowania i innych działów rozbieżnej pracy. Z brakiem zaś dokumentów, odnoszących się do Szkoły Głównej, obok troskliwego zebrania odnoszących się do Akademii, spotykamy się w całym dziele ciągle; czy zaś „Regulamin“ i inne będą pomieszczone w którym tomie, trudno wiedzieć, bo nie znajdujemy go ani przy I-ym tomie wydawnictwa krakowskiego, ani w dziełku KRAUSHARA.

Stanowny autor, podtrzymując dalej swoje zdanie, że „zamiana [Akademii na Wydział lekarski] na dobre nie wyszła“, ma mi za złe, że przy rozpatrzeniu sum, przeznaczonych „na pomoce naukowe“, a przez niego zacytowanych na str. 98 dzieła, nie zaznaczyłem i paru słów je dopełniających, a mianowicie, że „laboratorium chemiczne miało [odtąd] obsługiwać dwa wydziały“. Dla mnie to nie stanowi braku. Byle ono było lepsze i zasobniejsze. Faktem zaś jest niezaprzeczonem, że tak te pomoce naukowe, jako też ich znaczenie, rozwijały się stopniowo i dążyły do udoskonalenia z pożytkiem Szkoły i uczących się. Zestawiłem w mojej krytyce tylko cyfry, wzięte ze strony 98-iej. Pozwolę sobie teraz dopełnić je innemi. Na str. 46-iej znajduję etat pierwotny Akademii „na gabinety i pracownie“ na ogólną sumę „500 rs. [gab. chemiczny 150 rs., farmaceutyczny 100 rs., fizyczny 75 rs., anatomiczny 75 rs., mineralogiczny 50 rs., zbiory botaniczne 50 rs.]“, bądź co bądź obowiązujący przez 4 lata, aż do 1-go stycznia 1861 r., w którym to dniu wprowadzony został inny etat,

d) egzamina na stopień Doktora, do których przystępują Magistrowie i Lekarze, po upływie lat dwóch od daty przyznania im pierwszego stopnia naukowego.

Oprócz tego, na Wydziale Lekarskim odbywają się egzamina na stopnie naukowe służbowe, farmaceutyczne i specjalno-praktyczne, według oddzielnych w tej mierze przepisów.

właściwie tylko na dwa ostatnie półrocza egzystencji Akademii, znacznie różniący się od tego, gdyż przeznaczający ¹⁾ na odpowiednie laboratoria 500, 300, 300, 700, 100, 60=1960 rs. Ale znów pod odpowiednimi katedrami w Szkole Głównej znajdujemy „roczny wydatek dla gabinetu chemicznego 500 rs. [str. 131], farmaceutycznego 200 rs. [str. 143], fizycznego 450 rs. [str. 127], anatomicznego 700 rs. [str. 134], mineralogicznego 500 rs. [odliczywszy przypuszczalnie drugie 500 rs. na gabinet zoologiczny z ogólnej sumy dla obu tych gabinetów przewidzianej 1000 rs.] [str. 125], botanicznego 60 rs. [str. 128]⁴⁾. Razem 2410 rs. Nie takie zatem było krzyżące zmniejszenie środków na pomoce naukowe, jak to autor na str. 98 utrzymuje, nie licząc nowych katedr, które także pewne zasiłki otrzymywały. Przyjąwszy nawet, że większość z tych gabinetów „musiała odtąd obsługiwać dwa wydziały“, zawsze to było powiększenie pomocy naukowych, korzystne dla studentów obu wydziałów. Pozałowania zaś godne zmniejszenia dla niektórych katedr nowopowstających w Szkole Głównej i nie istniejących weale w Akademii, jak Anatomia patologiczna, Chemia fizyologiczna, a nawet Fiziologia ²⁾, przy usilnej pracy i dobrej woli późniejszych wykładowców profesorów, dały się wyrównać i nie odbiły się na losie Instytucji. Dowody więc Szanownego kolegi: 1) „w cyfrach“, musimy powtórzyć, nie są przekonujące, 2) „w odezwach do Rady wydziałowej“ są łatwo zrozumiałe, bo każdy musiał się starać o ułatwienie sobie zadania, pomnożenie środków i wyzyskanie wszelkich możliwych warunków do pracy i pożytku studentów przez zwrócenie przedewszystkiem uwagi na braki i niedostatki, wymagające poprawy, a 3) „w opowiadaniach ustnych“, choć prawdziwe co do „deficytu“, ale jednostronne co do jego znaczenia i wpływu, nie uwzględniające okoliczności dodatnich i równoważących braki. Dowody „podpisane przez HIRSZFELDA, WERNERA, WISŁOCKIEGO i in.“, na które się autor w „Odpowiedzi“ powołuje, prawdopodobnie odnoszą się do aktów, sporządzanych przez nich w charakterze członków komitetu, naznaczonego 9-go stycznia 1864 r. przez Radę wydziałową, a więc w 2-im roku zaledwo istnienia Szkoły Głównej, malują więc właściwy stan gabinetów, w jakim one przeszły do Szkoły po Akademii i przewidywane ich potrzeby przy nowem ich urządzeniu. Widać to ze strony setnej dzieła, a na str. 101 czytamy: „Wszystkie te potrzeby zostały zaspokojone wkrótce“. Nie było więc tak całkowicie źle!

Zapytuje Sz. Kolega, dlaczego mówię razem o projektach utworzenia podwójnych klinik chirurgicznej i terapeutycznej. Ależ, Sz. Kolego, dosyćby było tego, że to były projekty „jednoczesne“ [str. 106], ale ważniejsze to, że o obu projektach sam Kolega mówi razem na jednej stronie [106] swego dzieła. Na tej to stronie zamiast podniesienia tej dążności wydziału do rozszerzenia działalności naukowej, powiększenia środków i pomocy naukowych, ułatwienia studentom nauki, spotykamy tylko krótkie pobudki osobiste: „GIRSZTOWT oddawna pragnął posiadać własną klinikę“ [wiersz 4-ty od góry], „utworzenie drugiej kliniki terapeutycznej . . . równało się pozabawieniu CHAŁUBIŃSKIEGO połowy godzin wykładu“ [wiersz 12—10 od dołu], „projekt podobał się głównie [!] CHOJNOWSKIEMU, który był kandydatem na kierownika kliniki“ [wiersz 8 od dołu]. Jużci, że takiego oświetlenia nie mogą aprobować, a nie mogąc się szerzej nad tem rozwodzić w artykule krytycznym o całem dziele, starałem się tylko zaprotestować, że wszyscy oni mieli nie tylko osobiste pobudki. Obecnie jestem zmuszony zaznaczyć, że „osobiste pobudki“ nie są jeszcze „nieczystymi“, jak to Szan. Kolega w „Odpowiedzi“ swojej tłumaczy; mogą być nawet bardzo szlachetne, ale, kiedy występują same przez się i górują nad innymi, mogą sprawiać niemiłe, „ciemne“ wrażenie. Projekt zaś podwójnych klinik „podał się“ nie „tylko CHOJNOWSKIEMU“. Podał on się większości profesorów Wydziału i przeszedł „10-iu głosami przeciw 5-iu“ [str. 107 wiersz 14]; podobał się studentom, widzącym wyraźną

¹⁾ Szk. Główn. Warsz. T. II. Przypis 17-ty str. 293, 294 i 295.

²⁾ Wykłady Anatomii Patologicznej obok Patologii ogólnej, prowadzone przez WISŁOCKIEGO, Fiziologii zaś przez KRYSZKĘ i SZOKAŁSKIEGO trudno brać na seryo.

swoją korzyść i ułatwienie w nauce przez bezpośrednie i dłuższe zetknięcie się z chorymi i zastosowanie wykładu do mniejszego przygotowania w I-ym roku klinicznym; musiał się podobać wszystkim, widzącym w nim postęp i dążenie do rozwoju Instytucji i zrównanie jej z innymi odpowiednimi gdzieindziej zakładami naukowymi. Mógł się tylko niepodobać CHAŁUBIŃSKIEMU, ze względu na to, że nauka kliniczna sama z siebie jest niewyczerpaną i nieskończoną i całe życie przedstawiać może coś nowego nawet dla samego wykładającego, nie tylko dla słuchaczy i ze względu na chęć utrwalenia w tych ostatnich niektórych ważniejszych swoich poglądów, do których wagę przywiązywał; ale, jak widzimy, pozostawał on w mniejszości i musiał w ostateczności użyć aż tak poważnego argumentu, jak groźba dymisyi, aby poprzez skutecznie swoje zdanie. Studenci zaś, widząc sprawę zagrożoną i utrudnioną nie tylko z przyczyn finansowych, kilkakrotnie wysyłali deputacje do Rektora MIANOWSKIEGO z prośbą o poparcie i przyspieszenie przychylną dla nich decyzji. W delegacjach tych, piszący te słowa, razem z kilkoma innymi, wybranymi przez kurs, kolegami, brał bezpośredni udział. Agitacyi szczególnych ze strony nie było, mogę o tem Sz. Kolegę zapewnić i czy się co „poza plecami“ CHAŁUBIŃSKIEGO, jak to Sz. Kolega w „Odpowiedzi“ wyraża, robiło, mógłby chyba kto z ówczesnych wykładających powiedzieć. Tymczasem zaś pozwolę sobie wątpić o tem, nie widząc potrzeby tej agitacyi. Że postanowienie Wydziału w tej kwestyi zapadło na sesyi, odbytej w czasie pobytu CHAŁUBIŃSKIEGO za granicą, to sprawy nie przesądza, bo przecie ta sesya miała miejsce w czasie normalnym, przy udziale wszystkich profesorów obecnych wtedy i nie rozstrzygała sprawy jednej tylko katedry CHAŁUBIŃSKIEGO, lecz w ogóle rozstrzygała potrzebę pomnożenia liczby katedr klinicznych, jak w tym razie—utworzenia trzech nowych.

Nie pozwala mi Sz. autor „liczyć kart“ swego dzieła na dowód nierównomiernego traktowania w niem Akademii i Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej. Ja jednak jeszcze raz powtórzę mój rachunek i powiem, że gdy w dziele, zatytułowanym „Szkoła Główna“ i przeznaczonem specjalnie jej „Wydziałowi lekarskiemu“, znajduję poświęconych mu tylko 12 kartek, zaś poprzedzającej go Instytucji, z epoki nie objętej tytułem, 40 kartek, muszę uznać w tem nierównomierność i niejako t. zw. „macosze traktowanie“ pierwszej. Sam ten rachunek, bez względu na to „coby kto powiedział“, jest dla mnie „wystarczającym“ i dowodzącym jasno słabszego „wyczerpania“ przedmiotu głównego. Że praca [szkie] GIESZKOWTA jest tu rozszerzona przez autora, to nie ulega wątpliwości i zasługuje na uznanie i zaznaczenie, ale tembardziej razi w dziele, mającem rozpatrywać z zasady epokę późniejszą, pobieżnie tylko w niem przedstawioną.

Co do „wątpliwości“, jakie się Sz. autorowi „nastęrczają“ z tytułu mojego zapatrywania się na „stanowisko Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej w nauce, literaturze i t. d.“, wpływu „późniejszej pracy Instytucji . . . na polską naukę medycyny“ i na zrównanie tej ostatniej „z wszechświatową“, nie będę przeczył zarzuconego mi „wpływu serca“ na ten pogląd, ale, jeżeli Sz. autor, pisząc swoje dzieło, myślał jednocześnie o „cudzoziemcach“, mających je czytać, nie zgrzeszyłby, gdyby włożył w nie nieco serca, zamiast chłodnego krytycyzmu na gruncie ostatnich późniejszych poglądów, które nazywa „rozsądkiem“. Niech mu za odpowiedź wystarczą niektóre ustępy z jego własnego dzieła¹⁾. Ja wszakże na str. 268 mojej krytyki mó-

¹⁾ Mianowicie na str. XI znajdujemy tam: „Za ruchem piśmienniczym peryodycznym podążał i ruch wydawniczy książkowy . . . pojedyncze monografie, świadczące o budzącej się samodzielności na polu badań naukowych . . . Wpływ Akademii medycznej i Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej na nasze piśmiennictwo lekarskie . . . był ogromny i to nie tylko w dobie ich istnienia, lecz i na późniejsze czasy“.

Dalej na str. następnej XII jest mowa o „liście uczonych polskich, znanych ze swych prac naukowych“ podanych na kandydatów do katedr na projektowanym wydziale lekarskim lwowskim przez BIESIADKIEGO, w których „liczbie nie mało należało do byłych wychowanców Aka-

wilem nie tylko o „kilkoletniej . . . pracy Instytucyi“, ale i o „następczej działalności życiowej jej wychowañców“, których to słów w cytacie swojej Sz. autor nie umieścił, zmieniając przez to jej znaczenie. Takie zaś rezultaty, jak zacytowane przeze mnie powyżej w przypisku z przedmowy do dzieła Sz. kolegi nie tylko się widzi, ale, jako pocieszające, pokrzepiające, „odczuwa“. W naszych nadto warunkach trudno nawet orzec, która z tych funkcji z konieczności górować nad drugą musi. Nie jest to więc ani mój wyjątkowy pogląd, ani też „wysoce oryginalny“ i jak na teraz, chyba nie potrzebujący „dalszego rozwijania“ i „udowodniania“, przynajmniej na tem miejscu.

Uwalniałoby to już nas może od dawania objaśnień na następne kwestye, stawiane przez Sz. autora, a uwydatniające, razem z powyższą, jego stanowisko raczej surowego i bezwzględnego krytyka względem opisywanego przedmiotu [Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej], niż miłującego go przyjaciela, jakim chcielibyśmy mieć pierwszego monografistę naszej Instytucyi. Musimy jednak i tych następnych kwestyi dotknąć choć paru słowami.

Geniusze, Sz. Kolego, na wieki się liczą i wśród wieków wyjątkowo się pojawiają. Mówiliśmy o ogóle wykładających w Akademii, wśród których niezaprzeczenie wiele wybitnych zdolności się pokazało. Najwybitniejsze jednak zdolności nie łatwoby się rozwinęły bez odpowiednich warunków, bez pola pracy, bez odpowiednich pomocy. Na ten raz takim polem pracy były katedry w instytucjach naukowych krajowych. Za złe brać SZOKALSKIEMU, że się podejmował wykladać Fizyologię, NEUGEBAUROWI i KORZENIOWSKIEMU, że wykładali Anatomię, NAWROCKIEMU, że zaczął od wykładów Historii medycyny i t. d. w braku innych kandydatów na te katedry i w nadziei, że, przy szczęśliwym składzie okoliczności, pierwszy dostanie ulubioną sobie katedrę Oftalmologii z kliniką, drugi Akuszeryi, trzeci Chirurgii, czwarty Fizyologii z laboratorium,—w ówczesnych warunkach nikt nie będzie, choć w ten sposób „przerzucali się z przedmiotu na przedmiot“. Mając zaś odpowiednią do swoich upodobań podstawę w katedrze i pracowni i mogąc skierować wszystkie swoje siły na jeden przedmiot ulubiony, „wyrabiali się“, powtarzam, na specjalistów, których nam w kraju brakowało, a z których nie jeden później dał się poznać światu całemu naukowemu, chociaż rozpoczynał przed tem w kraju pracę jako człowiek młody i szerzej nieznany. Bez wątpienia „tak się ludzie wyrabiają“ na odpowiednim sobie polu i nie w tem nadzwyczajnego niema i niema powodu stawiania przy tem wykrzyknika „aha!“, bardziej może „nie w porę“ tu będącego, niż moje parokrotne „sic“, zupełnie w innym celu użyte. Nie chce Sz. Kolega cytować nazwisk i ja też nie będę tego robił, tak w tej kwestyi, jako i w następnej, gdy mnie Sz. Kolega zapytuje o „duchowych następców“ po zacytowanych przeze mnie na str. 291 u góry paru profesorach. Zwrócę tylko uwagę, że w moim ustępie na wskazanem miejscu, jest mowa nie tylko o „pracownikach pożytecznych dla nauki“, ale „i dla społeczeństwa“, któryto wyraz Sz. Kolega w cytacie swojej opuścił, stawiając zato w bliskim sąsiedztwie skądinąd wzięte wyrażenie o profesorach: „pewni siebie specjaliści“, a takie zestawienie, w połączeniu z opuszczeniem, nadaje inne zupełnie temu znaczenie. Jakkolwiek to może być pożądanem, nie zdaje mi się, aby było koniecznem, żeby każdy student, pracujący w jakimś laboratorium, wychodził z niego odpowiednim specjalistą; że każdy jednak pracujący pod kierunkiem tak zacytowanych przeze mnie, jako

demii mędyecznej i Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej“. Tam też czytamy: „Jeszcze i dziś znalazłby się pomyślny zastęp ludzi nauki, którzyby z rzetelnym dla słuchaczy pożytkiem katedry w Uniwersytecie polskim zająć mogli . . . samo Państwo rosyjskie mogłoby ich dostarczyć nie mało . . . A wszyscy oni albo wyszli z łona naszej Szkoły, albo byli pod jej wpływem lub się też duchowo z nią solidaryzowali. W samej rzeczy, dziś byłoby łatwiej o wybór i skompletowanie odpowiednich sił wykładowych, niż to miało miejsce w roku 1857, tak silny rozpęd dała pod względem naukowym nasza Szkoła, tak wielorakim był jej wpływ w różnych kierunkach“.

też i innych profesorów ma coś jemu do zawdzięczenia i w swoim zakresie przynosi korzyść społeczeństwu, to nie ulega wątpliwości. Zgasły już kierownik i założyciel pierwszego u nas laboratorium prywatnego chemiczno-lekarskiego ALEKSANDER WOLFF pracę swoją o „fizyologii żółci” dokonał w laboratorium FUDAŁOWSKIEGO, wiele rozpraw doktoryzacyjnych wyszło z laboratorium NAWROCKIEGO, asystentami HIRSZFELDA byli nawet KOSIŃSKI, a potem ORŁOWSKI i ŻŁOBIKOWSKI, pod ręką zaś PIŁOICKIEGO pracował w 1867/8 r. n. zgasły już, znany nasz przyrodnik i podróżnik, JAN KUBARY. Faktem zaś jest pewnym, że o ile u HIRSZFELDA dużo mógł skorzystać anatom specjalista, o tyle tylko PIŁOICKI mógł wyćwiczyć w potrzebnej znajomości anatomii i technice anatomicznej przeciętnego studenta.

Nie ulega wątpliwości także, iż wszyscy prawie asystenci kliniczni z owych czasów zyskali wybitniejsze stanowiska w społeczeństwie, a niektórzy odznaczyli się i na polu naukowym. Dostyc rozejrzeć się w społeczeństwie naszym w ostatnich latach. Nie żądałem koniecznie ich „sylwetek” w dziele, zaznaczyłem tylko na str. 291 mojej krytyki brak dokładnych danych o nich, gdy asystent *vel* laborant przy katedrze farmacji SZFERLING dostąpił życiorysu narówni z wykładającymi profesorami. „Do epizodu zaś ze ŚWIETLICKIM” i owszem „przywiązuję wagę” i dlatego go opisałem, gdyż bez wątpienia, o ile Sz. Kolega nie chce go „poczytywać za dowód wybitnych zdolności”, o tyle był nadzwyczajnym w Szkole Głównej i wychodził poza zakres zwykłych „zajęć praktycznych asystenta ze studentami”, zwykłych obowiązków jego, przy istnieniu oddzielnej katedry i kliniki dyagnostyki lekarskiej; czego Sz. Kolega przyznać nie chce. Co innego pomoc i rada w zajęciach praktycznych, co innego wykład systematyczny jakiegoś przedmiotu. Co było niedostatkiem i łataniem możliwym w Akademii, nie może być brane za normę w ostatnich latach istnienia Szkoły Głównej.

Przechodzimy do życiorysu GIRSZTOWTA. Zaręczam, że i jabym wolał nie wchodzić wcale w polemikę. Przyznaje jednak Sz. autor w „Odpowiedzi”, że „napisał go [przeważnie] na podstawie opowiadań”, czego ja się domyślałem przedtem i uznałem za jednostronne. Na razie przyszła mi na myśl tylko znakomita mowa prokuratora, na „prasę popularną” nie powoływałem się wcale; ale autor sam „pamięta” „spór o zasługi i charakter tego profesora . . . w prasie lekarskiej”, skoda że do tego źródła nie zajrzał, aby sprawiedliwiej go ocenić. W „odpowiedzi” ta ocena już nieco inaczej wygląda, chociaż jakim był on „chirurgiem wykonawcą, operatorem technikiem i dyagnostą” może być kwestią sporną. Zdolnościom zaś i postępowemu kierunkowi oddana została sprawiliwość na str. 146 dzieła i przeprowadzone porównanie z LEBRUNEM. Dzisiejszej zaś miary Kosińskiego, choćby ze względu na czas, przykładać do niego nie można. Gdyby to jednak, co jest powiedziane w „Odpowiedzi” o jego zasługach na polu chirurgii i literatury lekarskiej polskiej, było w dziele, sporu o niego by nie było. Niestety, nasza polemika przebrzmi bez echa może, a dzieło pozostanie z ujemnym rysem charakteru i zasług znakomitego i niezapomnianego męża!

Za wytłomaczenie wyrażenia „prawie bił” jestem wdzięczen. Wprawdzie źle sformułowane wyrażenie, a takim jest to właśnie, jako złożone z dwóch słów nawzajem się wyłączających, pozostanie zawsze dla mnie „niezrozumiałem”, a mając mało-wać pewną czynność”, „nieprawdziwem”; wszakże podane w „Odpowiedzi” jego tłomaczenie aż w 3-ch postaciach, już inaczej się przedstawia i 3-cie z nich już jest najlepsze. Przy bogactwie jednak naszego języka zaproponowałbym jeszcze czwarte: „szorstko” z dodatkiem „niekiedy” się obchodził, a wtedy byłibyśmy najbliżsi prawdy. Cóż z tego, kiedy znów trzeba żal wyrazić, że ta poprawka przebrzmi na tych kartach a w dziele fałszywy rys człowieka pozostanie.

Szczegóły o śmierci GIRSZTOWTA nie są niezbędne w życiorysie; te, które się znajdują w dziele, są zupełnie wystarczające, zbyteczne tylko i fałszywie brzmiące jest słówko „równie”; modyfikacja zaś danego ustępu, podana w odpowiedzi, zupełnie

zadowala. Ale znowu ta modyfikacya, z wykreśleniem tego słówka, przejdzie tutaj, a w dziele pozostanie ujemne pojęcie.

Znalazłszy zbyt mało rzeczy, dotyczących Szkoły Głównej w dziele i mówiąc o tych brakach, gdy dotyczące Akademii znalazłem w niem zebrane skrzątnie, nie wiedziałem, że Sz. autor korzystał ze zdefektowanych i podartych dokumentów, o czym się dopiero teraz dowiaduję z „Odpowiedzi”. Żal mój z tego powodu jest tem większy, że nie łatwo tę rzecz naprawić. Słuszną jest wymówka Sz. Kolegi, że późno do tego się wzięto i nie dokonano odpowiedniej pracy, która była obowiązkiem wychowawców Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej. Sz. autor „w pierwszej linii” do mnie przemawia. Dziękuję za zaszczyt. Niestety jednak, Szanowny Kolego, wśród znanych warunków pracy na prowincyi, w kłopotliwym życiu, a zdala od ognisk i źródeł, nie myślałem o tem nigdy tak, jak to dawno robił dla Akademii jej wychowawiec ś. p. Rogowicz, ogłaszając jeszcze w 1882 roku ¹⁾ „List otwarty do wychowawców b. Akademii medycznej Warszawskiej” z prośbą o dostarczanie mu dokumentów i osobistych wiadomości, tyjących się tylko Akademii i nie myśląc wcale o Szkole Głównej, której oddzielną „Historję losów” Redakcyja zapowiadała, jako „bliską urzeczywistnienia”, w dołączonym do tegoż listu przypisku. Od dawna więc nie było nawet racyi, wobec takiej zapowiedzi, zbierać w tym celu dokumentów i nie robiłem tego. Te, które posiadam, mają tylko znaczenie pamiątkowe i są materialem niedostatecznym. Zresztą upoważniony byłem nie tylko ja sam, ale większość wychowawców Szkoły Głównej, po świecie szczególnie rozproszonych, do oczekiwania zapowiedzianego tak w tym przypisku, jako też na str. 5-ej dziełka KRAUSHARA ²⁾ wydawnictwa, o którym wzmianką moją krytykę zacząłem. I dziś aby nie bałamucić opinii publicznej, zaznaczam tu, że nie mam wystarczających do tego materiałów i pracę, jakiejby należało jeszcze dokonać nad tym przedmiotem „pro memoria Almae Matris nostrae”, zostawiam ludziom u ogniska oświaty naszej i źródeł będącym; tem więcej, że Sz. autor tym właśnie zwrotem do mnie i wychowawców Szkoły Głównej, niejako pośrednio przyznaje, że nim ta pobudka nie kierowała. Aby zaś jego dzieło „ułatwiało zadanie” przyszłemu pracownikowi nad tym przedmiotem, pozwolę sobie powątpiewać, w obec tak małego materiału i niewłaściwego oświetlenia, jakieśmy wykazali. Wprowadzanie bowiem materiału polemicznego do takiej monografii jest wcale niepożądane a powaga obecnego wydawnictwa znaczną.

Słówek jeszcze o „liście wychowawców”, bodaj czy nie ważniejszej od części bibliograficznej. Na str. 294 i 295 mojej krytyki wskazałem na jej niedostateczność i niesystematyczne ugrupowanie, a na str. 296 podniosłem zalety takiej listy w dziełku KRAUSHARA. Obecnie, sprowadziwszy sobie Tom I-szy dzieła „Szkoła Główna Warszawska”, muszę zwrócić uwagę na zalety umieszczonej w nim listy wychowawców, jeszcze lepszej od Krausharowskiej. Czyżby tylko Wydział lekarski był tak nieszczęśliwy, że właśnie na nim dokonano wandalskiego dzieła zniszczenia, którego żadną miarą wynagrodzić i poprawić nie można?

Niesłusznie Sz. autor położone przeze mnie gdzie niegdzie wykrzykniki i „sic” uważa za „wycieczki przeciw niemu”. Nigdy nie miałem ich na myśli. Co te znaki wskazują, wyjaśniłem w przypisku na początku niniejszych „uwag”. Zresztą na 6-iu kartkach mojej krytyki naliczyłem tych znaczków 7 i z nich 4 na jednej stronie odnoszą się do wyrażń, użytych w życiorysie Giersztowa. Rzecz czytelnika osądzić, czy one są „w porę” użyte i w ogóle czyj ton polemiki jest spokojniejszy, umiarkowańszy i bardziej przedmiotowy.

Zbytecznie zaś zupełnie „ujmuje się” Szanowny autor „za Towarzystwem lekarskiem i za Komitetem wydawniczym dzieła „*Fontes et commentationes historiam*”

¹⁾ Medycyna T. X. Nr. 7. str. 112 i 113.

²⁾ Siedmiolcie Szkoły Głównej Warszawskiej [1862–1869].

scholarum superiorum in Polonia illustrantes“. Tak wysoko poważam pierwsze, że w krytyce mojej usprawiedliwiam prawdopodobne pobudki „uświęcenia“ przez nie rozbieranego dzieła; tak zaś cenię pracę drugiego i tyle wagi do niej przywiązuję, że właśnie nie mogłem zataić żalu, iż powagą jego uświęcone zostały i uwiecznione niedostatki, jakie w tem dziele wskazałem.

Co do nas, spełniliśmy niniejszem tylko obowiązek względem pamięci naszych przewodników, naszej *Almae Matris* i naszych współtowarzyszy.

Władysław Kossecki [Płoskirów].

Wiadomości bieżące.

— W Warszawie zawiązuje się Towarzystwo, którego zadaniem będzie drogą czynu walczyć z gruźlicą.

— Proszeni jesteśmy o ogłoszenie, że kurs ferialny dla lekarzy, którego program w nr. 17 z d. 26-go kwietnia b. r. w Gazecie Lekarskiej ogłosiliśmy, uzyskał zatwierdzenie austr. ministra oświaty i rozpocznie się w Krakowie dnia 7-go lipca b. r.; w dniu tym zechcą uczestnicy kursu zgłosić się do prelegentów w godzinach w programie oznaczonych.

— z — Nakładem i pod redakcją „Chemika Polskiego“ wyszedł z druku „Słowniczek chemiczny“, ułożony na zasadzie uchwał Akademii Umiejętności w Krakowie o ujednostajnieniu słownictwa chemicznego polskiego. Na tę pożyteczną książeczkę zwracamy uwagę lekarzy naszych w przekonaniu, że i oni chętnie zechcą przyswoić sobie słownictwo Akademii, obowiązujące już ogół chemików polskich. Obecnie wyszła część I-sza, obejmująca związki nieorganiczne. Cena kop. 20.

— Ukazała się w handlu księgarskim P. G. UNNY „Terapia ogólna chorób skóry“ w tłumaczeniu drów J. GRABOWSKIEGO i H. ŻUKOWSKIEGO. Jest to pierwsza obszerniejsza praca, występująca przeciwko empirii, dotychczas jeszcze panującej w leczeniu chorób skóry i usiłująca zasady tego leczenia oprzeć na podstawach czysto naukowych. Pożyteczna ta książka zasługuje na rozpowszechnienie wśród szerokiego ogółu lekarzy.

— Prof. BUJWID wybrany został na dziekana wydziału lekarskiego w Krakowie.

— W Berlinie zawiązało się Towarzystwo dla zwalczania chorób płciowych (*Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechts-Krankheiten*), do którego między innymi należą prof. LESSER, NEISSER, BLASCHKO i t. p.

— Prof. kliniki chirurgicznej w Paryżu TILLAUX zmienił zajmowaną katedrę na katedrę anatomii, którą objął po usunięciu się z niej prof. FARABEUF'a.

D-r Feliks Kołakowski

Choroby zębów i szczęk, plombi, zęby sztuczno, aparaty.

12-6

Krucza 41**DR. CZESŁAW OTTO**

6-6

praktykuje jak dawniej w Busku.

KROWIANKA

OSPA OCHRONNA.

Danilowiczowska 8.

Instytut D-ra Tchórznickiego

15-15

Dr. med. Leon Feuerstein

18-1

b. asystent przy katedrze fizjologii uniwersytetu Lwowskiego, b. hospitant kliniki prof. Łukasiewicza we Lwowie, kliniki prof. Kaposiego i oddziału prof. Langa w Wiedniu,

ordynuje, od 10 maja b. r. w **BAD HALL** (w górnej Austrii) Hotel Continental.

D-r Franciszek Wobr

Ordynuje jak lat poprzednich od 1 maja do 15 września
w **Cieplicach trenczyńskich**

0-7

a od połowy września do 1 maja w **Lussinpiccolo** jak roku zeszłego i udziela Sz. Rodakom wszelkich wyjaśnień.

APTEKA**K. WENDY***Krakowskie Przedmieście 45*

Szprycki Pravaz'a, szpryce Aronson'a do surowic, termometry maksymalne pierwszorzędnych fabryk.

KARLSBAD

5-3

Ordynują w sezonie bieżącym: Hassewicz, Rozenzweig, Kretowicz, Toepfer, Rifeus, Oskar Kaufmann, Wittlin, Susskind, Maleszewski, Scharf, Max Kaufmann, Schermant, Kropf, Wakethal, Moraczewski, Kostecki, Kołaczkowski.