

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne
po kop. 10; ogłoszenia francuzkie i niemieckie po kop. 18 za wiersz drobnem pis-
mem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wkrótce opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od ory-
ginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej.
Marszałkowska 119.

0—3

FRANCISZKA JÓZEFA WODA GORZKA

Najlepszy środek przeczyszczający — sklady wszędzie.

DYREKCJA

w Buda-Peszcie.

PASTYLKI GÉRAUDEL



Z CZYSZTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ
Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwno
KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYL, ASTMIE,
OCHRYPNIECIU, CHOROBIOM KRTANI etc.

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działają na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są
JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawieniem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek
jak również przepis dla użycia takowych

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

4 SAINTE-MENHOULD
wymagane Marki fabry-
kownej.)



Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się oddech przejmuje się wzyewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smola

bywa zalecaną. Są one niezgodne dla palących tytonio, dla osób nadwrażliwych głoś i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurzu i wycieku rozdrażniających.

Niezmiernie powódzenie tych PASTYLEK we Francji i zagranicą świadczy o ich wyższości niezaprzeczonej.

(Należy wymagać)

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

„ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincji i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50.

Prenumerować można w Redakcyi (25 Ś-to Krzyżka), oraz we wszystkich księgarniach.

PRZEGLĄD LEKARSKI,

organ Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa Lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1887 rok dwudziesty szósty swego istnienia i wychodzić będzie w formacie in 4-to w objętości 1 1/2 arkusza na tydzień, jak najregularniej.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austrii	w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiem
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek.
półrocznie	4 " 40 "	3 "	6 "
kwartalnie	2 " 20 "	1 1/2 "	4 "

we Francji i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 franków.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd Voltaire 104^{bis}

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. DROBNIK. O podwiązaniu tętnicy udowej dolnej. — II. M. REJCHMAN. O sokofoku żołądkowym (*Gastrosuccorrhoea*). Przyczynek do patologii żołądka [Ciąg dalszy]. — *Notatki lekarskie*. 2. J. SERWIŃSKI. Przypadek ostrej złośliwej bąblicy. — *Dział sprawozdawczy*. 5. H. LKO. O stosowaniu lecnizem siarczanu sparteiny. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — List otwarty do Redakeyi Gazety Lekarskiej. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia konkursowe. — Nadesłano do Redakeyi. — Sprostowanie. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O PODWIĄZANIU TĘTNICY TARCZOWEJ DOLNEJ.

Podał

D-r Drobnik,

asystent anatomii w Strasburgu.

Prof. WOELFLER w N-rach 29 i 30 tygodnika „*Wiener Medicinische Wochenschrift*“ ogłosił jeden przypadek wola, leczony przez niego z pomyślnym skutkiem za pomocą podwiązania jednostronnego obu tętnic tarczowych. Pomijając zupełnie kliniczną część tej pracy i nie chcąc przesądzać nic o doniosłości tego sposobu leczenia wola, dawniej w kilku przypadkach z pomyślnym skutkiem praktykowanego, a w nowszych czasach zupełnie pomijanego milczeniem, uważam za stosowne, przejrzawszy krytycznie dotychczasowe metody, podać do rozwagi interesujących się tą sprawą chirurgów odmienny sposób wykonania tej operacyi, ze względu na możliwość częstszego zastosowania jej w przyszłości. Dla uzupełnienia poglądu nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że usiłowania leczenia wola za pomocą podwiązania tętnic tarczowych sięgają XVII stulecia, gdy MURS (*Neue vernünftige Praxis der Wundärzte; Frankfurt 1629*) radził za przykładem weterynarzy przecinać tętnice doprowadzające krew do „*strumosos tumores*“. Ówczesni chirurgowie pozostali głuchymi na tę radę i pomimo nowego nawoływania przez LANGE'go w r. 1707, zalecającego przecięcie albo podwiązanie, operacyja podwiązania tętnicy tarczowej górnej wykonaną została po raz pierwszy dopiero w 1813 r. przez WILLIAM'a BLIZZARD'a. Wynikiem operacyi albo raczej następstwem panującej w szpitalu zgorzeli szpitalnej były krwotoki, a następnie śmierć chorego. Następne usiłowania podejmowane w tym kierunku, ogłoszone zostały przez PH. FRH. von WALTHER'a (*Neue Heilart des Kropfes; Sulzbach 1817*), który z dodatnim wynikiem podwiał tętnicę tarczową górną obustronnie; PORTA (*De la ligature des art. thy. pour cure de bronchocèle; Gaz. méd. de*

Paris. 1852), był pierwszym wykonawcą podwiązania obu doprowadzających tętnic tarczowych, górnej i dolnej. Ostateczny wynik operacji był dobry, pomimo ciężkiego przebiegu pooperacyjnego, wskutek zapalenia ropnego tkanki łącznej i krwotoków kilkakrotnie się powtarzających. Pomimo nawoływania PORTY do wykonywania tej operacji, nikt już później aż do WOELFLER'a nie kwapił się z podwiązaniem tętnic tarczowych.

Ogółem przypadków ogłoszono 31, z których 14 szczyli się wynikiem dodatnim. WOELFLER mniema, że procent ten ze względu na niedostateczność podwiązania samej tętnicy tarczowej górnej, z powodu połączeń pomiędzy tętnicą górną a dolną, po za gruczołem się znajdujących, uważać należy jako bardzo wysoki. Ostatecznie, głównie wskutek odradzania LANGENBECK'a, operację tę zarzucono aż do czasu, gdy WOELFLER przekonawszy się, że podwiązanie u psa tętnicy tarczowej górnej nie wywołuje zgorzeli, wykonał z dodatnim skutkiem podwiązanie u człowieka obu tętnic. [U psa tętnica tarczowa dolna oddziela się od górnej].

Przyszłość dopiero, uzbrojona potężnym zasobem statystyki, rozstrzygnąć będzie mogła, o ile operacja proponowana na nowo przez prof. WOELFLER'a jest uprawnioną i czy jest zdolną leczyć wszystkie rodzaje niezłośliwego wola, czy też tylko pewne jego gatunki. Obawa przekrwienia mózgu wskutek eliminacji wielkich dróg naczyń tarczowych jest płonną, pozostałaby tylko mistyczna czynność gruczołu tarczowego, tego sfinksa pomiędzy narządami naszego ciała, której wyeliminowanie, przez podwiązanie naczyń odżywiających, mogłoby przyprawić ustrój, czy też ośrodkowy układ nerwowy, o utratę hipotetycznego jakiegoś ciała, nieodzownego do prawidłowego rozwoju i czynności istot nerwowych. Nie małym przyczynkiem do rozświetlenia ciemności, zakrywających przed naszym okiem czynności gruczołu tarczowego, mogą być systematycznie na ludziach wykonywane podwiązania jego tętnic, w celu leczenia wola, połączone z dokładnem spostrzeżeniem przed i po operacją.

Podwiązanie tętnicy tarczowej górnej, z powodu jasności stosunków anatomicznych i łatwości wykonania tej operacji, pominąć mogę, wspomnę więc tylko, że się je wykonywa w trójkącie, ograniczonym u góry przez ścięgno mięśnia dwubrzusznego żuchwy (*m. biventer mandibulae*), lub róg większy kości grdykowej, na wewnątrz przez mięsień łopatko-grdykowy (*m. omohyoideus*), a na zewnątrz przez mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy (*m. sternocleido-mastoideus*). Natomiast podwiązanie tętnicy tarczowej dolnej przedstawiało nawet tak znakomitym chirurgom jak VELPEAU i LANGENBECK bardzo poważne trudności. VELPEAU (*Traité de l'anatomie chirurgicale*), a za nim CHAUVEL (*Précis d'opérations de chirurgie*), radzą wykonać podwiązanie tętnicy tarczowej dolnej za pomocą cięcia, wykonanego na wewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego. długości na 8—10 ctm.. Środek tego cięcia ma się znajdować na 2 ctm. poniżej guzika CHASSAIGNAC'a (*tuberculum CHASSAIGNAC'i*). Celem, do którego operator dąży, jest miejsce, w którym tętnica tarczowa dolna wydobywa się z pod tętnicy szyjowej wspólnej, znajdujące się na wysokości 1-go lub 2-go pierścienia tchawicy. By dotrzeć do tego miejsca, podwizać należy znajdującą się tuż pod mięśniem podskórnym szyi (*pla-*

tysma) żyłę szyjową przednią, ominąć gałąź zstępującą nerwu podjęzykowego, przeciąć żyłę tarczową średnią, podwiązawszy ją podwójnie, odsunąć na wewnątrz gruczoł tarczowy, na zewnątrz tętnicę szyjową wspólną wraz z nerwem błędnym i żyłą szyjową wewnętrzną. Na wysokości chrząstki międzykręgowej, znajdującej się pomiędzy 6-ym a 7-ym kręgiem szyi, spotykamy tętnicę tarczową dolną, zagiętą w postaci S, oddzieloną od nerwu sympatycznego, leżącego tuż pod nią, mniej lub więcej luźną tkanką łączną. Zupełnie mylnie zaznacza CHAUVEL, że pień nerwu sympatycznego przebiega przed tętnicą tarczową dolną i dla tego radzi ostrożnie go na bok odsunąć przy podwiązaniu. Leży on bez wyjątku, jak już wyżej zaznaczyłem, za nią i tylko nadzwyczaj cienka nitka tego nerwu, oddzielająca się od pnia tuż po nad tętnicą i łącząca się z nim poniżej tętnicy, obejmuje często takową. Niebezpieczeństwo tedy potargania lub zachwycenia pnia nerwu sympatycznego nie jest tak wielkie, jak sobie wyobraża CHAUVEL. By uniknąć spotkania się niemilego z nerwem zwrotnym, trzeba się niezbyt zapuszczać ku środkowi. Z pomiędzy trudności, jakie ta operacja przy wykonaniu przedstawia, najpoważniejszą jest ta okoliczność, że zmuszeni jesteśmy pracować w głębi. Dalszą, chociaż wcale nie do pogardzania, trudność sprawiają żyły, które trzeba poprzednio podwiązać. Najmniej kłopotu sprawia żyła szyjowa przednia, chociaż i ta, gdy silnie jest rozwinięta, nieprzyjemną może być zaraz w początkach operacji. Daleko więcej uwagi wymaga żyła tarczowa środkowa, najpierw z powodu swych rozmiarów, dalej z powodu bezpośredniego połączenia z żyłą szyjową wewnętrzną. Gałąź zstępująca nerwu podjęzykowego zarówno jak i mięsień łopatkogrdykowy, nie powinny zbyt towarzyszyć swoją obecnością chirurga.

Z tych względów wykonanie operacji tej jest trudne, chociaż przyznać trzeba, że wskazówki anatomiczne są jasne i stałe. D-r GEORG FISCHER w „*Krankheiten des Halses*“, części zbiorowego dzieła, wydawanego przez BIL-
LROTH'a i LUECKE'go pod tytułem: „*Deutsche Chirurgie*“, powiada o tej operacji krótko i węzłowato „*Die operation ist schwierig und wird durch andere Methoden von DIETRICH und LANGENBECK nicht erleichtert*“. Prof. WOELFLER, który w najnowszych czasach wykonał podwiązanie tętnicy tarczowej dolnej podług tej metody, przyznaje, że operacja jest bardzo trudną i postanowił w przyszłych razach operować podług zmodyfikowanej przez siebie metody LANGENBECK'a i DIETRICH'a. (DIETRICH. *Das Aufsuchen der Schlagader 1830*.—LANGENBECK *Nosologie und Therapie der chirurgischen Krankheiten. 1834*). Metoda LANGENBECK'a polega na odszukaniu tętnicy tarczowej dolnej w miejscu bardziej oddalonem od linii środkowej szyi, w części tętnicy nieprzykrytej jeszcze pochwą, otulającą żyłę szyjową, tętnicę szyjową i nerw błędny. By do tego miejsca się dostać, radzi LANGENBECK wtargnąć pomiędzy część mostkową i część obojczykową mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, przeciąć lub usunąć ku górze ścięgno mięśnia łopatkogrdykowego [rozumie się zrosniętego w tem miejscu z pochwą nacyniową, a więc pośrednio z żyłą szyjową wewnętrzną], odsunąć na wewnątrz żyłę szyjową wewnętrzną z tętnicą szyjową, nerwem błędnym i odszukać pień tarczowy (truncus thyreo-cervicalis). Zaprzeczyć nie można, że oddalenie się o całą szerokość części mostkowej od linii środkowej szyi, omi-

nięcie żył tarczowych średnich i nerwu sympatycznego, są nie małą zaletą tej metody w porównaniu z pierwszą. Trudność wspólna jednej i drugiej polega na wielkiem oddaleniu od powierzchni szyi miejsca odszukania tętnicy, i bezpośredniości z żyłą szyjową wewnętrzną. Najważniejszym zarzutem, jaki zmuszeni jesteśmy zrobić tej metodzie, jest jednak stosunek szczeliny mięśnia mostko-obończyko-sutkowego. Szczelina ta jest tak niestałą, tak zależną od najrozmaitszych anatomicznych stosunków szyi i klatki piersiowej, tak odmienną przy długich i cienkich, a krótkich i grubych szyjach, przy klatce piersiowej u cierpiących na rozednię płuc i przy prawidłowej lub suchotniczej i t. d., że ją ako drogowskaz przy wykonaniu tak ważnej operacji wziąć można tylko w braku innych pewniejszych wskazówek. Skutkiem tej zmienności samej szczeliny nie da się nigdy na pewno oznaczyć, jakie narządy spotykamy za nią. W największej ilości przypadków spotykamy, pomijając mięsień łopatkogrdykowy, żyłę szyjową wewnętrzną, lecz bynajmniej nie jesteśmy pewni, czy zawsze spotkamy jej wewnętrzną czy zewnętrzną ścianę. W przeważnej ilości przypadków śmiało twierdzić można, że $\frac{2}{3}$ zewnętrzne ściany żyły szyjowej wewnętrznej są ukryte pod częścią obończykową mięśnia mostko-obończyko-sutkowego i to położenie uważać należy jako prawidłowe. U osób z rozedną płuc, lub cierpiących na wadę prawego serca, żyła szyjowa wewnętrzna, rozszerzona znacznie, przykryta jest prawie zupełnie częścią obończykową mięśnia mostko-obończyko-sutkowego, a zewnętrzna jej ściana na 1 do 2 mm. występuje z pod zewnętrznego jego krańca.

W przypadkach wola średnio rozwiniętego, nie sprawiającego za życia znacznych przykrości, tuż za szczeliną mięśnia mostko-obończyko-sutkowego spotykamy mięsień mostko-tarczowy i zewnętrzny brzeg mięśnia mostko-grdykowego. Pod nimi dopiero sam gruczoł tarczowy powiększony, kryjący się swoim zewnętrznym krańcem pod częścią obończykową mięśnia mostko-obończyko-sutkowego. By w tych razach podwiązać tętnicę dolną gruczołu tarczowego, trzeba wole wraz z jego powłokami odsunąć na wewnątrz, wydobywszy z pod części obończykowej, dalej nie pozostaje nam nic innego jak naciąć mięsień, lub go zupełnie przeciąć, odciągnąć na wewnątrz żyłę szyjową, tętnicę szyjową, nerw błędny. Tę operację zmodyfikował prof. WOELFLER w następujący sposób: Słusznie zauważywszy, że LANGENBECK odszukuje tętnicę w miejscu, gdzie ona zbyt jest oddaloną od powierzchni szyi, radzi WOELFLER podwiązanie uskutecznić w miejscu jej zagięcia, mniej więcej 1—2 ctm. poniżej guzika CHASSAIGNAC'a. W tym celu przedłużyć trzeba cięcie ku górze. Szczelina mięśnia mostko-obończyko-sutkowego, już nie wystarczająca przy metodzie LANGENBECK'a, tu zupełnie nie dopisuje, gdyż część mostkowa zachodzi na tej wysokości przed część obończykową, przykrywając ją tak, że na wysokości chrząstki tarczowej włókna biorące swój początek na rękojści mostka tworzą zewnętrzny, włókna zaś przyczepiające się do obończyka tworzą wewnętrzny brzeg mięśnia. Zresztą jednak w tem miejscu tętnica tarczowa dolna łatwiej jest dostępną, gdyż leży bliżej powierzchni szyi; reszta trudności wskazanych przy metodzie LANGENBECK'a i tu pozostaje. Profesor WOELFLER radzi operację wykonać przy silnie przechylonej w tył głowie i twarzy zwróconej w kierunku przeciwnym stronie operowanej.

Przyпускаjąc, że wspomniany co dopiero chirurg musiał mieć jakiś cel na oku, radząc wyraźnie ułożenie głowy wyżej opisane, i to cel w bezpośrednim związku stojący z podwiązaniem tętnicy tarczowej dolnej. Być może jednak, że chodziło mu tylko o powiększenie powierzchni szyi przez oddalenie dolnej szczęki od klatki piersiowej, i tylko dla dokładności opisu podał, że w tej pozycji wykonywał swoją operację. Tymczasem topografia szyi, czyli raczej stosunek wzajemny mięśni szyi do ważniejszych naczyń i nerwów, zmienia się przy rozmaitych pozycjach głowy. Przy każdej też operacji wypada rozważyć, czy przez wygięcie głowy w tę lub ową stronę narządy znajdujące się na szyi nie zmieniają wzajemnego do siebie stosunku, i o ile ta zmiana odpowiada celowi, jaki zamierzamy osiągnąć. Otóż prawie ogólnie przy operacjach na szyi przyjętą jest metoda, której użył także prof. WOELFLER, przegięcia w tył części szyjowej kręgosłupa i zwrócenia twarzy w stronę przeciwną stronie operowanej. Nie zapoznając bynajmniej w niektórych razach dogodności tej manipulacji, za pomocą której wydaliśmy sobie bardzo dobrze niektóre części szyi i pomijając zupełnie skuteczność tego sposobu przy innych operacjach, gdyż zanadto odbiedz bym musiał od rzeczy i powiększyć rozmiary tej pracy, nie mogę wszelako nie zwrócić uwagi na niestosowność tej tak ogólnie przyjętej metody, w razach gdy chodzi o odszukanie tętnicy tarczowej dolnej, a specjalnie przy metodzie LANGENBECK'a i jej modyfikacji podanej przez WOELFLER'a. Jak już wyżej zaznaczyłem, chodzi przy tej metodzie o odciągnięcie na wewnątrz żyły szyjowej wewnętrznej, co uskutecznić tylko można, wydobywszy ją z pod części obojczykowej mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego. Dla ułatwienia sobie tej manipulacji, konieczną jest rzeczą odciągnąć na zewnątrz część obojczykową tego mięśnia, co przez wygięcie szyi w tył i zwrócenie twarzy w stronę przeciwną operacji jest bardzo utrudnionem. Już bowiem przez samo wygięcie szyi w tył, zbliża się wyrostek sutkowy do linii środkowej szyi, gdyż oś stawu potylicy-szczytowego (*artic. atlanto-occipitalis*) leży mniej więcej na linii łączącej wierzchołki wyrostków sutkowych. [Dokładniejsze oznaczenie interesujące pod względem antropologicznym nie ma dla nas praktycznego znaczenia]. Skutkiem więc przegięcia szyi w tył, mięsień mostko-obojczyko-sutkowy nie tylko się skraca, lecz także posuwa się w części swej poniżej kąta dolnej szczęki, gdzie jest wolny, na wewnątrz, by zakryć żyłę szyjową wewnętrzną jeszcze więcej niż w prawidłowym położeniu głowy. Zwrócenie głowy w kierunku przeciwnym stronie operowanej jeszcze bardziej zbliża wyrostek sutkowy ku środkowi szyi. Oprócz tego powięź łącząca kąt szczęki dolnej z powięzią mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, nadzwyczaj silnie rozwinięta, ciągnie go w kierunku poruszeń szczęki dolnej, odnośnie twarzy, a więc zbliża ku linii środkowej szyi. Że mięsień mostko-obojczyko-sutkowy zmienia swoje miejsce w kierunku powyżej opisanym, łatwo się przekonać, przyłożywszy palec na wysokości chrząstki tarczowej do wewnętrznego brzegu mięśnia. Czujemy tam tętnienie tętnicy szyjowej dokładnie i bezpośrednio. Wykonywując wyżej opisane poruszenie, czujemy że brzeg wewnętrzny mięśnia wsuwa nam się pod palec i równocześnie słabiej odczuwamy uderzenia tętnicy szyjowej. Z tych względów wygięcie szyi w tył i zwrócenie twarzy w kierunku przeciwnym stronie operowanej przy metodzie WOELFLER'a, nie tylko

że pozbawione jest celu, lecz nawet przeciwwskazane. Metoda ta wogóle nie jest wygodną, lecz łatwiejszą staje się do wykonania przy poziomem ułożeniu głowy i twarzy lekko zwróconej ku stronie, na której operację się wykonuje. Lecz wszystkie te zarzuty w znacznej części osłabione by zostały, gdyby się udało przez silne wygięcie szyi w tył zbliżyć tę część kręgosłupa szyi, na której leży tętnica tarczowa dolna, ku powierzchni szyi. Miejsce, w którym tętnica ta opuszcza, zaginając się na wewnątrz, wewnętrzny brzeg dźwigacza przedniego klatki piersiowej (*mus. scalenus anticus*), znajduje się 1—2 ctm. poniżej guzika CHASSAIGNAC'a, a więc na wysokości 7 kręgu szyjowego. Miejsce to odpowiada mniej więcej drugiemu lub trzeciemu pierścieniowi tchawicy, zaczynającej się przeciętnie na wysokości guzika CHASSAIGNAC'a lub o kilka milimetrów poniżej niego.

Początek tchawicy nie jest zupełnie stałym; w każdym razie zupełnie mylne jest twierdzenie, znajdujące się w podręcznikach anatomii, jakie mam pod ręką, [HENLE'go, QUAIN, HOFFMANN'a i KRAUSE'go], jakoby pierwszy pierścień tchawicy znajdował się na wysokości 5-go kręgu szyi. Tak na preparatach znajdujących się w muzeum anatomicznym w Strasburgu, jako też na świeżych zwłokach poszukiwanych przezemnie w celu skonstatowania wysokości, do jakiej sięga tchawica, znajdowałem u dorosłych początek jej pomiędzy guzikiem CHASSAIGNAC'a a siódmym kręgiem szyi. Przy wygięciu szyi w tył, jak wogóle przy poruszeniach wyprężenia i zgięcia szyi, krąg szósty i siódmy nie biorą żadnego udziału. Czynność ta odbywa się przeważnie pomiędzy trzecim i czwartym kręgiem, słabiej biorą udział przy tem poruszeniu stawy pomiędzy czwartym i piątym, piątym i szóstym kręgiem szyjowym. Dość spojrzeć na układ i stosunek wzajemny wyrostków ciernistych i trzonów kręgów szyjowych jak i mięśni wyprężających szkielet szyi, aby uprzytomnić sobie niemożliwość wysunięcia naprzód, przez silne wyprężenie części szyjowej, kręgosłupa w miejscu przebiegu tętnicy tarczowej dolnej. Tak więc i ta przyczyna przegięcia silnego szyi w tył użytego przez prof. WOELFLER'a podczas operacji i doradzanego przez niego, upada. Jak już zaznaczyłem, przy operacji tej, samej przez się trudnej, zwiększają się jeszcze trudności przez zupełnie bezcelowe wykręcanie szyi. Najważniejszą z ujemnych stron metody WOELFLER'a-LANGENBECK'a, jest jednak niepewność i niedokładność głównej wskazówki operacyjnej i wieczne manipulowanie w bezpośredniej bliskości żyły tak ważnej, jaką jest żyła szyjowa wewnętrzna.

Trudności te przy wolu zwiększają się znacznie, a szczelina mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, już w prawidłowych warunkach niepewną będąc wskazówką, zupełnie nas opuszcza.

A jednak jest miejsce, odznaczające się stałością swoich anatomicznych stosunków i dające się z łatwością na każdej szyi oznaczyć, gdzie bez porównania łatwiej odszukać można tętnicę tarczową dolną. Miejscem tem jest zewnętrzny brzeg mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego. Cięcie, jakiego używałem w tej miejscowości dla odszukania tętnicy tarczowej dolnej, zaczynało się 1—2 ctm. powyżej obojęczyka, na zewnętrznym krańcu powyżej wymienionego mięśnia i ciągnęło się aż do wysokości chrząstki tarczowej. W górnym kącie cięcia spotykamy na tej wysokości pod mięśniem szerokim szyi, żyłę szyjową

zewnątrzną. W dolnym kącie cięcia spotykamy, pod mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym, mięsień mostko-grdykowy lub jego ścięgno. Mięsień ten to przebiega bliżej obojęczyka, to bardziej od niego oddalony. Często, zwłaszcza przy t. zw. klatce beczkowatej i z nią złączonej rozedmie płuc, lub u osobników cierpiących na wadę prawego serca, spotykamy żyłę szyjową zewnętrzną na 1—2 mm. wystającą z pod mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego. U osób obarczonych wolem, żyła ta wystaje także z pod mięśnia, w stosunku mniej więcej do wielkości wola. W przeważnej jednak ilości przypadków jest ona ukrytą pod częścią obojęczykową mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego.

Celem, do którego dążymy najpierw, jest mięsień dźwigacz klatki piersiowej przedni. Od niego oddziela nas warstwa tłuszczu mniej lub więcej rozwinięta i gruczoły limfatyczne, ciągnące się wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, lub, aby dokładniej się wyrazić, wzdłuż żyły szyjowej wewnętrznej. Warstwę tłuszczu jako też gruczoły, jeżeli są powiększone, oddzielamy od żyły sposobem tępym, za pomocą zgłębnika lub rękojści skalpela. Manipulacja ta jest łatwa. Często wypada wyciąć jeden gruczoł, znajdujący się stale pod mięśniem łopatkogrdykowym, przyczem trzeba postępować ostrożnie, gdyż znajdujemy się w bezpośredniej bliskości tętnicy szyjowej powierzchownej, przebiegającej na głębokiej powięzi szyi pod mięśniem łopatkogrdykowym, w początkach z nim równoległe. Oddalwszy tę warstwę tłuszczu, spostrzegamy mięsień dźwigacz klatki piersiowej przedni, często w całej jego szerokości, albo ku górze, wewnętrzny jego brzeg przykryty bywa przez zewnętrzną brzeg, części obojęczykowej, mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego. Na mięśniu dźwigaczu przednim widzimy, skośnie z góry i z zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz przebiegający, nerw przeponowy, a ku górze, początkowo na głębokiej powięzi szyi, tętnicę szyjową wstępującą. Tak nerw jak i mięsień pokryty jest przejrzystą lecz dość silną w tem miejscu, głęboką powięzią szyi tak, że przy jako tako ostrożnem manipulowaniu i uwzględnieniu tych nielicznych a stałych anatomicznych danych, uszkodzenia nerwu przeponowego obawiać się nie potrzebujemy. Odciągnąwszy lekko na wewnątrz mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy wraz z żyłą szyjową wewnętrzną, nerw błędny i tętnicą szyjową, w kącie utworzonym przez mięsień łopatkogrdykowy na wewnątrz i równocześnie ku dołowi, bierzemy za przewodnika tętnicę szyjową wstępującą lub tętnicę szyjową powierzchowną i idąc w ślad za jedną z tych tętnic, dochodzimy niechybnie i bez żadnych trudności do pnia tarczyszyjowego, a tem samem do tętnicy tarczowej dolnej. Jeżeli szybkie odszukanie tętnicy szyjowej wstępującej, z powodu jej małości, miałyby wymagać zbyt wiele czasu, lub było wogóle trudnem, w takim razie odszukujemy guzik CHASSAIGNAC'a za pomocą palca w każdym razie z największą łatwością. Poniżej niego, u osób starszych o 1 ctm., u młodych o 2 a nawet 3 ctm., spotykamy na wewnętrznym brzegu mięśnia dźwigacza przedniego zaginającą się tętnicę tarczową dolną. Przy odszukiwaniu pnia tarczyszyjowego nie należy zapominać, że tuż pod nim znajduje się żyła, a pod nią tętnica kręgową. Drogowskazem przy odnalezieniu tętnicy tarczowej dolnej zawsze jest mięsień dźwigacz klatki piersiowej przedni. Pień tarczyszyjowy oddziela się bowiem od tętnicy podobojęczykowej przed ukryciem się tejże za mięśniem dźwi-

gaczem przednim, trzyma się w całym przebiegu, aż do zagięcia tętnicy tarczowej dolnej, wiernie wewnętrzny brzeg tego mięśnia, do którego jest jakoby przyciśnięty posługując się wolnym miejscem pomiędzy mięśniem dźwigaczem klatki piersiowej i mięśniem długim szyi. Wynika z tego także, że tętnica tarczowa dolna znajduje się pod głęboką powięzią szyi, przerzucającą się z jednego z tych mięśni na drugi i że trzeba przy podwiązaniu tę powięź także przeciąć.

Taki jest przebieg operacji na zwłokach, z gruczołem tarczowym wcale lub mało tylko powiększonym. Zwłoki z monstualnie rozwiniętymi wolami na sekcji są bardzo rzadkie; za to w przeciągu dwu tygodni miałem sposobność wykonać tę operację na zwłokach czterech kobiet i jednego mężczyzny, których gruczoły tarczowe bądź z jednej, bądź z obu stron znacznie powiększone były i przekonałem się, że obecność wola, tak utrudniająca wszystkie inne metody, przy dopiero co podanej wcale nie przeszkadza. Zdaje mi się nawet, lecz należałoby to na licznych okazach skonstatować, że tętnica tarczowa dolna przy obecności wola leży więcej na zewnątrz, to jest na wewnętrznym brzegu *m. scaleni antici* i że jest w tych razach o wiele łatwiej dostępną podług dopiero co opisanej metody.

Operację tę wykonałem na trupie wiele razy i porównyując ją z innymi metodami, uważam jako bezwarunkowo łatwiejszą, czego najlepszym dowodem, że się zupełnie bez asystentury obyć można, co przy innych metodach nawet na trupie jest zupełnie niemożliwe. Zalecają ją przedewszystkiem zupełnie stałe anatomiczne dane, służące nam na każdym kroku jako nieomyłne drogowskazy, podług których się kierując zbłądzić nie możemy. Dodać należy, że przy wyżej podanej metodzie zwrócenie twarzy w kierunku przeciwnym operacji, przeciwnie jak przy metodzie LANGENBECK'a i z powodu wprost przeciwnych przyczyn, jest wskazanem i ułatwia w wysokim stopniu operację.

Prof. WOELFLER przez wstępną tę manipulację zasłaniał sobie niepotrzebnie pole operacji przez mięsień mostko-obojeżyko-sutkowy, podczas gdy operując na zewnętrznym brzegu tego mięśnia, odsunięcie się jego na wewnątrz tylko ułatwia całą robotę.

Przecięcie szyi w tył, połączone z przechyleniem głowy w tymże kierunku, naturalnie przy ostatniej metodzie jest zupełnie zbyteczne.

Miejsca mamy dosyć, pomocy żadnej wynikającej z tego ułożenia głowy spodziewać się nie możemy, a utrudniamy tylko odpływ krwi żyłnej z czaszki, ułatwiając jej przyływ. W końcu oddalenie od środka szyi, w jakim operację podwiązania tętnicy tarczowej dolnej na zewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojeżyko-sutkowego wykonywamy, zdaje mi się, powinno chirurgowi nie być nieprzyjemnem.

II. O SOKOTOKU ŻOŁĄDKOWYM

(*Gastrosuccorrhoea*).

PRZYCZYNEK DO PATOLOGII ŻOŁĄDKA.

Przez

Mikołaja Rejchmana.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5].

Peryjodyczny sokotok żołądkowy występuje już to jako jeden z przejawów chorób ośrodków nerwowych (*tabes*) lub całego układu nerwowego (*hysteria, neurasthenia*), już też jako samoistne zбочenie w nerwach wydzielniczych żołądka. Pierwszą postać napotyamy daleko częściej niż drugą, do której mogą tylko zaliczyć dwa spostrzegane przezemnie przypadki [5-ty i 6-ty], w których chorzy, po przejściu napadu, żadnych zбочeń w czynności układu nerwowego nie przedstawiali. Peryjodyczny sokotok żołądkowy wydarza się u ludzi młodego i średniego wieku, zarówno u mężczyzn jak i u kobiet, przeważnie w inteligentnej klasie ludności. Przyczynami usposabiającymi są wszelkie okoliczności, szkodliwy wpływ na układ nerwowy wywierające. Zdaje się, że dziedziczność pod tym względem odgrywa także pewną rolę. Do przyczyn napad wywołujących zaliczyć należy silne i nagłe wrażenia psychiczne, nadmierną pracę umysłową, a niekiedy i błędy w dyjecie. Napad zjawia się odrazu, bez żadnych zwiastunów, najczęściej zrana, naczczo.

Peryjodyczny sokotok żołądkowy wywołuje bardzo ważne wtórne objawy, któremi nieco obszerniej zająć się musimy. Najważniejszym bez wątpienia z pomiędzy nich są wymioty. Występują one zazwyczaj zrana naczczo albo wkrótce po pierwszym jedzeniu, powtarzają się w ciągu doby kilka, kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt razy. Zwymiotowany naczczo płyn jest bezbarwny, zawiera zazwyczaj nieco śluzu, w innych razach posiada on trawiasto zieloną barwę od domieszki żółci; zwykle z początku płyn ten jest bezbarwny, a przy późniejszych wymiotach nabiera barwy trawiasto-zielonawej. Jeżeli badamy pod drobnowidzem płyn naczczo z wymiotowany, to prócz nielicznych komórek nabłonkowych nie znajdujemy żadnych innych morfotycznych pierwiastków. Płyn z wymiotowany po jedzeniu zawiera cząstki pokarmowe, bardzo mało zmienione. Ilość wyrzuconego w ciągu doby płynu bywa rozmaita, co tylko w części zależy od ilości przyjmowanego napoju. Zazwyczaj jednak chorzy wymiotują tak dużo, że nieznaczna ilość przyjmowanych napojów zaledwie małą cząstkę ogólnej ilości zwymiotowanego płynu stanowi. Nic dziwnego, że wielu dawniejszych autorów, mówiąc o wymiotach u niektórych histeryczek, nie mogło pojąć, z kąd się tyle płynu w ich żołądku bierze. To też u wielu chorych prawdopodobnie ilość wydzielającego się podczas napadu w ciągu doby soku żołądkowego jest znacznie

większą od ilości prawidłowej. Odczyn tego płynu jest kwaśny. Przedstawia on wszystkie chemiczne i fizjologiczne własności soku żołądkowego, ciała białkowe trawi szybko i dokładnie. Stopień kwaśności tego soku żołądkowego wymiotowanego bywa rozmaity, od 0,08%—0,4%. Ponieważ nie znamy stopnia kwaśności prawidłowego czystego soku żołądkowego, znanym bowiem jest nam tylko stopień kwaśności miazgi pokarmowej w żołądku zawartej, przeto nie możemy na pewno powiedzieć, czy w danych przypadkach wydziela się sok kwaśniejszy od prawidłowego. Nad kwestyją tą szczegółowo zastanawiać się będziemy, mówiąc o stałym sokotoku żołądkowym.

Z wysokiego stopnia kwaśności płynu wymiotowanego po jedzeniu również wnosić nie można o większym stopniu kwaśności soku żołądkowego, bo ten ostatni, będąc nawet prawidłowo kwaśnym, jeżeli się wydziela szybciej lub w znaczniejszej ilości, może zawartość zakwasić w stopniu daleko wyższym, niż to ma miejsce w stanach prawidłowych. Natomiast prawdopodobnie w wielu przypadkach peryjodycznego sokotoku, wymiotowany sok żołądkowy posiada niższy od prawidłowego stopień kwaśności, niezależnie od przyjętych napojów i ilości wydzieliny.

Wymioty w opisywanych tutaj przypadkach chorobowych powstają wskutek drażnienia błony śluzowej żołądka przez sok gromadzący się w czczym narządzie. To podrażnienie jest już samo przez się dostateczne do odruchowego wywołania wymiotów, albo też wzmagą się ono dopiero wówczas do stopnia zdolnego wywołać odruchowe wymioty, gdy do żołądka zostaną wprowadzone pokarmy. Ciągła obecność w żołądku mocno kwaśnej zawartości do tego, rozumie się, stopnia może podrażnić błonę śluzową, iż chory znieść nie może najłagodniejszego pokarmu, najmniejszej ilości napoju.

W tem miejscu zauważyć muszę, iż u histeryczek już nieznaczny sokotok żołądkowy powoduje nadzwyczaj silne i uporczywe wymioty z tego powodu, że zwykle u tych chorych istnieje jednocześnie nadmierna wrażliwość żołądka. Nie sądzę jednakże bynajmniej, żeby wszystkie przypadki uporczywych wymiotów u histeryczek zależały od sokotoku żołądkowego. Są różne i liczne warunki powstawania uporczywych wymiotów u tej grupy chorych, lecz w szczególności tej kwestyi wdawać się tutaj nie mogę.

Ustanie wymiotów oznacza zakończenie się napadu sokotoku żołądkowego; następuje to albo odrazu, albo też powoli, wymioty stają się coraz rzadszemi, aż nareszcie zupełnie ustają.

Drugim ważnym objawem peryjodycznego sokotoku żołądkowego są bóle w żołądku, również peryjodycznie, podczas napadu, występujące. Bóle te powstają niewątpliwie wskutek tej samej przyczyny co i wymioty, t. j. wskutek drażniącego działania, jakie wywiera na błonę śluzową sok w czczym żołądku nagromadzony. Bóle u chorych dotkniętych sokotokiem żołądkowym posiadają charakter palenia, pieczenia. Objaw ten nie zawsze jednak występuje, czego dowodem 5-ty mój chory, zależy to zapewne od mniejszej lub większej wrażliwości błony śluzowej żołądka.

Zgaga zjawiała się podczas napadu u wszystkich moich chorych; toż samo powiedzieć muszę o wzmóŜonem pragnieniu. Bóle głowy dość często towarzyszą napadowi sokotoku ŝołądkowego, jednakże nie u wszystkich moich chorych spostrzegać się one dawały. Ogólny stan chorych podczas napadu jest bardzo przykry; ciągle wymioty i bóle ŝołądkowe wyczerpują siły, wyraz twarzy się zmienia, chorych opanowuje niepokój, uleŜyć na jednym miejscu nie mogą, obracają się z boku na bok, siadają na łóŜku, kurczą się i t. p. Stan ten zazwyczaj przeraża otaczających, a nagle polepszenie stanowi dla nich rzeczywistą niespodziankę.

Czas trwania napadu peryjodycznego sokotoku ŝołądkowego wynosi zazwyczaj jedną dobę, czasami kilka tylko godzin, a w innych razach napad trwać może kilka dni, a nawet kilka tygodni lub miesięcy, co się tylko u histeryczek wydarza i w tym razie sokotok ŝołądkowy nie występuje jako zjawisko peryjodyczne, lecz raczej jako objaw stały, krócej lub dłuŜej trwający.

Co się tyczy leczenia, to o wpływie naszym na rozwinięty juŜ napad bardzo mało da się powiedzieć, co najwyŜej za pomocą środków narkotycznych, a głównie morfiny, jesteśmy w moŜności złagodzić nieco bóle i wymioty. U spostrzeganym przezemnie histeryczek pomyślny na pewien czas wpływ wywierał azotan srebra gr. j—jß na dawkę, w kapsułce ŝelatynowej, zrana naczczo przyjmowamy. Środek ten czasami przerywał sokotok na czas mniej lub więcej dłuŜy. Leczenie zapobiegawcze rozumie się powinno polegać na wzmocnieniu całego ustroju wogóle, a układu nerwowego w szczególności i na unikaniu wszelkich szkodliwych na nerwy działających wpływów.

* * *

Stały sokotok ŝołądkowy spostrzegałem dotychczas mniej więcej dokładnie u kilkunastu chorych. Z tej liczby, tylko co do 6-ciu chorych jestem zupełnie pewien, iŜ miałem do czynienia z prawdziwym sokotokiem ŝołądkowym, t. j. z wydzielaniem soku w czczym ŝołądku, bo tylko u tych 6-ciu chorych badałem tę sprawę za pomocą metody przezemnie podanej¹⁾ i stanowczo kwestyję rozstrzygał. U pozostałych chorych znajdowałem wprawdzie w ŝołądku zrana naczczo duŜo płynu kwaśnego, zawierającego kwas solny i pepsynę, dobrze trawiącego, ale w skład tego płynu wchodziła znaczna ilość peptonu i cząstki pokarmów krochmalowych. Z własności tego płynu naczczo z ŝołądka wydobywanego, sądzić naleŜy, że i u tych chorych istniał stały sokotok ŝołądkowy. Jednakże, poniewaŜ płyn ten zawierał pepton i cząstki pokarmowe, przeto napewno twierdzić, że sok u tych chorych w czczym wydzielał się ŝołądku, nie mamy dostatecznego prawa. Zanim przejdę do ogólnych uwag nad stałym sokotokiem ŝołądkowym, pozwolę sobie dla przykłądu przytoczyć w streszczeniu dane, odnoszące się do niektórych chorych.

¹⁾ Patrz niŜej w rozdziale o rozpoznawaniu.

I. S., mężczyzna 27-letni, choroba trwa od 6-ciu lat. Objawy: łaknienie wzmożone, pragnienie nadzwyczaj silne, zgaga, bóle znacznego napięcia, rozpoczynające się w dolku i rozprzestrzeniające się następnie po całym brzuchu; najsilniejsze bóle bywają w nocy, w dzień są słabsze albo zupełnie ich nie ma; z początku choroby wymioty samowolne, następnie dla zmniejszenia cierpień chory sztucznie je wywoływał; brzuch płaski; żołądek nie rozszerzony [w znaczeniu anatomicznym]; wychudzenie i małokrwistość; znaczny upadek sił. Z rana naczczo można z żołądka wydobyć około litra płynu mętnego, barwy trawiasto-zielonej, zapachu kwaśnego; po pozostawieniu tego płynu w spokoju, tworzą się w nim dwie warstwy: dolna gęsta i górna plynna; dolna warstwa składa się z resztek bulki i kaszy, pomiędzy którymi gdzieś widać czworniak żołądkowy i kulki drożdżowe; odczyn płynu kwaśny i stopień kwaśności 0,2%—0,3%; odczyn na kwas solny wyraźny. Z rana naczczo, po uprzednim wieczornym dokładnym przepłukaniu i opróżnieniu żołądka [poczem chory nie nie jadł ani nie pił], można było z narządu tego wydobyć 180—300 ctm. sześciennych płynu, prawie przezroczystego, mniej lub więcej zielonego, bez osadu; odczyn kwaśny; stopień kwaśności 0,15%—0,32%; odczyn na kwas solny wyraźny, współczynnik rozdzielności wysoki; płyn ten na zewnątrz ustroju prędko i dokładnie w odpowiedniej ciepłocie trawił ciała białkowe. Trawienie mięsa w żołądku chorego odbywa się prędko i dokładnie, niestrawione pokarmy krochmalowe przez długi czas w narządzie tym zalegają.

II. S., kobieta 28-letnia. Choroba żołądkowa trwa od kilku lat. Objawy: łaknienie zmniejszone; silne pragnienie; wymioty bardzo obfite raz na dobę; brzuch wzdęty; żołądek rozszerzony; znaczne wychudzenie i małokrwistość. Z rana naczczo można było wydobyć z żołądka chorej 350—800 ctm. sześciennych płynu wodnistego, mętnego, trawiasto-zielonego, kwaśnego, zawierającego dużo strzępków śluzu; w płynie tym pozostawionym w spokoju tworzą się dwie warstwy: górna, trawiasto-zielona, plynna i dolna szarawa, gęsta, zawierająca cząstki pokarmów krochmalowych, drożdże i czworniak żołądkowy. Odczyn płynu kwaśny. Stopień kwaśności wynosił 0,11%—0,15%. Odczyn na kwas solny wyraźny. Peptonu zawierał ten płyn dużo, śluzu również znaczne ilości. Zrana naczczo, po uprzednim wieczornym przepłukaniu i opróżnieniu żołądka, można było zeń wydobyć 160—480 ctm. sześciennych płynu wodnistego, trawiasto-zielonego, nie zawierającego ani cząstek pokarmowych, ani grzybków, a natomiast zawierającego dość dużo śluzu. Odczyn tego płynu był kwaśny; stopień kwaśności najwyższy 0,1%, w innych doświadczeniach 0,08%, 0,05% i nawet jeszcze niższy; odczyn na kwas solny wyraźny w tych płynach, których stopień kwaśności był nieco wyższy; w niektórych doświadczeniach można było w płynie wykazać nieznaczne ilości kwasu mlecznego, co objaśnić można tem, że żołądek, z powodu znacznego rozszerzenia, bardzo było trudno dokładnie wieczorem przepłukać.

III. R., mężczyzna 28-letni. Choroba żołądka trwa od kilku lat. Objawy: z rana naczczo zwracanie płynu kwaśnego, trawiasto-zielonego, nie zawierającego cząstek pokarmowych, dającego wyraźny odczyn na kwas solny; po jedzeniu obfite zwracanie kwaśnej płynnej miazgi pokarmowej. Ilość płynu naczczo zwracanego wynosi kilkadziesiąt do 100 ctm. sześciennych. Łaknienie prawidłowe. Żołądek nierozszerzony, znaczne wychudzenie i małokrwistość. Po uprzednim wieczornym dokładnym przepłukaniu i opróżnieniu żołądka, wydobyto z rana naczczo 80 ctm. sześciennych płynu trawiasto-zielonego, odczynu kwaśnego, stopnia kwaśności 0,13%, odczyn na kwas solny wyraźny; sztuczne trawienie prędkie i dokładne.

IV. P., mężczyzna 34-letni. Choroba żołądka trwa od 5-ciu lat. Objawy: uczucie palenia w żołądku, nudności po jedzeniu, wymioty w kilka godzin po je-

dzeniu, bóle w dolku ustawiczne; w okolicy nadbrzuszej, w miejscu odpowiadającym wielkiej krzywiznie żołądka, wyczuwa się stwardnienie około 4 ctm. sześciennych w średnicy mające. Łaknienie zmniejszone. Wychudnienie, małokrwistość. Żołądek w umiarkowanym stopniu rozszerzony, dolna granica dochodzi do linii pępkowej. Zrana naczeczno można z żołądka wydobyć przeszło 260 ctm. sześciennych płynu zielonkawego, gęstawego, kwaśnego, tworzącego po odstaniu się 2 warstwy: górną wodnistą i dolną gęstą, złożoną z cząstek krochmalu i czworniaka żołądkowego; stopień kwaśności tego płynu wynosił 0,19%—0,2%; odczyny na kwas solny wyraźne, raz zawierał się w tym płynie kwas mleczny, drugi raz go nie było; peptonu było dość dużo. Po poprzednim wieczornem dokładnem przepłukaniu i opróżnieniu żołądka, zrana naczeczno wydobyto 200 ctm. sześciennych płynu ciemno-trawistego, zielonego, kwaśnego, przedstawiającego nieznaczny śluzowy osad; stopień kwaśności wynosił 0,2%; odczyny na kwas solny wyraźne, kwasu mlecznego w płynie tym nie było, peptonu dość dużo.

Przytoczywszy jako przykład najważniejsze dane, odnoszące się do powyższych 4-ech spostrzeżeń, chcielibyśmy się przedewszystkiem zastanowić nad sposobem i warunkami powstawania stałego czyli, jako go RIEGEL nazywa, przewlekłego sokotoku żołądkowego.

Niektórzy autorowie, jak STILLER ¹⁾, ROSENTHAL ²⁾ i inni, w przypadkach poprzednio przezemnie ogłoszonych, chcieli widzieć zaburzenie nerwowe, t. j. zboczenie w czynności nerwów wydzielniczych żołądka. Jakkolwiek nie wątpię, iż z powodu szczególnego wpływu zaburzeń nerwowych mogą nastąpić zmiany w wydzielaniu soku żołądkowego, czego najlepszym dowodem są przypadki sokotoku żołądkowego peryjodycznego, jakkolwiek sędzę, że w pewnych razach [np. u histeryczek] czas trwania tego ostatniego może się znacznie przedłużyć, jednakże stałe, lata trwające przypadki sokotoku żołądkowego muszą zależeć od głębszych anatomicznych zmian w żołądku. O tem nas przekonywa, 1) długo-trwałość choroby, która się rozpoczyna powoli, stopniowo i dopiero po kilku latach dosięga znaczniejszego natężenia, 2) osłabienie mechanicznej czynności, *resp.* rozszerzenie żołądka, 3) osłabienie zdolności chłonniczej tego narządu, 4) nadmierne wydzielanie śluzu w jednych i stwardnienia ściany żołądka w innych przypadkach chorobowych. Te okoliczności przemawiają za ciężkimi głębokimi, zmianami błony śluzowej i mięśniowej żołądka. JAWORSKI, GLUZIŃSKI, RIEGEL i *von den VELDEN* pogląd ten podzielają. Sokotok żołądkowy stały rozwija się niewątpliwie wskutek wzmożonej pobudliwości narządu wydzielniczego i zaburzeń w mechanizmie żołądka. O powstawaniu nadmiernej pobudliwości narządu wydzielniczego błony śluzowej żołądka, w przypadkach chorobowych, pouczają nas dokładne badania JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO ³⁾. Badacze ci nadzwyczaj się nauce zasłużyli wykazawszy, że u wielu chorych, po wprowadzeniu do żołądka białka z jaja lub nawet wody [lodowej, albo ciepłoty pokojowej] wnet następuje szybkie wydzielanie soku żołąd-

¹⁾ Die nervösen Magenkrankheiten. 1854

²⁾ L. c.

³⁾ L. e.

kowego, trwające dłużej niż w stanach prawidłowych i powodujące prędsze i większe zakwaszenie zawartości żołądka, jakoteż wzmoczenie chemizmu trawienia żołądkowego. Nie ulega wątpliwości, że to zaburzenie w czynności wydzielniczej, jak również i zbroczenia w mechanizmie żołądka, zależą od ważnych zmian anatomicznych, których przyroda dotychczas zbadaną nie została. JAWORSKI i GLUZIŃSKI sądzą, że taka wzmoczona pobudliwość narządu wydzielniczego żołądka zależy w większości przypadków od tych zmian, które cechują przewlekły nieżyt błony śluzowej i dlatego stany chorobowe, o których mowa, nazywają nieżytem kwaśnym żołądka. Ponieważ badania drobnowidzowe do tej kwestyi nie były jeszcze stosowane, przeto trudno orzec, czy wzmoczona pobudliwość czynności wydzielniczej zależy rzeczywiście od przewlekłego nieżytu, czy też od zmian anatomicznych, któreby raczej na inną nazwę zasługiwały. W każdym razie trudno się zgodzić z poglądem tych badaczy, że nadmierna pobudliwość narządu wydzielniczego błony śluzowej żołądka jest cechą wczesniejszych okresów nieżytu. Przypadki sokotoku żołądkowego moje, jak również RIEGEL'a i von den VELDEN'a, zdają się przeciwnego dowodzić. We wszystkich tych przypadkach choroba trwała od lat wielu i rozwijała się bardzo powoli. Z drugiej strony, w licznych przypadkach wczesnych okresów nieżytu żołądka znajdowałem zmniejszoną, a nawet minimalną kwasność zawartości żołądka. [C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

2. Przypadek ostrej złośliwej bąblicy (*Pemphigus malignus neonatorum*).

Ponieważ bąblica, co do przyczyny powstawania, należy do grupy chorób zagadkowych i wogóle w praktyce prywatnej daje się spostrzegać bardzo rzadko, a zwłaszcza złośliwa i gwałtowna postać takowej, wydaje mi się więc pożytecznem opisać w krótkości obserwowany przezemnie przypadek.

W dniu 14 Lipca r. b., wezwany zostałem do rodzącej, żony miejscowego szynkarza H. u której poród trwał już 3-ci dzień. Przybywszy, zastałem poród zaledwie w początku II okresu, a przodująca główka objętą była na wpół przez usta maciczne. Zbadawszy rodzącą dokładniej, znalazłem wymiary miednicy zupełnie prawidłowe, płód żywy, natomiast bóle porodowe nadzwyczajnie słabe i występujące zaledwie co 1/2 godziny. Sądząc, że poród odbędzie się siłą natury, wstrzyknąłem rodzącej pod skórę 0,05 gram. *ergotini Bonjeani* i zaleciłem akuszerce nacieranie dna macicy. Wieczorem jednakże wezwany zostałem powtórnie i gdy rodząca oświadczyła, że bóle nie wiele się polepszyły, obawiając się o życie dziecka, nałożyłem z łatwością kleścze i w 10 minut wydobyłem dziecę płci męskiej żywe i silnie zbudowane. Dziecka tego nie widziałem następnie przez dni 6, gdy wtem 7 dnia wezwany zostałem do niego i zastałem stan następujący: dziecko bardzo niespokojne prawie nieustannie płacze, zwłaszcza przy poruszaniu go. Stan dziecka gorączkowy [38,7° C.]. Prawie cała skóra twarzy, szyi i pleców pokryta miejscami czerwonymi plamami, miejscami zaś, szczególnie na twarzy i pod pachami,

pęcherzami wielkości rozmaitej, od ziarnka grochu do kurzego jaja z zawartością wodnistą lub mętną białawą.

Niektóre z pęcherzów popękały już, pozostawiając obnażoną z naskórka skórę. Skóra na około plam i pęcherzów była zupełnie prawidłową. Wobec tego rozpoznałem bąblicę (*pemphigus*) z przebiegiem gwałtownym i złośliwym. Zaleciłem więc dziecku do wewnątrz siarczan chininy, zewnętrznie zaś letnie kąpiele i masę z kwasu bornego. Stan dziecka jednakże nie poprawiał się; drugiego dnia znalazłem stan gorączkowy mniejszy [38° C.], lecz za to plam i pęcherzów przybyło więcej, mianowicie na skórze brzucha i kończyn dolnych. Dziecko przytem było bardzo niespokojne, płacliwe, a jak zapewniała matka w nocy nie spało i ssać nie chciało. Obnażone miejsca nie goiły się, natomiast występowały na nich gdzie niedzie powierzchowne nieznaczne krwawienia. Wewnętrzne i zewnętrzne środki lekarskie nie pomagały, stan dziecka z każdym dniem się pogarszał, pęcherzów przybywało coraz więcej i zawartość w większej ilości pęcherzów była białą, jak mleko. Do dnia 8 choroby, t. j. do dnia śmierci dziecka, prawie cała skóra pokryta była pęcherzami, w niektórych miejscach delikatnymi strupami, lub też zupełnie była obnażoną. Dnia 7 choroby dziecko zapadło w śpiączkę, a 8 dnia po południu przy tychże objawach nastąpiła śmierć. Gorączka, wahając się pomiędzy 38° C. 38,8° C., towarzyszyła chorobie do samej śmierci. Dodać jeszcze muszę, że większość pęcherzów miała ścianki wiotkie, nienaprężone.

Zdaje mi się, że przypadek powyżej opisany należy do rzadkich i zarazem bardzo złośliwych odmian bąblicy; najprzypuszczalnej była to ta postać, którą pierwszy opisał CAZENAVE pod mianem *pemphigus foliaceus*. Według PARROT'a każda bąblica jest pochodzenia przymiotowego, w powyższym przypadku jednak etjologia pozostaje ciemną, gdyż ani bardzo szczegółowa anamneza nie wykryła przymiotu u żadnego z rodziców i ani jedno z żyjących ich dzieci nigdy podobnej choroby nie przechodziło, ani też nie mogło mieć miejsca przeniesienie przymiotu, lub samej bąblicy już po urodzeniu dziecka, jak to szczegółowo sprawdziłem. Pozostaje mi więc przypuszczenie zgodne ze zdaniem niektórych autorów [BOHN], że tylko chyba zbyt gorące kąpiele, które skonstatowałem, mogły być w danym przypadku przyczyną powstania bąblicy.

Juljan Serwiński [z Tuszyna].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

6. H. Leo. O stosowaniu leczniczem siarczanu sparteiny.

Do liczby środków mających skutecznie zastąpić naparstnicę, G. SÉE zaliczył, w r. 1885, siarczan sparteiny, połączenie z kwasem siarczanym t. z. sparteiny, lotnej zasady, odkrytej przez STENHONSE'a w zarnowcu miotłowym (*spartium scoparium*); siarczan sparteiny ma postać bezbarwnych kryształków. Według SÉE środek ten, stosowany przezeń głównie przy cierpieniach serca, ma wzmocniać czynność takowego, regulować rytm jego uderzeń i przyspieszać tętno, przyczem działanie to występuje w ciągu jednej lub kilku godzin po użyciu i trwa 3—4 dni, bez żadnego ubocznego działania na narządy trawienia i układ nerwowy.

LEO, zanim rozpoczął doświadczenia nad działaniem tego środka na chorych, spróbował najprzód wpływu siarczanu sparteiny na ustrój zdrowy. W dwu doświadczeniach przekonał się, że 0,5—1,0 *pro die* siarczanu sparteiny,

u ludzi zdrowych, nie powiększa ilości dobowej moczu i nie wywiera wogóle żadnego wpływu na wysokość fali tętno i na ciśnienie.

W 24 przypadkach, w których autor próbował działania siarczanu sparteiny na chorych z zaburzeniami w krążeniu, zależnemi od cierpień serca, zapalenia nerek, rozedmy płuc i t. p. przekonał się, że w znacznej mniejszości badanych przypadków, gdyż zaledwo w 9, działanie to jest dodatniem. Dodatni ów wpływ polega z jednej strony na tem, że ilość moczu się zwiększa, obrzęki znikają niekiedy, tętno staje się częstszem, jakkolwiek nieznacznie i niezawsze, a rytm uderzeń serca staje się równiejszym, jakkolwiek również w nieznacznym stopniu; z drugiej strony ciężkie objawy przedmiotowe, jak duszność, bicie serca, objawy dusznicowe [stenokardyczne] całkowicie ustępują i chory czuje się wogóle znacznie lepiej. W 7 przypadkach dodatni wpływ siarczanu sparteiny był tylko połowiczny, polegał mianowicie na usunięciu objawów przedmiotowych, w pozostałych zaś 8 spostrzeżeniach lek ten nie wywierał żadnego działania. Autor spostrzegał przytem, że w kilku przypadkach, gdy naparstnica przestawała działać, siarczan sparteiny wywierał widoczne działanie moczopędne i że w takich właśnie razach działanie jego bywało najwidoczniejszem.

Opierając się na badaniach, dokonanych na ludziach zdrowych i na chorym, Leo przypuszcza, że moczopędne działanie siarczanu sparteiny nie polega, jak przy stosowaniu naparstnicy, na wpływie na czynność serca, lecz na zwiększeniu wydzielniczych własności nabłonka nerek. Co się zaś tyczy wpływu siarczanu sparteiny na objawy przedmiotowe, czy zależy on od wzmocnienia czynności serca, czy też od narkotyzującego do pewnego stopnia działania samego leku, autor napewno nie rozstrzyga, jakkolwiek skłania się do pierwszego z tych poglądów.

Autor stosował siarczan sparteiny w dawkach 0,1 podawanych co 2 godziny [do 1,0 i więcej w ciągu dnia]. Objawów otrucia, ani też zaburzeń w przewodzie pokarmowym nigdy nie spostrzegał.

(*Zeitschr. f. klin. Medic.* 1887. XII, 1 i 2 zes.).

M. Jakowski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym w dniu 25 Stycznia r. b., kolega ELSENBERG pokazywał chorego, dotkniętego rybią łuską (*ichtyosis*); w przypadku tym zmiany skóry daleko posunięte, gdyż dochodzące prawie do zaniku, zajmowały wyprostne powierzchnie kończyn [głównie łokcie i kolana]; na ramieniu, w miejscu gdzie znajdowała się blizna po szczepieniu ospy ochronnej, zmian chorobowych wcale nie było.

Następnie kol. MATLAKOWSKI wypowiedział odczyt o twardzieli nosa (*rhinoscleroma*), który w całości ma być drukowany w naszym piśmie. W odczycie tym prelegent zaznaczył, że *rhinoscleroma*, jako taka, opisana była po raz pierwszy przez HEBRĘ [1870], spostrzegane zaś przedtem przypadki podciągano zawsze pod miano innych rozmaitych cierpień, a głównie przymiotu; sam kol. M. za czasów swej asystentury klinicznej spostrzegał, jak sobie to obecnie należycie tłómaczy, przypadki twardzieli nosa, które jednakże podówczas figurowały w klinice jako przymiot lub mięsak nosa. Dwa przypadki twardzieli, o których prelegent mówił na posiedzeniu, pochodziły oba z Podlasia; w jednym zmiany chorobowe zajmowały skórę i błonę śluzową nosa [kanały nosowe były całkowicie prawie zarośnięte], wargę górną i gardziel, w którym widocznym był

śląd zaledwo *veli palatini*, w krtani zaś żadnych zmian nie było; w drugim znów zmiany charakterystyczne spostrzegał na skórze nosa i w krtani, w której zajęte były przez sprawę chorobową chrząstki nalewkowe, *spatium interarytae-noideum* i struny głosowe. Autorowie, którzy opisywali przypadki twardzieli nosa [KAPOSI, GEBER, MIKULICZ, ZUELZER i t. p.], podają, że charakterystyczne zmiany skóry i błon śluzowych nosa, gardzieli i krtani polegają na zgrubieniu tych tkanek, przyczem skóra wydaje się jakby wygładzoną; niezmiernie charakterystycznymi cechami tych zgrubień są: ich twardość, bardzo powolny rozwój, wreszcie trwałość nowowytworzonych tkanek, które nigdy prawie nie ulegają rozpadowi. Zmiany anatomiczne polegają tu na bardzo obfitem nacieczeniu drobnokomórkowem w powierzchownych i głębszych warstwach skóry, tkanki podskórnej, a niekiedy nawet i w tkance mięśniowej; oprócz niezmiernej ilości komórek drobnych z wyraźnymi jądrami, widać tam jeszcze komórki duże, opisane przez MIKULICZA; ciało tych ostatnich jest jakby nieco zmętniałe, posiadają niekiedy parę, niekiedy zaś wcale nie posiadają jądra. Komórki te są uważane za charakterystyczne dla guzów twardzieli nosa.

W dalszym ciągu tego odczytu, kol. JAKOWSKI opisał wyniki badań bakteriologicznych, dotyczących twardzieli nosa i okazał preparaty, przygotowane przez się z tkanek i soku, z nich wyciśniętego, w jednym z przypadków opisanych przez kol. MATLAKOWSKIEGO. W r. 1882 FRISCH pierwszy opisał pasorzyty, które widział w komórkach dużych i swobodnie leżące wśród tkanki, zazwyczaj w wielkiej ilości. Są to krótkie i dość grube laseczniki, barwiące się dobrze błękitem metylenowym. W roku 1885 CORNIL i ALVAREZ widzieli je także w 5 przypadkach; opisują przytem, że spostrzegali na nich widoczną, szeroką otoczkę. Inne prace bakteriologiczne nie o wiele posunęły naprzód kwestyję pasorzytniczego pochodzenia twardzieli nosa, zwłaszcza, że żadnemu z autorów nie udało się wyhodować tych pasorzytów. Dopiero w ostatnich miesiącach ubiegłego roku PALTOUF i EISELSBERG ogłosili w „Fortschr. d. Med.“, że w 6 przypadkach widzieli w komórkach dużych [MIKULICZA], w przestworach chłonnych i swobodnie wśród tkanki leżące bakteryje, otoczone bardzo wyraźną błoną, lecz bakteryje te, oprócz laseczkowatego kształtu, występują i pod postacią owalnych koków. P. i E. wyhodowali je na żelatynie, agarze, surowicy i kartoflu i doszli do przekonania, że hodowle ich są zupełnie identyczne z hodowlami pasorzytów zapalenia płuc, opisanych przez FRIEDLAENDER'a; co więcej, pasorzyty twardzieli nosa, według tych autorów, po zaszczerpieniu myszom i świnkom morskim do opłucnej lub za pomocą wziewań, wywołują też same zmiany, co i pasorzyty FRIEDLAENDER'a. Dla tego też uważają je, jeśli nie za całkowicie identyczne z temi ostatnimi, to przynajmniej za pewną ich odmianę niezmiernie bliską pasorzyta zapalenia płuc. Opierając się na faktach, że niektórzy badacze także pasorzyty widzieli przy o z e n i e i w przypadkach pewnych przewlekłych zapaleń płuc, przypuszczają, że bakteryje te mogą wywoływać różne zmiany chorobowe w drogach oddechowych, zależnie od miejsca tychże dróg i od obszaru, na którym się osiedlą i znajdują warunki do rozwoju (*rhinoscleroma*, *ozaena*, *chorditis hypertrophica*, *pneumonia*, *bronchopneumonia*). Kol. JAKOWSKI rozpoczął badania korzystając z materyjału, jaki się nadarzył w oddziale kol. MATLAKOWSKIEGO i jak dotąd, co się tyczy postaci pasorzytów, istnienia na nich otoczki, umiejscowienia wśród tkanki, wreszcie hodowli na żelatynie i agarze, otrzymuje wyniki zgodne z wynikami P. i E.; wyniki dalszych swych doświadczeń a zwłaszcza szczepień czystych hodowli, po ukończeniu obiecał zakomunikować na posiedzeniu Towarzystwa.

W dyskusji nad tym przedmiotem kol. MAJKOWSKI zaznacza, że KAPOSI opisuje przypadki, w których zmiany charakterystyczne dla *rhinoscleromu* rozpoznawały się nie na nosie, lecz na łukach podniebiennych. Kol. OLTUSZEWSKI przypuszcza, że ścisły związek między *chorditis hypertrophica* i *rhinoscleroma* istnieje

nie wątpliwie, gdyż GANGHOFER zaznaczył, że zmiany rozpoczynają się niekiedy pierwiej niżli na nosie—w krtani, a mianowicie polegają na stwardnieniu tejże. Kol. MATLAKOWSKI jest zdania, że zwłaszcza zmiany przy *chordit. hypertroph.* są niezmiernie zbliżone do zmian tkanek przy twardzieli nosa; nie można tego np. powiedzieć o *blenorrhoea* STOERK'i, jakkolwiek stanowczetwierdzenie o identyczności różnych tych klinicznie spraw może być wypowiedziane li tylko na zasadzie ścisłych badań bakteriologicznych. Kol. MEYERSON co do *blenorrhoea* STOERK'i przypuszcza, że chyba identyczność jej z twardzielą nosa nie może się potwierdzić, gdyż cechy zmian anatomicznych przy pierwszej [wiotkie, cienkie błony] są całkiem różne od takichże cech przy twardzieli. Wreszcie kol. GOLDFLAM przypuszcza, że może być, iż z czasem badania bakteriologiczne wykażą związek między twardzielą nosa i t. z. „*pachydermia*“ (*myxoedema*), opisywaną przez autorów angielskich, w której ogólne zgrubienie skóry połączone bywa ze zgrubieniem tkanek krtani.

Kol. BUJWID opisał przypadek wścieklizny u małego chłopca, z którego udało mu się część rdzenia zaszczyć królikom; dwa króliki zaszczone przez trepanację zdechły na 16 i 17 dzień, jeden zaś szczepiony podskórnje zdechł 23 dnia po szczepieniu.

Kol. MARZEL zakomunikował, że w pierwszym tegorocznym n-rze „Wien. Med. Wochenschr.“ mieści się wiadomość, iż w Lublinie zmarł na wodowstręt chory, którego szczepiono ochronnie, gdy tymczasem pies, który tego chorego pokąsał, okazał się zdrowym. Przypadek ten, obok innych w tym rodzaju komunikowanych współcześnie z Anglii, Włoch, a nawet z Francji, służy sceptykom niewierzącym w skuteczność szczepień PASTEUR'owskich za dowód że one wprost szkodzić mogą i spowodzić wodowstręt. Jakkolwiek rzecz się ma, w interesie kol. BUJWIDA leżałoby koniecznie sprostowanie tego doniesienia, które dostało się do dzienników lekarskich z gazet nielekarskich. Te ostatnie powinnyby w ogóle mniej skwapliwie pomieszczać tego rodzaju wiadomości—*resp.* należałoby strzedz się udzielania pismom codziennym wiadomości, które przedewszystkiem kwalifikują się do prasy lekarskiej.

W chwili obecnej, kiedy ze wszystkich stron słyszymy głosy reakcyjne przeciwko entuzyjaszczynie podniesionym świetnym skutkom szczepień wścieklizny, i kiedy z poważnych źródeł dowiadujemy się o wynikach doświadczeń nie potwierdzających rezultatów PASTEUR'a, wypada nader ogłędnie wyprowadzać wnioski z doświadczeń, a zwłaszcza ze szczepień ochronnych u ludzi, które to ostatnie dotychczas nie mają podstawy pewnej, naukowo ścisłej. Takie jest między innymi zdanie prof. FRISCH'a w Wiedniu [komunikowane na posiedzeniu Wiedeńskiej Akademii Umiejętności d. 16 Grudnia], który od roku wykonywa ścisłe doświadczenia na zwierzętach i to używając jadu stałego (*virus fixe*), otrzymanego od PASTEUR'a. W tym stanie rzeczy i w obec tego, że PASTEUR między innymi miastami, z których statystykę szczepień ochronnych ogłosił zamierza, wylicza i Warszawę, spodziewać się należy, że kol. BUJWID będzie ostrożnym w zestawieniu owej statystyki, aby od wszelkich możliwych zarzutów był wolnym. Bezwątpienia byłoby również pożądane, aby w przypadkach rozstrzygających wątpliwości i ważących na szali, doświadczenia ze szczepieniem były wykonywane nie tylko przez samego eksperymentatora, lecz pod kontrolą komisji naukowej *ad hoc* wyznaczonej, której zebranie nie przedstawiałoby trudności, a nadałoby całej robocie piętno powagi w takich razach koniecznej. Komisyyje takie zwoływał PASTEUR w swoim czasie, a i u nas możnaby za tym pójść przykładem.

Kol. BUJWID odpowiada, że stosowne sprostowanie, o jakim mówił kol. MARZEL, pomieścił już w „Wiek“ i „Warsz. Dniwniku“.

Kol. ROGOWICZ w kwestyi ścisłej statystyki wścieklizny sądzi, że jest ona w naszych warunkach niemożliwą, w obec braku pewnych danych co do tego,

czy zwierzęta kęsające były wścieklemi, czy też nie. Zresztą uważa, że w ogóle, w obec braku ścisłych naukowych podstaw dla metody PASTEUR'owskiej, rzeczy dokonywane u nas nie powinny być wszechstronnie głoszone po pismach codziennych. Kol. DOBRZYCKI w tejże sprawie sądzi, że szczypienia lecznicze wściekliczny, według jego zdania, są rzeczą, która przy stosowaniu wymaga niezmierniej oględności. Wiadomem jest, że zarażenie się wściekliczną zależy bardzo od miejsca, gdzie zwierzę ukąsiło, a także i od wielkości rany; co do pierwszego punktu, to ukąszenie w miejscu, gdzie pod skórą znajduje się tkanka luźna, daleko pewniej i częściej wywoła wściekliczną, niżli w miejscu, gdzie zamiast luźnej znajdujemy tkankę zbitą; co do drugiego znów, to rany większe dają mniejszy procent zarażenia wściekliczną, niżli rany małe. Wiadomem jest wreszcie z doświadczeń HERTWIG'a, że niektóre psy są stanowczo odporne na zarazek wściekliczny, można więc przypuścić prawdopodobieństwo istnienia takiej odporności i u ludzi.

Sprostowanie W sprawozdaniu z zeszłego posiedzenia, zamieszczonym w ostatnim numerze naszego pisma przez pomyłkę wydrukowano na str. 107 w wierszu 15 od góry „znaczniemi“ zamiast „zmianami“, w wierszu 32 „jaglicznych“ zamiast „jaglicowych“ i na str. 108 wszędzie „DROUSART“ zamiast „DRANSART“.

LIST OTWARTY

do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Racz nieodmówić zamieszczenia w swej Gazecie tych paru słów, które pomimo woli nasuwały mi się pod pióro po przeczytaniu N-ru 1-go „Wiadomości farmaceutycznych“. Otóż przy końcu tego numeru Pan J. GAMPF utyskuje na składy materyjałów aptecznych, które wydają potajemnie leki chorym, zgłaszającym się do nich z lekarskimi receptami, podrywając tym właśnie sposobem dochód Panom aptekarzom. Trzeba przyjąć na uwagę, że po większej części składy materyjałów aptecznych znajdują się w rękach handlarzy, ludzi, którym chodzi tylko o zysk handlowy, nie troszcząc się oni weale o to, czy lek jest przefiltrowany, flaszka czysta, czy dawki ściśle zastosowane według przepisów lekarskich; nie pochwalam weale tego, jest to rzecz — karygodna. Dziwi mnie tylko moeno, dla czego „Wiadomości farmaceutyczne“, tyle lat wychodząc, nie podniosły nigdy kwestyi trochę ważniejszej od poprzedniej — a mianowicie: wydawania leków z aptek przez aptekarzy na recepty felezerów, znachorów i znachorek lub wprost ludowi na jego żądanie?

W tej okolicy, z której piszę, już przeszło lat trzy praktykuję i widzę, że wszystkie apteki, a jeszcze bardziej ich filije, tem się trudnią. Mało tego — filijalni aptekarze sami trudnią się praktyką lekarską, jeżdżą do chorych i według swego widzimisie wydają leki. Z jednej strony wydając leki ludowi na jego żądanie, jak: komarowe sadło, skrom zajęczy, tłuszcz sowy, proszek z suszonego ucha niedoperza, obalamucają i ogłupiają i tak ciemnych; z drugiej, lecząc chorych i jeżdżąc do nich, wyzyskują poprostu lud ciemny, wstępując w ślady pokątnych doradców. A wszak nie są to materyjaliści handlarze?!

W tutejszej okolicy przed paru miesiącami urząd lekarski oddał pod sąd szarlatana felezera za nadużycia, poprostu wołające o pomstę, pomimo to aptekarze okoliczni wydają lekarstwa za jego receptami.

Wieśniak prosty przez swoją własną ciemnotę chętniej zawsze wierzy organistom, niż księdzu; znachorowi, niż doktorowi. Nieraz mi się zdarzało widzieć chorego na zapalenie ropne kolana, wynędzniałego, bez ratunku, który więcej niż miesiąc bałamucony był pićm rozmaitych ziół, smarowaniami, bez żadnego naturalnie wyniku, obrany z grosza i zagrożony śmiercią, dopiero na ostatku błagał doktora o poratowanie. Zagadnięty, dla czego wierzy i leczy się u głupców, zawsze każdy ma jednaką prawie odpowiedź: „chybać muszą się znać — skoro W-ny Pan Aptekarz wydaje na ich recepty lekarstwa“. Dla ludu prostego jest to plaga gorsza od pokątnych doradców, ponieważ jednocześnie traci grosz i zdrowie.

Najzupełniej godzę się z „Wiadomościami“, że interwencyja silna władzy policyjno-lekarskiej jest tu koniecznie potrzebna. Na prowincyi władze lekarsko-policyjne śpią snem spokojnym. W każdej wsi znajduje się sporo bab znacherek, mianujących się babkami lub akuszerkami, które przy jakichś najmniejszych bólach brzucha u brzemiennych sądzą takowe do beczek z wodą gorącą, gdzie nieszczęśliwe ronią; konowałów, felezerów wojskowych, utrzymujących rozmaite leki i trucizny. Stawiają oni bańki cięte w ogromnej ilości brzemienym na brzuch i uda, miętoszą po brzuchu, przez co wywołują poronienia; wypalają gardła lapisem do żywego. Każdy dwór większy prowadzi na swoją rękę znacniejszą aptekę, niby to dla sług dworskich, którą zawiaduje felezer. Felezer taki bezkarnie sprzedaje ludziom leki ze sąsiednich wsi, odbiera ich z grosza, przytem truje, a sługom pańskim przygotowuje leki w brudnych butlach po oecie lub nafcie. Bardzo często zdarza mi się to widzieć po wsiach.

Oprócz tego przy każdym dworze nawet mniejszym jest znachor lokaj, w osadach tkacz niemiec, który posiada baniecznik — stawia tedy bajeczne ilości jakich k to chce baniek [100—120 i więcej], pompuje krew i ssie kieszeń ciemnego biedaka. Ba, nawet przepisuje leki na kartkach, a aptekarze chętnie takowe wydają. A gdy, broń Boże, oburzysz się na podobne nadużycia i dasz znać o tem odpowiednim władzom — to wszystko rozwieje się o brak kompetentnych świadków, a nawet bardzo często zostanie pominięte, jako niewarte nawet prostego zastanawiania się.

D-r J. Z.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Nareszcie zdaje się rzezać pewną, że niezadługo już szpital starozakonnych w Warszawie otrzyma gmach nowy. Czas już też był na to wielki. Dzisiejszy budynek szpitala jest stary, nieodpowiedni, prosto niemożliwy, a mieści ogromną ilość chorych. Fundusze, na budowę potrzebne, zebrane będą drogą składek, a jakkolwiek sprawa na prawdę bardzo niedawno została poruszona, już znaczną kwotę złożono. Można być pewnym, że w bardzo krótkim czasie suma dojdzie do potrzebnej wysokości.

Dla lekarzy przedstawia się w obec tego ważne zadanie. Już od wielu dziesiątków lat nie powstał w Warszawie żaden szpital nowy i dlatego niewielu chyba z pomiędzy nas miało potrzebę i możność zapoznania się z tak ważną kwestyją gmachów szpitalnych i szczegółów ich budowy.

Cała sprawa oprócz się musi przedewszystkiem o lekarzy szpitala starozakonnych, o których naturalnie komitet, kierujący budową, odniesie się o wskazówki do planu. Lekarze ci nie mało muszą pracy nałożyć i wielu kompetentnych osób rady zasięgnąć, aby tę ważną kwestyję należycie rozstrzygnąć i dokładnie wymotywować. Sądzymy, że nieraz jeszcze ta sprawa odbije się w pismach specjalnych, bo wszak ostatecznie nietylko o jeden szpital tu idzie, ale i o inne, których gmachy także prawdopodobnie z czasem się odnowią, gdyż i te nie załatwiają nawet skromnych wymagań. O ile lepiej i rozważniej poprowadzoną będzie budowa gmachu dla szpitala starozakonnych, o tyle więcej będziemy mieli doświadczenia w obec nowych zadań.

Tymczasem poczuwamy się do obowiązku wyrazić szczerze uznanie dla inicjatorów tak pięknego projektu i zachęcić wszystkich, którzy czują i rozumieją całą ważność szpitala, aby poszli za przykładem pierwszych ofiarodawców i umożliwili w ten sposób rychłe spełnienie projektu.

OGŁOSZENIA KONKURSOWE.

I.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące cztery temata do nagród konkursowych z funduszu imienia śp. D-ra ADAMA HELBICHA, już w roku zeszłym w pismach lekarskich podane:

1) „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchot płucnych“ z terminem do d. 31 Grudnia 1887 roku.

2) Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono-siarczane i solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Iwonez i inne [z terminem do dnia 31 Grudnia 1887].

3) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchot płucnych“, z terminem do dnia 1 Lipca 1887 roku.

4) „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*) z terminem do dnia 31 Grudnia 1888.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały
D-r Szokalski.

II.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości publicznej, że na zasadzie ustawy o nagrodach konkursowych z funduszu stałego imienia TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, Doktora medycyny i chirurgii, byłego profesora kliniki terapeutycznej i członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przyznana będzie jedna nagroda konkursowa w kwocie 240 rs..

Do konkursu przyjmowane będą prace oryginalne, najmniej pięć arkuszy druku zawierające, wydane w ciągu lat czterech, licząc od dnia 1 Kwietnia 1884 r. w przedmiotach odnoszących się do nauk lekarskich lub pomocniczych, z wyłączeniem rękopismów i wydawnictw pism peryjodycznych.

Dzieła nadsyłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała Nr. 7] lub też składane być mogą na posiedzeniu Towarzystwa za pośrednictwem jednego z jego członków. Termin prekluzyjny do nadsyłania dzieł do konkursu oznacza się do dnia 1 Kwietnia 1888 roku.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,
D-r Szokalski.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

LUTOSTAŃSKI. Przemysł zdrojowo-leczniczy i Ustawa dla zdrojowisk krajowych. Kraków. 1886 rok.

WICHERKIEWICZ. O powstawaniu jaskry zapalnej po atropinie. [Odb. z Przeglądu lekarskiego].

Sprostowanie. W N-rze 5 na str. 106 wiersz 6 od góry, zamiast H. RICHTER, powinno być H. RITTER.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorem „Wyciąg z cennika nasion składu „Ogrodnik Polski“ w Warszawie“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава, 22 Января 1887 г. Друк К. Ковалевського. Królewska. Nr. 29.

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych. obejmujących przeszło 40 arkuszy druku. Pomieszcza prace oryginalne z różnych działów medycyny w obszerniejszym zakresie oraz protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego. Cena prenumeracyjna 3 ruble rocznie wraz z przesyłką. Prenumeratę wnosić można do redakcyj wszystkich czasopism lekarskich wychodzących w Warszawie, najlepiej zaś do Redakcyi Pamiętnika pod adresem:

D-r Jawdyński
Warszawa, Chłodna 8.

0—3

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, Dr. L. Nencki i chemik P. Rakowski dokonywają wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi mleka kobiecego i t. p., materyjałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—2

Dr. M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich mikroskopowych głównie bakteryjologicznych rozbiórów wydzielin chorobowych.
Ul. Wspólna № 33. 0—2

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—3

MEDYCINA

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW,
redagowane i wydawane przez D-ra Fritsche
w Warszawie.

Wychodzi w każdą sobotę; treść jego stanowią: 1. Spostrzeżenia kliniczne i z praktyki prywatnej. 2. Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich cudzoziemskich. 3. Przegląd bibliograficzny. 4. Korrespondeneyje z kraju i z zagranicą. 5. Medycyna publiczna. 6. Wiadomości bieżące. 7. Wspomnienia pośmiertne.

Przedpłata wynosi

W Warszawie z odnośnieniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 k. 50. Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6 półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi: **Aleja Jerozolimska № 80.**

6—4