

PAMIĘTNIK
WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
Tom LXXXIX.
Rok 1893.

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO,

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa

POD REDAKCYJĄ

Maryjana Jakowskiego.

ROK 1893.

Ogólnego zbioru Tom LXXXIX.

Pamiętnik wychodzi w 4 kwartalnych zeszytach, obejmujących przeszło 10 ark. druku w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami. — Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów, tak Warszawie jak i na prowincyi, z odnośzeniem i przesyłką, wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (**Wspólna 42**), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich Księgarniach i Agenturach spółki korporacyjnój; w Austrii przedpłata wynosi 4 zlr.

WARSZAWA.

DRUK J. KOWALEWSKIEGO, KRÓLEWSKA 29.

—
1893.

Biblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Дозволено Цензурою.
Варшава 6 Декабря 1893 г.

WYKAZ RZECZY,

zawartych w 89 Tomie Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.
z r. 1893.

Część literacka.

	<i>Str.</i>
A. Hołowiński i J. Pawliński. Badania kardyjograficzne, wykonane w szpitalu Św. Ducha w Warszawie 1892 r. (z tablicami I i II).	1
Z. Dmochowski. Wyrośle adenooidalne w jamie nosogardzielowej .	48
J. Raum. Przyczynek do nauki o nekrozie komórki.	95
R. Barącz. O wartości enteroanastomozy za pomocą szwów płytkowych Senn'a w chirurgii żołądka i jelit.	104
E. Modrzejewski. O głuchoniemocie. Rys statystyczno-lekarski głuchoniemoty w Królestwie Polskiem, oraz wyniki badań narządów słuchowych 400 głuchoniemych	139, 656
F. Neugebauer. Przestroga przy używaniu wianków macicznych.	114, 330, 707
J. Jegorow. Przyczynek do nauki o unerwieniu naczyń krwionośnych (z tabl. III i IV)	275
R. Barącz. Płytki z brukwi zamiast płytek z kości odwapniowej przy szwie jelitowym sposobem Senn'a (z tabl. V)	315
S. Rybicki. O zapobiegawczem leczeniu wścieklizny u człowieka, z krytycznym poglądem na metodę Pasteur'a	395, 815
O. Bujwid. Bakteryje w powietrzu, sposoby badania, znaczenie i opis pospolicie znajdujących bakteryj (z tabl. VI, VII, VIII, IX i X)	545
J. Brunner, Z. Mierzyński i A. Zawadzki. Wyniki badań wody studziennej w m. Lublin	625
W. Kamocki. O zmianach anatomo-patologicznych przy wągrze śródocznym (z tab. XI)	697
E. Downarowicz. Komórki nerwowe i ciałakę wędrujące (z tabl. XII)	763
J. Sędziak. Przyczynek do leczenia gruźlicy krtani resp. płuc za pomocą podskórnych wstrzykiwań tiozynaminy	785

A. Ciechomski i M. Jakowski. Niezwykle długotrwały odbył sztuczny. Badania chemiczno-bakteryjologiczne nad zawartością kiszek cienkich (z tabl. XIII)	873
F. Neugebauer. Sprawozdanie z najnowszej kazuistyki oraz piśmiennictwa o kręgozmyku, z uwzględnieniem symptomatologii, etylogii, jako też różniczkowego rozpoznania (z drzew.)	904
W. Janowski i Z. Dmochowski. Przyczynek do nauki o własnościach ropotwórczych lasecznika tyfusowego	940
J. Babiński. Charcot (wspomnienie pośmiertne)	954
Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1892 w zeszycie II.	1—174

Część urzędowa.

Ustawa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Regulamin objaśniający i rozwijający Ustawę	186
Rocznik Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za r. 1893	506
Protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego:	
od 13 Grudnia 1892 do 21 Marca 1893 r.	225
od 28 Marca do 13 Czerwca 1893 r.	459
od 20 Czerwca do 5 Września 1893 r.	748
od 19 Września do 28 Listopada 1893 r.	963
Sprawozdanie Kasy wsparcia przy Towarzystwie Lekarskiem . .	1008
Ogłoszenia.	

Badania kardyjograficzne, wykonane w szpitalu Św. Ducha w Warszawie 1892 r.

zestawione przez

A. HOŁOWIŃSKIEGO inż. dra fil.

i

J. PAWIŃSKIEGO dra med., Starsz. Ordyn. szpit.

(z atlasem rysunków litografowanych; tabl. I i II).

W S T Ę P.

Pomimo znacznej ilości prac, które poświęcono wyjaśnieniu kardyjogramów, ze stanowiska fizjologii lub lub też patologii, zasadnicze zadania kardyjografii nie zostały dotychczas stanowczo rozwiązane. Rezultaty, otrzymane przez jednego z nas ¹⁾, wykazały niezasadność poglądów dra MARTIUS'A co do umiejscowienia dwóch tonów serca na wykreśleniach graficznych; podały one w wątpliwość dawniejsze oznaczenie chwili otwarcia zastawek aorty i t. d. Wyniki te, otrzymane w warunkach fizjologicznych organizmu i z małej ilości osobników, wymagały jednak potwierdzenia na liczniejszym materjale, zwłaszcza klinicznym, *resp.* badań przy chorobowych zmianach w narządzie krążenia i oddechania. Korzystając przeto z bogatego materjału klinicznego

¹⁾ Porów. rozprawę A. HOŁOWIŃSKIEGO: „Metody i przyrządy fizyczne do badania fal fizjologicznych,” drukowaną w Pam. Tow. Lekarsk. Warsz. 1891 r.

(chorych kobiet) w szpitalu Św. Ducha, podjęliśmy pracę wspólną, w której lekarz wybierał odpowiednie chore, zaznaczając rozpoznanie i właściwości zaburzeń krwiobiegu, zaś fizyk wykonywał pomiary i obliczenia odnośnych krzywych. Kardyjografy bębnekowe, zegary, chronograf, oraz metody służące do pomiaru fal i punktów synchronicznych, opisane już były szczegółowo w rozprawie wymienionej (*l. c.*). Przedewszystkiem u każdej chorej oznaczono ciśnienie krwi (zapomocą peloty płynnej i uproszczonego manometru rtęciowego), częstość tętna i liczbę oddechów; następnie, w celu późniejszego obliczenia prędkości V przebiegu fali krwi, wymierzano przybliżenie odległość pomiędzy zastawkami aorty, a tętnicą promieniową — w miejscu zwykłego jej wymacywania. W tym samym celu kreśliliśmy jednocześnie na bębnie krzywe, odpowiadające ruchom serca i tętna (*a. radialis*). Potem następowało zdjęcie kardyjogramów i jednoczesnych „pneumo-kardyjogramów.” Te ostatnie otrzymywaliśmy przy pomocy rurki, złączonej z bębniem piszącym, a trzymanej w ustach ze szczelnie przylegającymi wargami chorej, przy nosie otwartym.

Po przymocowaniu stetoskopu typu PAUL'A na klatkę piersiową, w miejscu najdogodniejszym dla wysłuchiwania tonów serca (już to bliżej podstawy lub wierzchołka serca), znaczyliśmy, w czasie wykreślania kardyjogramów, dwa tony graficznie metodą MAREY'A i MARRIUS'A (kluczem pneumatycznym). Wreszcie fale jednoczesne, wykreślone z wierzchołka serca (kardyjogramy) i z klatki piersiowej (thorakogramy), lub thorakogramy i epigastrogramy (albo też pneumo-kardyjogramy — rurką), dawały nam możność obliczenia wpływu oddechania na ruchy serca, oraz oznaczenia wzajemnej zależności ruchów synchronicznych powietrza płucnego, klatki piersiowej, i górnej części brzucha (*epigastrium*).

Materyjał graficzny, tym sposobem zebrany, obejmuje ogółem 109 oddzielnych rysunków kardyjograficznych, odpowiadających 12-tu chorym. Chorych tych oznaczono (dla skrócenia) literami rzymskimi od I do XII, według zestawienia następującego: (Patrz str. 4 i 5).

Obliczenie wymienionego materiału graficznego miało nam służyć ku rozwiązaniu zagadnień następujących:

1) Gdzie należy umiejscowić dwa tony serca na kardyjogramach (*resp.* graficzne odgraniczenie skurczu od rozkurczu), jakoteż, gdzie przypada chwila otwarcia zastawek półksiężycowych aorty?

2) Czy z kształtu i z pomiaru kardyjogramów można wnioskować o rodzaju choroby serca?

3) Jaki wpływ wywiera oddechanie na ruchy serca i odwrotnie?

Z olbrzymiej ilości liczb i pomiarów przez nas dokonanych, podane będą tylko główniejsze, z obawy zbytniego przeciążenia wykładu. Również z konieczności wypadało nam ograniczyć się wyłącznie do podania nielicznych szkiców rysunkowych, które nie są tak dokładne jak oryginały i nie mogą służyć do pomiarów ściślejszych. Same oryginały, oraz obliczenia odnośne, przechowane jako dokumenty naszych twierdzeń, będą dostępnymi dla tych, którzy je sprawdzać zechcą.

Należy nam wreszcie podziękować Sz. PP. asystentom szpitala Św. Ducha, d-rom: JASKŁOWSKIEMU, ZAKRZEWSKIEMU, NIEDZIELSKIEMU i RÖHROWI za uprzejmą pomoc przy wykonywaniu tych doświadczeń, jak również Naczelnemu lekarzowi szpitala d-rowi S. ZALESKIEMU—za chętne poparcie naszych badań klinicznych.

I.

Tłomaczenie kardyjogramów ze stanowiska fizjologicznego.

a) Oznaczenie fal. Na wszystkich kardyjogramach, zdjętych poprawnie z wierzchołka serca w miejscu odpowiadającym skurczowemu wypukleniu (*ictus cordis*), odróżnić można szczyt *b* krzywej. Jest to wzgórek względnie najwyższy, który będziemy za-

Nr. grupy rysunków.	Nazwisko chorej.	Wiek.	Ciśnienie w mm. Hg	Przeciętna częstość na minutę		Odległość od zastawek półksiężyc. do tętn. (tętno).
				tętna	oddech.	
I.	Maryjanna Pietrzykowska	72	150 mm.	84	30	65 cm.
III.	Oświecimska	53	125	92	48	63 cm.
VII.	Kowalska	84	220	78	24	65
VIII.	L. Jaszczyk	27	150	68	—	63
IX.	Ewa Rykalska	67	180	76	28	63
X.	Maryjanna Kozłowska	35	182	78	40	66
XI.	Nowikow	40	172	96	22	65
II.	Ewa Kazimierczak	30	180	94	20	70
V.	Zyps	21	135	110	24	60
VI.	Krawczyńska	34	160	60	20	63
IV.	Ochnio	33	130	87	22	65
XII.	A. Szamzyło	49	200	100	28	70

R O Z P O Z N A N I E C H O R O B Y.

Emphysem. pulmonum. Bronchitis chr. Arteriosclerosis cum hypertrophia ventric. sin. consecutiva.—Arytmia znaczna. Uderzenie wierzchołkowe silne, w VI międzyżebżu. Tętno małe, lecz dość twarde.

Gruźlica płuc daleko posunięta, zwłaszcza w wierzchołkach. Tępość zależna od stwardnienia górnego zraza lewego płuca łączy się z tępością serca. Uderzenie wierzchołkowe silne, widoczne w IV międzyżebżu na linii sutkowej lewej. Stan bezgorączkowy.

Arteriosclerosis. Hypertrophia cordis. Ictus cordis elevans (V-te międzyżebże). Rytm do wahadłowego zbliżony.

Bronchitis.

Hypertrophia cordis. Arteriosclerosis, Emphysem. pulmonum. Uderzenie wierzchołkowe w VI międzyżebżu, na 2 palce na lewo od l. m. s.

Insufficiencia valv. mitralis (sine stenosi ostii).

Insufficiencia mitralis. Uderzenie wierzchołkowe dość silne, w V międzyżebżu, na linii sutkowej lewej.

Stenosis ostii ven. sin. Uderzenie wierzchołka znajduje się w V międzyżebżu nieco nawewnątrz od l. m. s. Szmer przedskurczowy i zdwojenie 2 tonu u wierzchołka. Działalność serca wzmożona. Stan nerwowy.

Insufficiencia v. mitralis et stenosis ostii ven. sin. Uderzenie wierzchołkowe znajduje się w IV i V międzyżebżu w linii przymostkowej. Nephritis (białko i wałeczki nerkowe).

Insufficiencia mitralis et stenosis ostii ven. sinistri.

Insufficiencia v. v. aortae cum stenosi ostii ven. sin. et insuffic. v. mitralis. Uderzenie wierzchołkowe w VI międzyżebżu.

Insufficiencia v. v. aortae. Morbus Basedowii. Uderzenie wierzchołkowe silne znajduje się w VII, VI i V międzyżebżu.

Bez wad zastawek.

Insufficiencia vel stenosis mitralis.

Insufficiencia v. v. aortae.

wsze oznaczać literą *b* (lit. *c* w notacyi LANDOIS'A)—jak to wskazuje np. rys. 6 grupy I.

Wierzchołek *b*, przypadający w czasie skurczu komórki, i służący do łatwej oryjentacyi fal, poprzedzony jest bezpośrednio pierwszym dołkiem *a*¹⁾. Dołek *a* uważany jest dotychczas jako synchroniczny z pierwszym tonem serca, t. j. z chwilą zamknięcia zastawek dwu- i trójdzielnej. Za wierzchołkiem *b*, na falach zupełnie wykształconych, następują kolejno drugi dołek *c* i drugi wierzchołek *d*, trzecie: dołek *e* i wierzchołek *f*, oraz czwarty dołek *g*. Odstęp czasu pomiędzy punktem *g* i punktem *a* fali następnej, składa się z jednego lub też z kilku wzgórków, z których ostatni nader nizki i krótki, trwający nie więcej jak $\frac{8}{100}$ sekundy (przeciętnie około 5%). oznaczamy literami *i*, *k*, *a* (porów. rys. 18 i 19 w gr. II; szkic 64 i rys. 66, 67 w gr. VIII; rys. 81, gr. X).

Według teoryi LANDOIS'A²⁾, część kardyjogramu od *a* do *f* obejmuje ogólny skurcz komórki, t. j. pierwszy ton serca *a*, otwarcie zastawek aorty w *b*, oraz zamknięcie zastawek aorty w *d*, zaś zastawek tętn. płucnej—w *f*, (drugi ton serca ma być przeto z dwójnym w *d* i w *f*).

Rozkurcz serca (od *f* do *a* na fali następnej) mieści rozkurcz komórki (*f—g*), oraz odstęp (*g—a*), składający się z tak zw. „pauzy ogólnej” i ze skurczu przedsionków.

¹⁾ Wszystkie ruchy, powtarzające się peryjodycznie w pewnych odstępach czasu, zwiemy falami, a zatem krzywe, wykreślone zapomocą kardyjografu i odzwierciadlające ruchy serca (a pośrednio i klatki piersiowej), będziemy nazywać falami serca czyli „kardyjogramami.” Długość fali oznaczać możemy jako odstęp czasu pomiędzy punktami krzywej dowolnie obranymi, a powtarzającymi się peryjodycznie; my zaś określamy „długość fali” jako odstęp pomiędzy punktem *a* jednej fali i punktem *a* fali następnej. Długość zaś rewolucyi serca określamy jako peryjod czasu pomiędzy punktem *g* na jednej fali i punktem *g* fali następnej.

²⁾ Porów. „Physiologie” 1891 r., § 57.

Dr. MARTIUS¹⁾ zgadza się z prof. LANDOIS'em co do fizyjologicznego znaczenia punktów *a* i *b* kardyjogramów, lecz umiejscawia on drugi ton serca w drugim dołku *c* kardyjogramów. Dodaje on jednak, iż to ogólne prawidło powinno być za każdym razem sprawdzone zapomocą jednoczesnego znaczenia na kardyjogramach dwóch tonów serca. Błędy nieuniknione, które popełnia najwprawniejsza ręka przy znaczeniu tych tonów, kierując się słuchem, omówione były już szczegółowo przez jednego z nas (*l. c.*). Zapomocą tego sposobu, który stosowaliśmy też przy naszych doświadczeniach, niepodobna jest rozstrzygnąć kwestyi ścisłego odgraniczenia tonów, ale można tylko przybliżenie określić stosunek $\left(\frac{D}{K}\right)$ pomiędzy długą pauzą *D* (odstęp od tonu drugiego do pierwszego następującego), a „pauzą krótką” *K* (odstęp od tonu pierwszego do drugiego).

Jeżeli rytm $\left(\frac{D}{K}\right)$, obliczony na zasadzie pomiaru danego kardyjogramu, przekracza granice rytmów, wyznaczonych doświadczałnie zapomocą stetoskopu, to jesteśmy pewni, iż umiejscowienie graficzne dwóch tonów serca na fali było błędnem. Ta metoda (połączona z metodami akustyczną i mikrofoniczną) wskazała, że pierwszy ton serca pada na punkt *k*, że otwarcie zastawek aorty wyprzedza często punkt *b*, i że drugi ton serca zlewa się z punktem *c* kardyjogramów, stanowiącym przeto granicę pomiędzy skurczem a rozkurczem serca. Drugi ton, według MAREY'A, pada pomiędzy punktami *f* i *g*, zaś zlewa się on z punktem *g*, według EDGREN'A.

b) Nieprawidłowości kardyjogramów. Główną trudność, przy tłumaczeniu graficznych fal serca, stanowi nadzwyczajna różnaitość ich kształtu, nawet u jednego i tego samego osobnika, zależnie od miejsca do którego przykładamy pelotę kardyjografu, od si-

¹⁾ Porów. „Zft. für klin. Medicin,” 1887 r. t. 13 i 1891 r. t. 19.

ły jej nacisku, od powiększenia obrazu i od zmiennego rytmu serca. Błędy samych wykreśleń, zapomocą kardyjografów „bębenkowych,” mogą stać się mniejszymi od $\frac{2}{100}$ sekundy, przy starannej regulacyi tarcia, oraz przy doborze igieł lekkich, piszących z niewielkiem powiększeniem, albowiem wpływ bezwładności (inercyi) ruchu który zakłóca lub skraca niewiernie obiektywne drgania peloty i wytwarza obce drgania „pasorzytne,” objawia się przeważnie tylko na tak zwanych „pięknych” falach (porów. np. rys. 63 w gr. VII), o zbyt wielkiej amplitudzie lub też częstości. Jeżeli przeto, pomimo największych ostrożności otrzymujemy najczęściej kardyjogramy zarodkowe (niezupełne—szczątkowe), na których niepodobna jest odnaleźć wszystkich wierzchołków i dołków charakterystycznych, to przeważną część owych anomalij należy przypisać nie błędom grafiki, lecz obiektywnym zboczeniom rytmu, który skraca nieraz peryjody stanowiące rewolucyję serca i odbija się graficznie w falach zarodkowych. Szczegółowa analiza kardyjogramów wymaga zatem przedewszystkiem wielkiej wprawy w rozpoznaniu i odnajdywaniu punktów fizyologicznie identycznych na różnych falach szczątkowych. Rozbiór krytyczny różnych teoryj, oraz odgraniczenia skurczu od rozkurczu, zależą bowiem zasadniczo od dokładnego porządku rzeczy wistego (a nie tylko pozornego) dołków *c*, *e* lub wierzchołków *d*, *f* i t. d. na danem wykreśleniu graficznym. Materyał, który zebraliśmy, nastrocza pod tym względem obfite pole dla studyjów porównawczych.

e) Określenie graficzne wierzchołka *b*, jako względnie najwyższego punktu fali, nie przedstawia zwykle żadnej trudności, o ile kardyjogram (prosty) zdjęty był z miejsca klatki piersiowej, odpowiadającego skurczowemu wypukleniu. Jednakże na wszystkich prawie osobnikach otrzymać można kardyjogram odwrócony (*inversus*) z mniejszą lub większą dokładnością, w którym skurczowi komórki odpowiada linija zstępująca (opadanie). To zjawisko, znane już oddawna w fizyologii, ale

uważane dotychczas za wyjątkowe, jest przeciwnie nader częstym i niemal normalnym; może ono bardzo łatwo wprowadzić w błąd nieuprzedzonego badacza, o ile równocześnie z kardyjogramem nie był wykreślony sfygmogram lub też nie były znaczone dwa tony stetoskopu.

Tak z grupy I oryg. 6 daje przykład kardyjogramu prostego (*directus*), zaś oryg. 1 (fala *A*) kardyjogramu odwróconego (*inversus*), wykreślonego jednocześnie z sfygmogramem *B* (*a. radialis*): na fali *A* dołki, oznaczone lit. *b*, były ściśle synchronicznymi z początkami *s* sfygmogramów, a zatem chwili o t w a r c i a zastawek aorty należy szukać na lewo od *b* w od-

ległości $l = \frac{L \cdot v}{V}$ mm. ... (1), gdzie *L* oznacza wymierzoną

(650 mm.) długość tętnicy od zastawek aorty do tętna promieniowego; *v* — prędkość papieru zakopconego (19,0 mm.), zaś *V* — prędkość przebiegu fal krwi w tętnicach (8430 mm. na 1" — według LANDOIS'A). Przeto

$l = \frac{650,19}{8430} = 1,5$ mm. (przybliżenie). Jeszcze przed otwar-

ciem zastawek aorty, t. j. więcej na lewo od punktu *o* (fala *A* Nr. 15) należy szukać początku skurczu komórek serca, t. j. punktu *a*, któremu powinna odpowiadać oczywiście linija wstępująca (anakrota), o ile w czasie skurczu wierzchołek serca podnosi się do góry. Gdybyśmy przeto koniecznie chcieli tłómaczyć falę *A* (Nr. 15) jako krdgm. prosty (*dir.*), to bylibyśmy zniewoleni do przemieszczenia początku skurczu (*a*) aż do punktu (oznaczonego obecnie na rys. 1) przez *def* (początku najbliższej anakroty), co by było fizjologicznie zupełnie nieprawdopodobnem, raz ze względu na nadmierną i niezwykłą odległość (*def*-*o*), powtóre zaś z przyczyny, iż w każdej rewolucyi serca czas skurczu trwałby wówczas więcej niż dwa razy dłużej od czasu rozkurczu. Zatem fala *A* jest kardyjogramem odwróconym¹⁾ i była ona zdjętą na miejscu skurczo-

¹⁾ Godnym zaznaczenia jest fakt, iż amplitudy sfygmogramów niezawsze są proporcjonalnemi do amplitudy równoczesnych kar-

wego opadania; to dowodzenie nasze stwierdza nadto i rysunek (punktowany) *C*, stanowiący obraz odwrócony od *A*, a mający zupełne podobieństwo kształtów do fal prostych (*dir.*) rys. 6-go.

W każdej niemal grupie rysunków naszych znajdujemy, na zasadzie omówionej dyskusji, liczne przykłady kardyjogramów odwróconych, zachowujących często jak najwierniej wszystkie szczegóły kardyjogramów prostych, np. w grupie II rys. 20,

„	VI	„	52,
„	IX	„	77 i 79,
„	XI	„	88 i 93.
„	XII	„	99.

Niepodobna jest tłumaczyć odwrócenia tak częstego kardyjogramów zapomocą teorii dawniejszej (zrostów osierdzia z różnymi punktami klatki piersiowej), ale czyby niemożna przypuścić, iż skóra naciągnięta, a oparta o żebra, podlega do pewnego stopnia zwykłym prawom dźwigni, i że, pociągnięta systolicznie do góry na samym wierzchołku serca, opada ona synchronicznie w innych sąsiednich międzyżebrazach? Rzeczą jest oczywiście, że jeżeli już kardyjogram prosty odbija niezupełnie wiernie ruchy obiektywne samego wierzchołka sercowego (z powodu sprężystości podkładek skóry i mięśni), to na synchronizmie dokładnym kardyjogramów odwróconych tem mniej jeszcze polegać będzie można.

d) Oznaczenie graficzne punktów (fizjologicznie) identycznych na kardyjogramach, stanowi często zadanie o wiele trudniejsze, aniżeli wyznaczenie wierzchołków odnośnych *b*. Szczegółowy rozbiór kilku fal w każdej z dwunastu grup, objaśni najlepiej metodę przez nas zastosowaną.

Grupa I, rys. 6. Z powodu znacznej rozedmy płuc i przewlekłego nieżytu oskrzeli, czemu towarzyszyły bardzo liczne rżenia i znaczna arytmija serca, wysłu-

dyjogramów, np. niskiej fali serca Nr. 14 (rys. A) odpowiada tętno dość wybitne.

chiwanie dwóch tonów, jakoteż graficzne znaczenie stosunku $\left(\frac{D}{K}\right)$ dwóch „pauz” (metodą MARTIUS'A), przedstawiało trudności nieprzewyciężone. Można było tylko wnioskować przypuszczalnie, że wartość $\left(\frac{D}{K}\right)$ wyrażona w odsetkach paazy krótkiej K , zmieniała się doświadczalnie w granicach od 100% do 220%. Otóż z pomiaru mikrometrycznego szczątkowych tych kardyjogramów (na których punkty k , d i f podlegały częściowemu lub też zupełnemu zanikowi), obliczono stosunki ¹⁾ następujące pomiędzy odpowiednimi odstępami czasu:

Nr fal	$\frac{ca'}{ac}$	$\frac{ea'}{ae}$	$\frac{fa'}{af}$	aa' w mm.
3	162%	?	106%	14,4 mm.
6	202%	?	145%	14,2 „
8	320%	213%	154%	14,7 „

Umiejscowiając zatem pierwszy ton serca w punkcie a , który w tym razie zlał się z punktem k , drugi ton padał najprawdopodobniej na punkt f , który zlewał się z punktami d i e . Wprawdzie na fali 8-iej znajdujemy ślad oddzielnego dołka e , który możemy uważać jako prawdopodobne miejsce tonu drugiego (rytm obliczony 213% $\left(\frac{D}{K}\right)$ nie przekracza bowiem rytmów oznaczonych doświadczalnie za pomocą stetoskopu); natomiast punkt c nie odpowiadał stanowczo tonowi drugiemu, zwłaszcza dla fali 8-iej, gdzie $\left(\frac{ca'}{ac}\right)$ dosięga 320%. Tłumaczenie fizjologiczne fal zarodkowych, np. 4, 5 i 7 jest zresztą

¹⁾ Znak a' oznacza początek fali, następującej bezpośrednio po kardyjogramie, którego początkiem jest litera a .

zupełnie niemożliwe, a z ogółu innych licznych kardyjogramów grupy I wnioskować tylko można, że drugi ton serca padał najczęściej na punkty zlewające się ze sobą d , e i f , zaś ton pierwszy na punkt a , (lub też k w niektórych tylko wykreśleniach, gdzie takowy wyraźnie występował). Pomiaru niektórych fal dały $\left(\frac{ca'}{ac}\right) = 684\%$ (!), a zatem twierdzenie dra MARTIUS'A, jakoby drugi ton padał na punkt c , nie może być prawdziwym.

Co do graficznego oznaczenia punktu, w którym następowało otwarcie zastawki aorty, to obliczenie owego punktu, wzorem (1) na zasadzie jednoczesnych kardyjogramów i sfygmogramów (*a. radialis*) wskazywało przybliżenie na wierzchołek b fal serca, o ile prędkość V przebiegu fal krwi wynosiłaby 8430 mm. na 1". W przypuszczeniu otwarcia aorty w punkcie a , zniewoleni byłibyśmy też przypuścić zbyt małą prędkość V (około 4300 mm. na sekundę), która jest zupełnie nieprawdopodobną.

Grupa II. Oba tony serca były nader wyraźne; obok tonu słychać było bardzo słaby szmer, który często zanikał niemal zupełnie; znaczenie tych tonów według stetoskopu, w czasie kreślenia kardyjogramów (rys. 18 i 19), że stosunek pauz $\left(\frac{D}{K}\right)$ wahał się w granicach od 93% do 228%. Pomimo nader małej amplitudy owych fal, wskazują one wszystkie zagłębienia charakterystyczne, tak, iż umiejscowienie pierwszego tonu w k , zaś drugiego w punkcie e (zgodnie z nową teorią) następuje z wątpliwością chyba tylko w granicach nieuniknionych błędów metody graficznej.

Z obliczenia pomiarów mikrometrycznych wynikają, np. dla rys. 18-go i 19-go, stosunki następujące:

Nr fal.	$\frac{ca'}{ac}$	$\frac{ea'}{ae}$	$\frac{fa'}{af}$	$\frac{ck'}{kc}$	$\frac{ek'}{ke}$	$\frac{fk'}{kf}$	Nr. rysunku.	Stetoskop $\frac{D}{K}$
3	323 ⁰ / ₀	135 ⁰ / ₀	112 ⁰ / ₀	297 ⁰ / ₀	127 ⁰ / ₀	105 ⁰ / ₀	18	161 ⁰ / ₀
4	352 ⁰ / ₀	152 ⁰ / ₀	111 ⁰ / ₀	300 ⁰ / ₀	134 ⁰ / ₀	98 ⁰ / ₀	—	170 ⁰ / ₀
5	285 ⁰ / ₀	125 ⁰ / ₀	87 ⁰ / ₀	244 ⁰ / ₀	108 ⁰ / ₀	76 ⁰ / ₀	—	130 ⁰ / ₀
9	319 ⁰ / ₀	113 ⁰ / ₀	94 ⁰ / ₀	271 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀	19	125 ⁰ / ₀
10	300 ⁰ / ₀	118 ⁰ / ₀	87 ⁰ / ₀	255 ⁰ / ₀	105 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀	—	137 ⁰ / ₀
11	332 ⁰ / ₀	135 ⁰ / ₀	97 ⁰ / ₀	267 ⁰ / ₀	11 ⁰ / ₀	81 ⁰ / ₀	—	164 ⁰ / ₀
12	340 ⁰ / ₀	144 ⁰ / ₀	97 ⁰ / ₀	286 ⁰ / ₀	129 ⁰ / ₀	73 ⁰ / ₀	—	164 ⁰ / ₀

Wartości stosunku $\left(\frac{D}{K}\right)$ oznaczone słuchem zapomocą klucza i stetoskopu, nie zgadzają się ściśle z daną z powyższych kombinacji graficznych dla pierwszego i drugiego tonów serca w kardyjogramach, ale zbliżają się (przeciętnie) najbardziej do wartości obliczonych ze stosunków $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$ lub też $\left(\frac{ek'}{ke}\right)$. Weźmy np. pod uwagę fałę 4-tą rys. 18-go, której długość ($aa = kk'$) wynosiła na kardyjogramie 13,1 mm., to jest częstość $\frac{13,1}{19,0} = 69\%$ (setnych z sekundy, przy średniej prędkości v papieru = 19,0 mm). Znaki klucza dały stosunek $\frac{D}{K} = \frac{8,5}{5,0} = 170\%$, zaś $(D + K) = 13,5$ mm., to jest, że błąd, który popełniono na długości (13,5 mm.) fali znaczonej kluczem, wynosił $(13,5 - 13,1) = 0,4$ mm. i odpowiadał on $\frac{0,4}{19,0} =$ około 2 w 6 m setnym sekundy. Otóż przyjmując, że pierwszy ton serca był synchronicznym z punktem a kardyjogramu Nr. 4, drugi ton w punkcie c nie jest

prawdopodobnym, gdyż w tym razie stosunek dwóch pauz $\frac{D}{K} = \left(\frac{ca'}{ac}\right)$ wynosiłby 352%, t. j. takowy byłby dwa razy większym od stosunku doświadczalnie oznaczonego (170%); należałoby chyba przypuścić, iż przy znaczeniu (stetoskopem) np. drugiego tonu serca, ręka opóźniła się w tym razie o $\left(\frac{1,9}{19}\right) = 10$ setnych sekundy.

Stosunek pauz $\left(\frac{fa'}{aj}\right)$ (t. j. przypuszczenie drugiego tonu w f , zaś pierwszego w a (na fali 4-ej rys. 18) prowadzi do $\frac{D}{K} = 111\%$ i leży jeszcze w granicach prawdopodobieństwa zbiorowych błędów graficznych i znaczenia ręka, gdyż dość byłoby błędu graficznego lub opóźnienia na 7% sekundy, aby przejść od rytmu 170% do 111%. Jednakże gdyby punkt f był rzeczywiście synchronicznym z drugim tonem serca, to na wielu innych falach gdzie rytm fa' spada (np. fala 10) aż do 87%. „długa” pauza byłaby k r ó t s z ą od pauzy „krótkiej”; na taką różnicę ucho przyłożone do stetoskopu jest nader wrażliwym, a jednak nigdy (na wymienionej chorej) nie słyszeliśmy omówionego odwrócenia w „pauzach.”

Powtarzając poprzednie rozumowanie w założeniu, iż ton pierwszy jest w punkcie k kardyjogramu, będziemy zniewoleni tak samo wykluczyć (dla tonu drugiego) punkty c i f jako nieprawdopodobne; możliwymi będą tylko przypuszczenia albo punktów a i e , albo też k i e dla umiejscowienia dwóch tonów na kardyjogramach. Błędy nieuniknione dla najwprawniejszej ręki, znaczącej według metody MARTIUS'A, nie pozwalają rozstrzygnąć napewno, czy punkt k lub też punkt a odpowiadają tonowi pierwszemu. Wprawdzie wysłuchiwanie stetoskopem, równocześnie z tonami sztucznymi „bębna akustycznego” lub „rytmofonu” ¹⁾, przemawiało za punktem k , ale trwało ono zbyt krótko i bez warunków ciszy (w tym

¹⁾ Porów. opis wymienionych przyrządów w rozprawie *l. c.*

razie koniecznej), aby przy istniejącym nierównym rytmie, można było rzecz stanowczo przesądzać.

Z pomiaru jednoczesnych kardyjogramów *inv.* (o dwóch tonach przy „systol. opadaniu”) i sfigmogramów (na tętnicy promieniowej), punkt odpowiadający obliczonej chwili otwarcia zastawek aorty padał najczęściej pomiędzy punktami *a* i *b* kardyjogramów.

Godnym zaznaczenia jest nadto fakt, iż przy zwięźeniu lewego ujścia żylnego, ciśnienie tętnicze było w tym razie bardzo znacznem (do 180 mm. Hg.) i że wbrew wnioskowi teoretycznym, istniały przy tem przestrosty i silna działalność lewej komórki.

Grupa III. (Oświęcimska). Kardyjogramy rys. 29, które były kreślone jednocześnie ze znaczeniem dwóch tonów serca, odznaczają się wielkiem zbliżeniem wzajemnym a czasem niemal zanikiem (na fali 7-iej) punktów *c* i *d*; na niektórych falach (np. 7 ej) dokładne oznaczenie punktu *a* jest też dość niepewnem, z powodu, iż wklęsłość krzywej przebiega powolnie i nie wykazuje wybitnej zmiany krzywizny dla początku anakrotu. Rytm $\frac{D}{K}$, według stetoskopu, wahał się od 130% do 173%,

i takowy zgadzał się przybliżenie z założeniem pierwszego tonu w *a*, drugiego tonu w *e* na tych kardyjogramach. Punktu *c* (drugi dołek fali) nie można i w tym razie przyjąć jako miejsca dla tonu drugiego, a punkt *k* wcale graficznie się nie zaznaczył.

Kardyjogramy rys. 23 i 26, zdjęte z tej samej chorej (bezpośrednio po rys. 29) nie wskazują już żadnego śladu punktów *c* i *d* na gładkiej i stromej katakrocie *be*, tak, iż punkt *e* stanowi pozornie drugi (z porządku) dołek fali, chociaż takowy jest niezawodnie fizjologicznie identycznym z trzecim dołkiem *e* rys. 29, o ile porównamy rytmy $\frac{D}{K}$ według pomiarów graficznych i według

stetoskopu. Gdybyśmy przeto nie rozporządzali szczegółowszym kardyjogramem rys. 29 i nie byli oznaczali krańcowych granic rytmów zapomocą osłuchiwania ste-

toskopem, to trzymając się literalnie naszej reguły, umieszcilibyśmy drugi ton serca w pozornym trzecim dołku α rysunków 23 i 26; w tym jednakże razie popełnilibyśmy błąd, gdyż stosunki obliczone $\left(\frac{\alpha\alpha'}{\alpha x}\right)$ prowadzą do rytmów często znacznie niższych (np. 71%) od 100%, t. j. niezgodnych z auskultacją, nawet na tych falach, na których punkt a był wyraźnie zaznaczonym.

Zanikanie częściowe niektórych dołków i wierzchołków na kardyjogramach tłumaczy dlaczego teoria *MARTIUS'A*, która umiejscawia drugi ton serca w drugim dołku kardyjogramów (licząc w porządku od pierwszego w a) bywa niekiedy pozornie prawdziwą dla fal „szczątkowych,” chociaż rzeczywiście ów drugi (domniamany) dołek jest wówczas fizjologicznie równoważnym trzeciemu dołkowi e fali zupełnej.

Na kardyjogramach, wykreślonych jednocześnie z sphygmogramami, obliczony punkt otwarcia zastawek aorty padał najczęściej nieco przed wierzchołkiem b .

Grupa IV. (Ochnio. — *Insufficiëntia v. v. aortae et v. mitralis. Stenosis ostii ven. sinistri*). Znaczenie rytmów zapomocą stetoskopu, przeprowadzone na kardyjogramach rys. 34 $\left(\frac{D}{K}\right)$ od 136% do 200%) wskazywało niewątpliwie (według pomiarów graficznych), że pierwszy ton serca należy umiejscowić w punktach a , zaś ton drugi w punktach e owych fal.

Szereg fal rys. 34 wskazuje postępujący zanik punktów c i d , które nie zostawiły już żadnego śladu np. na fali Nr. 7. To samo zjawisko owego zupełnego zaniku występuje jeszcze wybitniej na kardyjogramach rys. 35, które były kreślone równocześnie z sphygmogramami (*a. radialis*). Poprzednie zatem uwagi stosują się i do grupy IV.

Obliczony (wzorem (1)) punkt otwarcia zastawek aorty, padał na rys. 35:

na fali Nr. 6 1%'' po wierzchołku *b* kardyjogramu

" " " 7 2% " " " "

" " " 8 2% " " " "

Zatem, w granicach błędów doświadczenia, zastawki otwierały się na wierzchołku tych kardyjogramów, zwłaszcza, iż małe wzgórki, poprzedzające sfigmogramy (na rysunku oryginalnym), utrudniały w tym razie ściśle umiejscowienie punktu *s*.

Grupa V. (Zyps.—*Insuffic. v. mitralis et stenosis ostii ven. sinistri.* — *Nephritis*). Kardyjogramy rys. 41 wskazują (z wyjątkiem punktu *k*) wszystkie ząbki charakterystyczne: punkty *a* i *e* odpowiadały najlepiej dwom tonom serca i rytmy $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$, obliczone z pomiarów, zgadzały się

przybliżenie z rytмами $\left(\frac{D}{K}\right)$ (od 167% do 244%) stetoskopu, pomimo, iż znakowanie to było nader utrudnionem przy tak częstem tętnie—około 130 na 1.

Na rys. 42 umiejscowienie drugiego tonu serca było zupełnie niepewnem, z powodu zaniku punktów charakterycznych *e*, które odbiły się oddzielnie tylko na kilku falach.

Na kardyjogramach rys. 44 (fale 3, 4 i 5)

stosunki obliczone $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$ wahały się od 133% do 142%

" " $\left(\frac{ek'}{ke}\right)$ " " " 104% do 132%

" " $\left(\frac{ca'}{ac}\right)$ " " " 200% do 360%

Zatem punkt *e* odpowiadał niezawodnie drugiemu tonowi serca, gdyż punkt *c* prowadzi do rytmów doświadczalnie zbyt wielkich. Umiejscowienie tonu pierwszego jest prawdopodobniejszem w punkcie *a*, aniżeli w punkcie *k*, który zresztą zupełnie wyraźnie się nie zaznaczył.

Na kardyjogramach rys. 47 zanikały punkty *c* i *d*, a nadto (na falach 17-ej i 18-ej) umiejscowienie dokła-

dne punktu *a* jest niemożliwym. Pomiaru wskazują, że drugi (pozornie) dołek *e* jest najprawdopodobniejszym miejscem dla tonu drugiego, zwłaszcza w kombinacji z pierwszym tonem w *k*.

Punkt otwarcia zastawek aorty, obliczony z równoczesnych sfygmogramów, padał często bliżej punktu *a*, aniżeli *b* na tych kardyjogramach.

Grupa VI. (Krawczyńska.—*Insuffic. v. mitralis et stenosis ostii ven. sin.*). Fale tej grupy wykazują nader wielką różnorodność kształtu, pomimo, iż były one zdjęte z tej samej chorej na jednym posiedzeniu. I tak, na kardyjogramie prostym (z systol. wypukleniem) rys. 55, w falach 3, 4 i 6, odnajdujemy jeszcze oddzielne punkty *d*, *e* i *f*, które zwały się już ze sobą na fali 5, oraz zanikły częściowo lub też zupełnie na szczątkowych falach rys. 57 i 54.

Jeszcze dziwniejszą pod względem swego kształtu (jakby o dwóch wieżach), jest krzywa rys. 52, zdjęta na linii pachowej będąca kardyjogramem o d w r ó c o n y m (systol. opadanie).

Na rysunku 55 rytmy, obliczone na zasadzie pomiarów graficznych, wahały się w granicach od 158% do 326% dla $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$ zaś od 390% do 766% dla $\frac{ca'}{ac}$. Zatem, zgodnie ze znaczeniem stetoskopu, drugi ton serca może być umiejscowionym tylko w punkcie *e*, nie zaś *c* kardyjogramów. Pomimo, iż długość *aa'* zmieniała się na tych falach od 13,7 do 23,4 mm., t. j. od 80% do 138% sekundy, odstęp czasu *ab* był względnie dość stałym i wahał się w ciśniejszych granicach od 1,5 do 2,1 mm., t. j. od 8,6% do 12%. Rytmy $\left(\frac{D}{K}\right)$ względnie największe (wyjątkowo aż do 326%) odpowiadały falom najpóźniejszym, t. j. najdłuższym, w których „długa” pauza *D* w z r a s t a o wiele więcej, aniżeli pauza „krótsza” *K*.

Obliczenie punktu otwarcia zastawek aorty, na zasadzie jednoczesnych kardyjogramów i sfygmogramów, nie dawało rezultatów ze sobą zgodnych, chociaż praw-

dopodobieństwo (przeciętne) przemawiało za wierzchołkiem b kardyjogramów; trudność polegała głównie w tym razie na dokładnem umiejscowieniu początkowego punktu s na sfigmogramach (*a. radialis*).

Grupa VII. (Kowalska. — *Arteriosclerosis. Hypertrophia ventriculi sinistri*). Na kardyjogramach rys. 59 i 63 punkty d , e i f występowały często oddzielnie, a czasem zlewały się one też ze sobą tworząc wspólny wznósek def . Rytmy $\left(\frac{D}{K}\right)$ stetoskopu zmieniały się w granicach od 128% do 212%, gdy natomiast (rys. 63) rytmy $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$ spadały nieraz poniżej 100%, z zatem nie były one zgodnymi z wysłuchiwaniami tonów serca. Ową niezgodność z teorią (drugiego tonu w dołku e) można wytłomaczyć przypuszczeniem, że albo drugi ton serca zlewał się z punktami c i d tych kardyjogramów — co wydaje się nam w tym razie zupełnie nieprawdopodobnem, — albo też skurcz przedsionków zlał się z anakrotą ab , tak, że ślad dokładny punktu a zanikł zupełnie na tych „pięknych” falach, kreślonych ze zbyt wielką amplitudą. Jeżeli bowiem przemieścimy nieco punkty a na prawo, zmniejszając odstęp ae w domniemaniu omawianych błędów graficznych, to nowe tym sposobem obliczone rytmy $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$ będą wtedy oczywiście zgodnymi z temi, które oznaczyliśmy doświadczalnie stetoskopem. Za tym ostatnim wnioskiem przemawia też nie z wyjątkiem długość odstępów ab , które przekraczają nieraz 3,7 mm., to jest $\frac{3,7}{18,5} = 20$ setnych sekundy. Obliczony punkt otwarcia zastawek aorty wyprzedzał często znacznie wierzchołki b na odpowiednich kardyjogramach.

Grupa VIII. (Jaszczyk. — *Bronchitis*) Rytm $\left(\frac{D}{K}\right)$ według stetoskopu zmieniał się w granicach od 131% do 259%, a pomiary kardyjogramów rys. 64 wskazywały dla stosunku $\left(\frac{ca'}{ac}\right)$ zmienność od 520% do 1083%

dla stosunku $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$ zmienność od 219% do 333%

„ „ $\left(\frac{ek'}{ke}\right)$ „ „ 200% do 286%.

Zatem drugiego tonu serca niepodobna umiejscowić w punkcie *c* tych kardyjogramów. Punkt *e*, jako miejsce tonu drugiego, (zwłaszcza też w kombinacji z punktem *k* dla tonu pierwszego) odpowiadał lepiej rytmom oznaczonym stetoskopem, aniżeli kombinacja punktów *e* i *a*.

Fale rys. 64 wskazują wyraźnie oddzielenie wszystkich szczegółów charakterystycznych, i pomimo nader małej ich amplitudy (powiększonej znacznie na szkicu), dają one rękojmię wielkiej dokładności graficznej.

Na kardyjogramach rys. 66, zmienność

stosunku $\frac{ca'}{ac}$ wynosiła od 210% do 463%

„ $\frac{ea'}{ae}$ „ „ 155% do 264%

„ $\frac{ek'}{ke}$ „ „ 141 do 221%.

I w tym razie punkty *e* i *k*, dla tonów pierwszego i drugiego, były względnie najzgodniejszymi z osłuchiwaniem. Nadmienić wypada, że niektóre fale (np. 7-a) wskazywały częściowy zanik punktów *c* i *d*. Kardyjogramy rys. 67 (I) dowodzą także, że punkt *e* był wogóle najprawdopodobniejszym miejscem tonu drugiego, chociaż np. dla fali 7-iej rytmy $\left(\frac{ea'}{ae}\right) = 119\%$ i $\left(\frac{ek'}{ke}\right) = 100\%$ są zupełnie nieprawdopodobne i wskazują, że albo drugi dołek *c* tej fali był fizjologicznie identyczny z punktem *e* (zanik punktów *c* i *d*), albo też, że punkty *a* i *k* tej fali były źle umiejscowione i nie odznaczyły się wyraźnie na gładkiej anakrocie *ab*. Wzgórki *ika*, wyprzedzające punkt *a* na wielu kardyjogramach szczątkowych rys. 67, są względnie zbyt długie, a przeto oznaczenie właściwe punktu *k* było nader niepewnem, i odgraniczenie skurczu od rozkurczu nastroczało wiele wątpliwości.

Obliczenie jednoczesnych sfigmogramów (*a. radialis*) wskazywało, że otwarcie zastawek aorty następowało prawdopodobnie równocześnie z wierzchołkiem *b* kardyjogramów.

Grupa IX. (Rykalska. — *Arteriosclerosis. Hypertrophia cordis.*) Rytmy $\left(\frac{D}{K}\right)$ (według stetoskopu) wahały się w granicach od 118% do 211%, i zgadzały się z pomiarami kardyjogramów rys. 70, przy umiejscowieniu tonu pierwszego w *a*, zaś drugiego tonu serca na wierzchołku wspólnym punktów *def*. Punkty *d*, *e* i *f*, które oddzieliły się wyraźnie na rys. 73, wykazują też rytm $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$ od 159% do 224%, zupełnie zgodny z osłuchiwaniami serca, gdy natomiast przypuszczenie, iż drugi ton zlewał się z punktem *c* nie wytrzymuje krytyki, $\left(\frac{ca'}{ac}\right)$ sięga bowiem do 407%.

Zakładając prędkość *V* przebiegu fal krwi = 8430 mm. na 1", punkt obliczony otwarcia zastawek aorty zlewał się przybliżenie z wierzchołkami *b* kardyjogramów. Pomiary dwóch sfigmogramów jednoczesnych rys. 75, które zdjęte były na *art. subclavia dextra* i na *art. radialis* (odległość około 51 cm.), stwierdziły też, że wzajemne ich opóźnienie odpowiadało dość wiernie powyższym założeniom rachunku co do prędkości *V*. Wzgórki „sprężystości” (*Elasticitätselevationen*), wybitniejsze od wzgórek „zwrotnych” na sfigmogramach rys. 75 świadczyły nadto o względnie wysokim ciśnieniu krwi tętniczej (180 mm. Hg).

Rysunki 77 i 79 stanowią ciekawe przykłady kardyjogramów „odwróconych” (z systolicznym opadaniem), na których szczegóły charakterystyczne (prostego kardyjogramu rys 70) zachowały się pomimo tego dość wiernie.

Grupa X. (Kozłowska. — *Insufficiencia mitralis*). Wysłuchując chorą zapomocą stetoskopu, zdarzało się nieraz słyszeć rytmy niemal „wahadłowe,” t. j., że sto-

sunek pauz $\left(\frac{D}{K}\right)$ był wówczas nie o wiele większym od 100%. Znacząc dwa tony serca, jednocześnie z wykreśleniem kardyjogramów rys. 81, rytmy zmieniały się w granicach od 133% do 170%. Otóż pomiary fal dały dla stosunku $\left(\frac{e'a}{ae}\right)$ wartość przeciętną około 200%, która jest zbyt wielką i wogóle niezgodną z osłuchiowaniem serca. Zgodniejszymi z doświadczeniem są stosunki $\left(\frac{ek'}{ke}\right)$ wahające się około 170%, a zatem z pewnem prawdopodobieństwem można byłoby ogólnie umiejscowić ton pierwszy w punkcie k , zaś drugi ton serca w punkcie e , gdyby niektóre fale nie przedstawiały wybitnych zbożeń. I tak np., fala Nr. 11 (rys. 81) posiada długi dołek p ł a s k i $e'e$, a obliczony stosunek $\frac{ea'}{ae} = 240\%$

$$" \quad \frac{ea'}{ae} = 653\%$$

$$" \quad \frac{ek'}{ke} = 211\%$$

$$" \quad \frac{fa'}{af} = 170\%.$$

W tym razie wykluczając stanowczo (dla drugiego tonu) punkt e , a nawet uważając punkt e (w połączeniu z punktem k dla tonu pierwszego), jako mniej prawdopodobny, należałoby raczej przypuścić, iż punkt f odpowiadał wyjątkowo drugiemu tonowi serca, i że nadmierne („pasorzytne”) drgania igły piszącej odbiły niewiernie ruchy rzeczywiste fali, odpowiadającej ruchom serca Nr. 11.

Tłumaczenie kardyjogramów rys. 82-go, 83-go i 86-go jest też nader niepewne, z powodu nadmiernych ząbków, które utworzyły się pomiędzy punktami a i f . Kombinując punkty a i e , lub nawet punkty k i e , dla dwóch tonów serca, otrzymujemy często rytmy pauz $\frac{D}{K}$ z b y t w i e l k i e (powyżej 200%), a zatem niezgodne z aus-

kultacją. Należy zatem przypuścić, iż igła wykonywała drgania „pasorzytne,” i że punkt *e* złał się najprawdopodobniej z punktem *f* na tych falach nieprawidłowych.

Niezwykłą anomaliją stanowi też wynik rachunku z jednoczesnych sfygmogramów, że punkt otwarcia zastawek półksiężycowych aorty opóźniła się, względnie do wierzchołka *b* kardyjogramów, nieraz o 6 setnych sekundy. Z pojedynczego tego przykładu trudno jest stanowczo przesądzać, czy te nieprawidłowości nie były w związku z wybitną niedomykalnością zastawki dwudzielnej bez zwężenia otworu żylnego lewego, przy której, w chwili skurczu komórek, fala krwi miała dostęp do nieuszczelnie zamkniętego przedsionka, a przeto dopływ jej do *a. radialis* był następnie opóźnionym, a to pomimo, iż zastawki aorty były już może (?) otwarte synchronicznie (lub nawet przed) z wierzchołkiem *b* kardyjogramów; hipoteza ta tłumaczyłaby, dla czego wyraźny początek *s* anakroty na owych sfygmogramach, zaznaczył się wyraźnie z tak znacznem (względnie) opóźnieniem.

Grupa XI. (Nowikow.—*Insuffic. mitralis*). Prawie wszystkie kardyjogramy tej grupy odpowiadały systemowi opadaniu (odwróceniu), np. rys. 88 i 93, a jeden kardyjogram „prosty” (systol. wypuklenie) rys. 96, który udało się nam zdjąć z chorej, był niezbyt wyraźny i odznaczył równoczesną falę oddychania.

Rytm tonowy ($\frac{D}{K}$) znaczony zapomocą stetoskopu, zmieniał się od 120⁰/₀ do 187⁰/₀ i odpowiadał przybliżeniu punktom *a* i *def*, jako prawdopodobnym miejscom dwóch tonów serca na owych kardyjogramach odwróconych.

Rytm $\frac{ca'}{ac}$ obliczone z rys. 96, przekraczały często 200⁰/₀, a zatem punkt *c* nie odpowiadał drugiemu tonowi serca, który był prawdopodobnie synchronicznym z wspólnym wierzchołkiem *def* owych fal szczątkowych.

Sfygmogram (na *a. radialis*) wykreślony jednocześnie z kardyjogramem odwróconym rys. 93, wska-

zywał, że punkt (obliczony) otwarcia zastawek aorty w y p r z e d z a ł często wierzchołki *b* o 7 setnych sekundy, zlewając się niemal z punktem *a* kardyjogramów. Wniosek ten jest jednakże nader niepewnym, gdyż nie można wogóle polegać na dokładnym synchronizmie w falach odwróconych.

G r u p a XII. (Szamryło.—*Insuffic. vv. aortae. Morbus Basedowi*). Rytm, znaczony według stetoskopu, zmienił się od 127% do 214% i wskazywał, że na kardyjogramach prostych rys. 106, punkty *a*, oraz w s p ó l n y w z g ó r e k *def* (z punktów *d*, *e* i *f*) stanowiły miejsce pierwszego i drugiego tonów serca. Punkt *c* nie odpowiadał drugiemu tonowi, gdyż pomiary stosunku $\left(\frac{cu'}{ac}\right)$ prowadzą do rytmów nadmiernych i z osłuchiowaniem serca niezgodnych.

Obliczenie kardyjogramów odwróconych i równoczesnych sfygmogramów prowadzi do wniosku, że punkt otwarcia zastawek aorty zlewa się często z punktem *a*, lub też pada p r z e d wierzchołkiem *b* owych kardyjogramów. Na współczesnych sfygmogramach (*art. radialis* i *art. subclavia*) rys. 103, odstęp pomiędzy początkami dwóch fal wahał się od 1,1 do 2,0 mm., gdy rachunek (na zasadzie prędkości $V=8430$ mm. i wzajemnej odległości 580 mm.) wskazywał 1,1 mm.; różnica ta wskazuje, jak trudno jest nieraz oznaczyć dokładne położenie punktu *s* na sfygmogramach z *a. radialis*.

* * *

W n i o s k i o g ó ł n e, które wyprowadzić można z rozbioru krytycznego poprzednich wykreśleń graficznych, streszczają się w twierdzeniach następujących:

1) Na kardyjogramach zupełnych i prawidłowych, w których ujawniły się wszystkie szczegóły charakterystyczne, drugi ton serca zlewał się zawsze z punktem *e*, t. j. z trzecim dołkiem fali, następującym po dwóch doł-

k a c h a i c. Analiza szczegółowa fal wykazała, że wyjątki od powyższego prawidła na falach „szczątkowych” są tylko pozornymi i polegają wyłącznie na trudności odnalezienia punktów fizjologicznie identycznych.

2) Pierwszy ton serca zlewa się prawdopodobnie ¹⁾ z punktem *k* lub też z punktem *a*, o ile, co często się zdarza, punkt *k* nie uwydatnił się wyraźnie na kardyjogramach.

3) Punkt otwarcia zastawek aorty zlewał się często z wierzchołkiem *b* kardyjogramów, pomiary jednak niektórych fal prowadzą do wniosku odmiennego, to jest, że otwarcie zastawek aorty następuje czasem przed *b*, niemal synchronicznie z punktem *a* lub też po *b*, w odstępie do 6 setnych sekundy.

W rozprawie dra P. HILBERT'A²⁾, którą przeczytaliśmy dopiero po ukończeniu pracy niniejszej, podane są wnioski zupełnie zgodne z naszymi twierdzeniami, co do umiejscowienia dwóch tonów serca na kardyjogramach—a mianowicie dla tonu pierwszego najczęściej w punkcie (*k*), który wyprzedzał początek anakroty (*a*) do 4⁰/₁₀ (setnych sekundy), oraz dla tonu drugiego—na miejscu pozornego drugiego wzgórka (*f*), który nie był oddzielonym od punktów *d* i *e* na wykresieniach niezupełnych dra HILBERT'A, lecz zlewał się zatem w wierzchołku w spólnym trzech punktów (*d—e—f*), według naszych oznaczeń. Wymienio-

¹⁾ Dla fizyka, rozporządzającego znacznymi środkami materalnymi, wynalazek przyrządu (np. stosownego mikrofonu i nader czułego „przenośnika”—*relais*), zapisującego automatycznie tony serca i inne słabe szmery organizmu, stanowi zadanie wprawdzie technicznie uader trudne, ale prawdopodobnie obecnie już możliwe. Przyrząd tego rodzaju posiadałby wielką doniosłość dla fizjologii i dla patologii zaburzeń krwiobiegu. Fonograf Edisona jest dla wymienionego celu zupełnie nieprzydatnym.

²⁾ Zft. für klinische Medicin, 19 Bd. (Supplement-Heft), 1891, s. 153. „Beitrag zur Deutung der Herzstosscurve.”

ny badacz oznaczał przy tem dwa tony serca na kardyjogramach, tak samo jak MAREX i później MARTIUS, zapomocą klucza naciskanego zgodnie z rytmem stetoskopu; znając nieściśłość wymienionej metody, nie dziwimy się, iż dr. HILBERT trafił czasem na punkt *a* lub nawet nieco dalej przy oznaczaniu tonu pierwszego, albo po za punktem *f* (jak MAREX, pomiędzy *f* i *g*) dla tonu drugiego.

Naszem zdaniem, metoda graficzna, bez poparcia pomiarów graficznych i szczegółowych obliczeń, a zwłaszcza też bez pomocy jednoczesnego wysłuchiwania serca uchem prawem i lewem, to jest stetoskopem i „rytmofonem” mikrofonicznym, nie może nigdy rozstrzygnąć z pewnością, czy pierwszy ton serca zlewa się z punktem *a* lub też z punktem *k* kardyjogramu. Dr. HILBERT przypuszcza, że początek skurczu komórek (ton I-zy) wyprzedza początek (*a*) fali sercowej dlatego, że serce potrzebuje pewnego czasu (około $\frac{1}{100}$ sekundy), zanim, oddalone od klatki piersiowej poprzedzającym rozkurczem, uderzy ono na międzyżebrze i jawnie uniesie pelotę kardyjografu. Dwie tezy MARTIUS'A, a mianowicie co do drugiego tonu serca w punkcie *c*, oraz też co do otwarcia zastawek aorty dopiero na wierzchołku *b* kardyjogramów, spotkały także odparcie w rozprawie dra HILBERT'A; pierwsza teza prowadzi bowiem do zbyt skróconej „krótkiej pauzy,” druga zaś jest często w sprzeczności z wykreśleniami współczesnymi kardyjogramów i sfygmogramów, gdyż początek tętna *art carotis* padał najczęściej już przed wierzchołkiem *b* kardyjogramów HILBERT'A.

II.

Znaczenie kardyjogramów przy rozpoznawaniu chorób serca.

Kwestyja, o ile z kształtu zewnętrznego fali sercowej lub też ze stosunków pomiędzy odstępami czasu

jej części składowych wnosić można o istnieniu wad organicznych serca, nie jest dotychczas stanowczo rozstrzygniętą. Po szkole fizjologów optymistów (MAREY, LANDOIS, OTT i wielu innych), którym zdawało się, że każdej poszczególnej wadzie zastawek odpowiadają ściśle określone cechy charakterystyczne odpowiednich kardyogramów, nastąpiła obecnie ogólna reakcja przeciwko metodom graficznym, jakoby dyagnostycznie zupełnie nieprzydatnym. Należy szczerze przyznać, iż dotychczas pewien pesymizm jest w tym względzie zupełnie usprawiedliwionym, i że wszystkie cechy kardyogramów tak zw. „patologicznych” występują często u osobników, u których ani wysłuchiowaniem, ani opukiwaniem, ani wszelkimi innemi metodami badania klinicznego domniemyanych wad serca odnaleźć nie można.

Jeżeli bowiem poprzestajemy najpierw tylko na analizie względnej w y s o k o ś c i „rzędnych” i zarysu zewnętrznego danej fali serca, to u jednego i tego samego osobnika odnajdujemy kształty najrozmaitsze, jak o tem przekonywa nas porównanie rysunków każdej pojedynczej grupy od I do XII. Tak np., charakterystykę *stenosis ostii venosi sinistri*, według LANDOIS'A ¹⁾, stanowią mają liczne ząbki w peryjodzie (*ga'*) skurczu przedsionków, a pochodzące z fal krwi, jakie się tworzą przy przejściu przez zwężone ujście; anakrota *ab* ma być wówczas stosunkowo niewysoką, z powodu niedostatecznego wypełnienia komórek, a punkty *d i f*, d o m n i e m a n e chwile zamknięcia zastawek w tętnicy płucnej i aorcie, mają być tak oddalone, iż ucho powinno usłyszeć z d w o j o n y drugi ton serca (GEIGEL).

Otóż na rys. 18 i 19 grupy II odnajdujemy wprawdzie liczne ząbki w odstępach (*g—a'*) i niewysoką anakrotę *ab*, ale te same cechy występują wybitnie także np. na rys. 64 i 66 grupy VIII (b e z wady organicznej serca), a zdwojenia drugiego tonu u obu chorych nie słyszeliśmy, pomimo, iż odstęp czasu *d—f* wynosił czasem

¹⁾ Porów. „Physiologie” str. 99.

do 14 setnych sekundy. Nadto, liczba owych ząbków, jakoby charakterystycznych, jest niemal jeszcze większą na rys. 83 grupy X, gdzie rozpoznano czystą niedomykalność zastawki dwudzielnej.

Dla *insuffic. v. mitralis* cechy kardyjogramów polegają, zdaniem LANDOIS'A, na wybitnych wzgórkach w odstępie ($g-a'$), odpowiadających wzmożonej czynności lewego przedsionka (porów. rys. A i B LANDOIS'A z notacją przez nas zmienioną w grupie X), oraz na przewadze znacznej wzgórka f względnie do małego i niewyraźnego wzgórka d , który zlewa się często z punktem f (jak na rys. B).

Otóż na rysunkach grupy X, odpowiadających wymienionej wadzie serca, odnajdujemy rzeczywiście przewagę wzgórka f względnie do d , oraz czasem i zlanie się ich wzajemne, ale to zjawisko powtarza się bardzo często na wielu kardyjogramach innych grup, np. VIII, VII, IX (b e z wad organicznych), lub XII (*insufficiencia v. v. aortae*), a zatem zawodzi ono zupełnie przy stawianiu rozpoznania różniczkowego.

Niemniej zwodniczemi są cechy graficzne, mające odznaczać *insufficienciam valvularum aortae* według MAREY'A¹⁾, albowiem, na rys. 106 grupy XII i na rys. 34 i 35 grupy IV, krzywa ga' kardyjogramów nie posiada ani owego nadmiaru ząbków, ani też owej wybitnej *p o c h y ł o ś c i w s t ę p u j ą c e j*, które mają jakoby być w tym razie charakterystycznymi. Ślady małych ząbków, wyprzedzających bezpośrednio początki s na sfgmogramach tętnicy promieniowej, a mających być odbiciem skurczu przedsionków, według MAREY'A, ujawniały się niekiedy wyraźnie w grupach XII i IV, ale nie cechują one „wysokiego stopnia niedomykalności aorty,” gdyż spotykamy je także nieraz w innych grupach (np. V-tej).

W nowszej rozprawie²⁾ dra J. MAXIMOWITSCH'A podane są też kardyjogramy i sfgmogramy, jakoby „cha-

¹⁾ Circulation du sang. 1881 r., str. 679.

²⁾ Materiale zur differentiellen Diagnose gewisser Gestalten combinirter Herzfehler. Deutsches Archiv für klin. Medicin, tom 49, zeszyt 4 i 5, str. 377—393.

rakterystyczne" dla niektórych powikłanych wad zastawek serca (*stenosis et insufficientia mitralis et aortae*). Otóż podobne kształty fal serca i pulsu (*pulsus celer*) wykreślaliśmy często w wielu innych chorobach, jakoteż przy niepowikłanych wadach serca, a zatem cechy graficzne, podane przez dra J. MAXIMOWITSCH'A, nie mogą służyć bynajmniej do dyjagnozy różniczkowej.

Szukając napróżno dotychczas stwierdzenia dyjagnozy w analizie kształtu zewnętrznego fal sercowych zapomocą porównania „rzędnych,” zwrócimy się teraz do pomiaru „odciętych,” t. j. odstępów czasu, oddzielających pojedyncze czynności w każdej „rewolucyi.” Nie przywiązując znaczenia teoretycznego do określeń, zwróćmy wprzód uwagę na dawniejsze określenie „rewolucyi serca przez LANDOIS'A¹⁾. Przypuścimy, że wykreśliliśmy dwa następujące po sobie kardyjogramy np. fale 5-tą i 6-tą rys. 63 grupy VII-ej. Naówczas r e w o l u c y j a s e r c a Nr. 6, wymierzona pomiędzy tak zw. pauzami serca, czyli pomiędzy punktami g_5 i g_6 , będzie obejmować: 1) „peryjod skurczu,” równający się odstępowi (czasu) af (od a do f), oraz 2) „peryjod rozkurczu,” równający się dwom odstępom czasu, a mianowicie ($g_5a + fg_6$).

Otóż stosunek liczbowy
$$\frac{\text{skurcz}}{\text{rozkurcz}} = Q,$$
 tym sposobem empirycznie określony, miał (według niektórych autorów) stanowić główną cechę „arytmii serca,” t. j. kardyjogramów, w których peryjod skurczu był równym, a czasem nawet większym od peryjodu rozkurczu. Natomiast u osobników zdrowych „rozkurcz” ma być zawsze dłuższym od „skurczu,” t. j. $Q < 100\%$.

Sprawdzając wymienione prawidło przez pomiary licznych kardyjogramów, otrzymaliśmy wyniki następujące.

W grupie I-ej, na rys. 5 i 6, Q był normalnym ($< 100\%$), ale niektóre fale (5, 11, 12, 15) rys. 9 dały rytm Q anormalny („arytmija”).

¹⁾ Porów. „Badania kliniczne nad arytmiją serca,” 1884 r., przez dra med. J. PAWIŃSKIEGO.

Na rys. 23 grupy III, rewolucyje Nr. 8, 9, 10 i 12 prowadzą do $Q > 100\%$, ale pomiary tych kardyjogramów szczytkowych nie dawały rękojmi dokładności zupełnej.

W grupie VIII na rys. 64 i 66, stosunek Q był zawsze normalnym, tak samo jak na rys. 73 grupy IX.

W grupach IV, VI i V, rys. 34, 55 i 44, Q było normalnym (z wyjątkiem rewolucyi Nr. 15 rys. 44).

Rewolucyje Nr. 5, 6, 10, 12 i 13, rys. 18 grupy II były anormalne ($Q > 100\%$).—Stosunek Q miał wskazywać na zmienioną inercyję serca, bez względu czy takowa pochodzi od wad zastawek, albo też od zmian chorobowych mięśni serca lub ośrodków nerwowych. Nie przesądzając przeto stanowczo, o ile wartość Q która jest liczbowo różną od stosunku $\frac{D}{K}$, może dać użyteczne wskazówki kliniczne dla „arytmii” wogóle, (ku czemu potrzebaby liczniejszych wykreśleń), wnioskujemy jednak, że wartość Q nie jest charakterystyczną dla klasyfikacji patologicznej tych kardyjogramów, które otrzymaliśmy.

Można jeszcze rachunek „odciętych” przeprowadzić metodą odmienną i obliczyć dla każdej grupy kardyjogramów wartość odnośnych odstępów ab , bc , cd i t. d., wyrażoną w odsetkach z długości fali $aa' = 100\%$. W tym celu porównawczym wybraliśmy trzy grupy, III, VIII i IX, wolne od wad organicznych serca, oraz cztery grupy, II, VI, V i IV, z wadami *a priori* oznaczonymi. W każdej z powyżej wymienionych grup, obliczone były trzy fale, na których umiejscowienie punktów fizjologicznie identycznych zdawało się nie podlegać wątpliwości.

Oznaczając dla skrócenia pierwsze powyższe trzy grupy kardyjogramów „normalnych” literą N , zaś cztery ostatnie grupy „patologiczne” literą P , wyniki obliczeń mogą być zestawione w sposób następujący:

- 1) W a r t o ś ć o d s t ę p u ab zmieniała się:
od 12,3% do 19,5% ($aa' = 100\%$) w grupach N .
„ 9,2% „ 15,8% „ „ „ P .

We wszystkich grupach (z wyjątkiem II) odstęp czasu *ab* był większym od odstępu następnego *bc* kardyjogramów i wynosił od 9,2‰ do 15‰ (setnych sekundy).

- 2) Odstęp *bc* zmieniał się:
- | | | |
|-------------------|---|----------|
| od 3,8‰ do 16,1‰ | } | <i>N</i> |
| od 7,0‰ do 12,2‰ | | |
| oraz od 4‰ do 15‰ | } | <i>P</i> |
| od 3‰ do 9,7‰ | | |
- 3) Odstęp *cd*:
- | | | |
|---------------------|---|----------|
| od 3,4‰ do 7,4‰ | } | <i>N</i> |
| od 3,2‰ do 6,5‰ | | |
| oraz od 5‰ do 14,8‰ | } | <i>P</i> |
| od 3,8‰ do 9,2‰ | | |
- 4) Odstęp *de*:
- | | | |
|-----------------------|---|----------|
| od 4,3‰ do 14,1‰ | } | <i>N</i> |
| od 3 2‰ do 5,9‰ | | |
| oraz od 3,7‰ do 11,9‰ | } | <i>P</i> |
| od 3 2‰ do 7,4‰ | | |
- 5) Odstęp *ef*:
- | | | |
|------------------|---|----------|
| od 6‰ do 8,6‰ | } | <i>N</i> |
| od 3,2‰ do 6,4‰ | | |
| i od 3,1‰ do 10‰ | } | <i>P</i> |
| od 2,7‰ do 6,4‰ | | |
- 6) Odstęp *fg*:
- | | | |
|--------------------|---|----------|
| od 5,1‰ do 19,4‰ | } | <i>N</i> |
| od 9,6‰ do 17,0‰ | | |
| i od 6,2‰ do 15,3‰ | } | <i>P</i> |
| od 4,2‰ do 13,5‰ | | |
- 7) Odstęp *ga'*:
- | | | |
|---------------------|---|----------|
| od 34,5‰ do 50‰ | } | <i>N</i> |
| od 23,7‰ do 40‰ | | |
| i od 36,1‰ do 59,4‰ | } | <i>P</i> |
| od 18,1‰ do 61,2‰ | | |
- 8) Odstęp *be*:
- | | |
|-------------------|----------|
| od 21,4‰ do 26,3‰ | <i>N</i> |
| od 16,7‰ do 31,2‰ | <i>P</i> |

9) Odstęp ea' :

od 54% do 69% N

od 56,4% do 72% P

10) Odstęp df :

od 9,3% do 20,7% N

od 6,8% do 20,6% P .

Porównyując wartość odstępów poszczególnych w kardyjogramach normalnych (N) i patologicznych (P), wnioskujemy, iż nie wykazują one w ogóle różnic tak wybitnych, aby takowe mogły służyć do dyjagnostyki lekarskiej.

Tabliczka następująca zestawia wreszcie obliczoną wartość stosunków $\left(\frac{ab}{be}\right)$ oraz $\left(\frac{ab}{bc}\right)$ dla kardyjogramów od grupy III do grupy IX, uszeregowanych według wzrastającego ciśnienia krwi tętniczej, wymierzonej monometrem BASCH'A. (Patrz str. 33).

O ile sądzić wolno z obliczenia tych 22 kardyjogramów, należących do siedmiu różnych grup, przeciętny stosunek $\left(\frac{ab}{be}\right)$ jest względnie nieco mniejszym przy większych ciśnieniach tętniczych, chociaż grupy VIII i XI odstępują od wymienionego prawidła.

Gdyby pierwszy wierzchołek b kardyjogramów zawsze oznaczał miejsce otwarcia zastawek aorty, to *caeteris paribus* stosunek $\left(\frac{ab}{be}\right)$ powinienby teoretycznie wzrastać proporcjonalnie do ciśnienia tętniczego, jakkolwiek niewolno jest pod tym względem porównywać fal różnych grup z powodu nierówności energii i prędkości skurczu u różnych osobników.

Wahania stosunku $\left(\frac{ab}{bc}\right)$ są względnie znacznie większe, nawet w obrębie jednej i tej samej grupy, a wartość liczebna tego stosunku była najwięcej w grupie III, przy ciśnieniu najmniejszym.

Grupa	Nr. rysunku	Nr. fal	Ciśnienie tętnicze	$\frac{ab}{be}$ w %	$\frac{ab}{bc}$ w %
III	29	6		74 ⁰ / ₀	421 ⁰ / ₀
		7	125 mm. Hg.	63 ⁰ / ₀	285 ⁰ / ₀
		8		80 ⁰ / ₀	337 ⁰ / ₀
IV	34	3		70,5 ⁰ / ₀	287 ⁰ / ₀
		4	130 mm.	67,0 ⁰ / ₀	200 ⁰ / ₀
		5		57,0 ⁰ / ₀	171 ⁰ / ₀
V	44	3		44,0 ⁰ / ₀	120 ⁰ / ₀
		4	135 mm.	57,0	229
		5		58,0	234
VIII	67	6		56,0 ⁰ / ₀	108 ⁰ / ₀
		7	150 mm.	74	121
		8		74	118
VI	55	4		68 ⁰ / ₀	220 ⁰ / ₀
		5	160 mm.	52	145
		6		68	285
II	19	15		43 ⁰ / ₀	116 ⁰ / ₀
		16	180 mm.	34	100
		17		46	89
		18		32	80
IX	73	7		63 ⁰ / ₀	170 ⁰ / ₀
		8	180 mm.	66	143
		9		61	153

III.

Wpływy wzajemne oddechania i fal serca.

Zupełne odwrócenie wszystkich szczegółów charakterystycznych kardyjogramu na falach *r ó w n o c z e s n y c h o d d e c h a n i a* (przez rurkę połączoną z bębenkiem), które jeden z nas dostrzegł na samym sobie¹⁾, zachęciło nas do uogólnienia tej metody.

Wykreślenie tak zw. „pneumo-kardyjogramów” za pomocą rurki, trzymanej w ustach zamkniętych, może być wykonane o wiele prędzej i łatwiej na każdym osobniku, aniżeli zdjęcie kardyjogramu. Jeżeli nie otrzymaliśmy w żadnym przypadku zupełnie dokładnego odwrócenia fal serca i fal oddechania, to odnośna analiza potwierdziła jednakże główne wnioski ze spostrzeżeń dawniejszych.

I tak, na rys. 6 grupy I, zestawione są cztery fale *r ó ż n e*: u dołu, kardyjogramy i bezpośrednio ponad nimi *r ó w n o c z e s n e* pneumo-kardyjogramy (rurką); trzecia fala „thorakogramy” i czwarta fala „epigastrogramy” nie były wykreślone jednocześnie z dwiema pierwszymi, ale z kombinacji kardyjogramów i pneumo-kardyjogramów z thorakogramami lub też z epigastrogramami, oraz z obliczenia odnośnych punktów synchronicznych, mogliśmy zestawić *s z e m a t o g ó l n y*, w którym punkty czterech fal, przecinające wspólną rzędną (liniję kreskowaną) pionową, były *j e d n o c z e s n e m i*.

Otóż z owego szematu wynika, że: 1) wierzchołki *b n a j w y ż s z y c h* kardyjogramów (fale 3, 6, 8) *z l e w a j ą s i ę z p o c z ą t k a m i n a j w y ż s z e j a n a k r o t y* (wydechów) na pneumo-kardyjogramach, zaś wyprzedzają one nieco wierzchołki thorakogramów i epigastrogramów.

¹⁾ Porów. opis tych doświadczeń w rozprawie (*l. c.*) str. 59.

2) Epigastro- i thorakogramy dały fale o przebiegu niemal równoległym, z wyjątkiem drobniejszych falowań, wyraźniejszych na thorakogramach; katakrota od wierzchołka do najniższego punktu n' na obu wymienionych falach spada *stronie*, aniżeli na pneumo-kardjogramie, dla którego punkt „zwrotny” n stanowi jakby chwilę przełomu.

3) Najwyższe wierzchołki pneumo-kardjogramów były synchronicznymi albo z punktem g (fala 3), albo też z punktem c (fala 6) jednoczesnych kardjogramów.

4) Kardjogramy „zarodkowe” (4, 5, 7 i 9) zaznaczyły się śladami ząbków (falowań) na jednoczesnych pneumo-kardjogramach.

Wnioski powyższe sprawdziły się z dość wielkim przybliżeniem na rysunkach innych grup.

W grupie II-*ej* rys. 20 stwierdza, że wierzchołek b kardjogramu „odwróconego” zlewał się z punktami b wydechów na równoczesnym pneumo-kardjogramie, którego falowania ab , bc są dość dokładnym odwróceniem domniemanego kardjogramu prostego (anakrotę zastępuje katakrota i odwrotnie).

Zgodnie z szematem 6 grupy I, rys. 22 grupy II dowodzi, że najwyższe wierzchołki b , d i f pneumo-kardjogramów opóźniły się względnie do wierzchołków a , c i e jednoczesnych thorakogramów, synchronicznych natomiast z anakrotami (a , c i e) pneumo-kardjogramów; obie fale są przeto jakby odbitym obrazem jedna względnie do drugiej.

W grupie III rys. 23 wskazuje na thorakogramie (zdjętym na miejscu tętnicy płucnej) falowania wogóle zgodne z jednoczesnym kardjogramem, pomimo iż, w tym razie, wyższe i dłuższe fale oddechania pokrywały częściowo drobniejsze fale samej tętnicy.

Pneumo-kardjogramy rys. 26 dowodzą, że chwile wydechów b są synchroniczne z wierzchołkami b równoczesnych kardjogramów, a odstępy ab i be są na obu falach wzajemnie odwrócone; dłuższe fale odde-

chania na pneumo-kardjogramie zaciemniają czasem (np. na fali 7) dokładność owego odwrócenia.

Na rys. 27 fale thorakogramu i pneumo-kardjogramu są jakby odbiciem jedna drugiej, a chwile wydechu *a*, przez rurkę, wyprzedzały wierzchołki thorakogramów. Punkty zwrotne *n*, nader wybitne na rysunku 27, są też odwrócone.

W grupie IV rys. 38 stwierdza, że wierzchołki *b* najwyższych kardjogramów (insp.-exp. fale 11 i 14) zlewają się z początkiem *b* wydechów na pneumogramach.

Rys. 39 i 40 dowodzą, zgodnie z szematem grupy I, że początki *a* pneumo-kardjogramów wyprzedzają wierzchołki jednoczesnych epigastro- lub też thorakogramów. Synchronizm punktów zwrotnych *n* stosuje się też do poprzednio wymienionych prawideł.

W grupie V na rys. 44 wierzchołki *b* kądlego kardjogramu zaznaczyły się ząbkiem wydechu na jednoczesnym pneumo-kardjogramie, który wykazuje nadto odwrócenie niektórych odstępów charakterystycznych fali sercowej.

Na rys. 46, wbrew wynikom poprzednim, wierzchołki kardjogramów najwyższych (fale 3, 6, 9) opóźniły się względnie do wyżyn thorakogramów.

Ogół wykreśleń potwierdza jednak przybliżenie inne wnioski szematu grupy I-ej, pomimo iż chora oddechała spazmatycznie i nieprawidłowo.

W grupie VI pneumo-kardjogramy rys. 57 nie są obrazem odwróconym, jak normalnie, lecz o b r a z e m p r o s t y m jednoczesnych kardjogramów. Owa anomalija mogła może(?) powstać wskutek tego, iż chora (Krawczyńska) nie umiała ściśle uszczelniać warg przy trzymaniu rurki w ustach, ztąd wydech przypuszczalnie odbił się na bębenku odbiorczym jako wdech i odwrotnie.

Zresztą synchronizm punktów „zwrotnych” *n* na pneumo-kardjogramach i na thorakogramach utrzymał się przybliżenie według prawideł normalnych.

W grupie VII nie zdołaliśmy zdjąć pneumo-kardyjogramów prawidłowych, gdyż chora przez nos oddechać nie umiała. Wierzchołki n a j w y ż s z y c h kardyjogramów (w fazie *Inspirium-Expirium*) wyprzedzały prawidłowo wierzchołki równoczesnych thorakogramów.

Natomiast brak jest wymienionej zgodności na epigastrogramach rys. 63.

W grupie VIII fal oddechania wcale nie wykreślaliśmy.

W grupie IX na rys. 79 najwyższe i odwrócone kardyjogramy (fale 5 i 7) dowodzą przybliżenie synchronizmu wierzchołków *b* i wydechów przez rurkę. Wszystkie inne kardyjogramy proste, wykreślone współcześnie z thorakogramami, lub też thorakogramy z pneumo-kardyjogramami, których rysunek pomijamy, dały wyniki normalne i zgodne wogóle z szematem 6 grupy I ej, z wyjątkiem drobnych falowań, które znikły niemal zupełnie na pneumo-kardyjogramach.

W grupie X rys. 86 dowodzi synchronizmu punktów *b* z wydechami, a zarazem i częściowego odwrócenia fal serca i oddechania. Inne rysunki tej grupy prowadzą także do wniosków z w y k ł y c h.

W grupie XI na rys. 96, oraz na wielu innych, przebieg zjawisk współczesnych był zupełnie prawidłowym.

W grupie XII stosunki pomiędzy falami serca i oddechaniem objaśnione są zapomocą rysunków 106 i 107, które nie wymagają dalszych objaśnień i które sprawdzają n a d e r d o k ł a d n i e główniejsze wnioski szematów poprzednich.

*

*

*

Teoryja fizjologiczna „pneumo-kardyjogramów,” podana niegdyś przez prof. LANDOIS'A ¹⁾, jest w sprzeczności z wieloma faktami, które zaznaczone były przez

¹⁾ Porów. Physiologie, str. 11.

jednego z nas w rozprawie poprzedniej ¹⁾. Błędy owej teorii polegały na niedokładnem umiejscowieniu dwóch tonów serca na pneumo-kardjogramach, których Landois nie wykreślał nigdy współcześnie z kardjogramami i z thorakogramami. Obecnie rozporządzając szematem 6-tym grupy I-ej, który stwierdza dość przybliżenie synchronizmy różnych fal, zdjętych z dwunastu osobników (jakoteż wykreślenia rozprawy poprzedniej), należy nam wytłomaczyć przyczyny dla których początek największego w y d e c h u (przez nos i przez rurkę) zlewa się z wierzchołkami *b* kardjogramów n a j w y ż s z y c h; wypada też objaśnić powód, dla którego na jednoczesnych pneumo-kardjogramach odnajdujemy częściowo odwrócony obraz kardjogramu. Ciśnienie dodatnie lub ujemne powietrza w płucach, powodujące wydech (anakrota) lub też wdech (katakrota fali) na pneumo-kardjogramie, jest wypadkową z wielu czynników przeciwdziałających lecz współczesnych.

I tak: 1) p o d n o s z e n i e się klatki piersiowej, t. j. anakrota thorakogramów, rozrzedza powietrze, t. j. zmniejsza nacisk płucny i sprzyja przeto w d e c h o w i, zaś o p a d a n i e klatki (katakrota) sprawia skutki o d w r o t n e, t. j. w y d e c h; 2) uderzenie wierzchołka serca nazewnątrz i ku przeponie międzyżebra, następujące przy punkcie *a* kardjogramów, powiększa objętość klatki piersiowej i stanowi czynnik w d e c h o w y tem silniejszy, im wyższą jest anakrota *ab*; natomiast katakrota *bcdefg* kardjogramów działa tak samo, jak opadanie klatki piersiowej, powodując w y d e c h: wymieniony skutek p r z e w a ż a nad innymi w falach n a j w y ż s z y c h szematu 6 go (porów. kardjogramy 3, 6, i 8, odpowiadające fazie przejścia od wdechania ku wydechaniu); 3) wierzchołki *b* kardjogramów odpowiadają chwilom, w których zastawki aorty są już otwarte tak, iż odtąd odpływ krwi tętniczej do wielkich rozgałęzień aorty, p r z e w a ż a nad dopływem

¹⁾ Rozprawa HOZOWIŃSKIEGO, (*l. c.*)

krwi żylnej przez *Vena cava*; wymieniony czynnik wdechowy opóźnia się jednakże w swym skutku bezpośrednim na pneumo-kardyjogramach, (wskazujących wówczas największy w y d e c h), z powodu czasu potrzebnego na odpływ krwi poza granice klatki piersiowej, oraz też dlatego, iż przepływ krwi i synchroniczne zwięźenie światła tętnic (pod wpływem poprzedzającej inerwacji¹⁾ naczynioruchowej) sprawiają chwilową nabrzmiałość w rozgałęzieniach tętnicy płucnej i aorty, co skłania wówczas płuca do w y d e c h u.

Kombinując powyżej wymienione wpływy na kształt pneumo-kardyjogramów, które występują z różnym natężeniem u różnych osobników, możemy sobie wogóle zdać sprawę z szematu synchronizmów rys. 6. Naprzykład punkt „zwrotny” *n* pneumo-kardyjogramów odpowiada początkowi podnoszenia się klatki piersiowej i dołka podsercowego (*epigastrium*); wówczas przeważa skutek wdechowy (stroma katakrota), a takowy będzie tem silniejszym, im synchroniczna faza mniejszego kardyjogramu sprzyja mu lub mu przeciwdziała.

Rozważmy teraz dalszy ciąg pneumo-kardyjogramu, odpowiadający chwili skurczu komórek i pierwszego tonu serca (przy *a*). W chwili, gdy wierzchołek serca podnosi się z amplitudą największą (kardyjogram najwyższy), działają czynniki następujące: *a*) krew nie wypływa jeszcze z komórek lewej i prawej, zaś krew żylna dopływa jednocześnie do przedsionka prawego; serce jest zatem krwią przepełnione i zwiększa nieco swą objętość bezwzględną, pomimo małego zmniejszenia swej objętości mięśniowej. Ten skutek w y d e c h o w y n i e zaznacza się jednak anakrotą na pneumo-kardyjogramie, jak twierdził LANDOIS, dlatego. że: *b*) w owej chwili klatka piersiowa p o d n o s i s i ę (anakrota thorako-

¹⁾ Wpływ owej inerwacji objawia się wyraźnie na sfigmogramach, których amplituda najmniejsza, przy początku wdechu, wzrasta już przy jego końcu, t. j. jeszcze przed początkiem następnego wydechu.

gramu i silne uderzenie wierzchołka serca), oraz dlatego też, że rozgałęzienia tętnicy płucnej i aorty nie są jeszcze krwią przepełnione (nabrzmiałe), a przeto nacisku wydechowego na płuca wywierać one nie mogą. Natomiast w chwili odpowiadającej otwarciu zastawek aorty (przy wierzchołku *b* kardyjogramów najwyższych) występują s ł a b e w p ł y w y w d e c h o w e, a mianowicie n i e z n a c z n e podnoszenie się klatki piersiowej (jak świadczy garb *B* thorakogramu), oraz objawiająca się dopiero p ó ź n i e j przewaga odpływu krwi tętniczej nad dopływem krwi żyłnej. Jednocześnie zjawiają się s i l n e w p ł y w y w y d e c h o w e, (a mianowicie, stroma linija zstępująca kardyjogramu; przepełnienie rozgałęzień aorty i tętnicy płucnej; zmniejszenie światła tętnic pod wpływem inercji naczyńioruchowej)—których wypadkową ogólną będzie najwyższa anakrota (wydech) pneumo-kardyjogramu. Po owym silnym wydechu, następuje s ł a b y w d e c h aż do punktu *n* (mało pochylona katakrota pneumo-kardyjogramu), pomimo, iż objętość klatki piersiowej z m n i e j s z a się wówczas — jak świadczy opadanie thorakogramu: przyczyna tego zjawiska polega prawdopodobnie na poprzednim rozrzedzeniu powietrza w płucach, które stało się znacznie niższem od ciśnienia atmosferycznego. Zresztą na niektórych pneumo-kardyjogramach ¹⁾, gdy ruchy klatki piersiowej są względnie małe, k a ż d a fala serca odbija się w o d d z i e l n y m obrazie odwróconym. Natomiast u większej części osobników, wpływ m n i e j s z y c h kardyjogramów zaznaczony jest na pneumo-kardyjogramie tylko małemi ząbkami wydechowymi, synchronicznymi z odnośnymi wierzchołkami *b*, lub też częściowem odwróceniem fal. Różnice te zależą oczywiście od sposobu oddechania.

Można byłoby przypuścić, że rurka pneumo-kardyjografu połączona przez usta z bębenkiem piszącym, daje nam wskazówki n i e w i e r n e, zapisując np. w d e c h,

¹⁾ Porów. rysunki „rozprawy“ (l. c.).

gdy rzeczywiście następuje w y d e c h przez nos otwarty—a to na zasadzie działania s s ą c e g o bocznej rurki w zwyczajnym „rozpylaczu” dla płynów. Łatwo jednak przekonać się doświadczeniem, że to przypuszczenie byłoby nieuzasadnionem; jeżeli bowiem dmuchamy na płomień świecy (lub też na lekkie wahadło papierowe), przez rurkę przystawioną do nosa, to odchylenie płomienia wskazuje na wydech; wydech ten jest z a w s z e s y n c h r o n i c z n y m z podnoszeniem się igły pneumokardyjografu, jeżeli wargi szczelnie obejmowały rurkę. Wogóle pęd wydechów nie jest dość prędkim, aby mógł wywołać zjawisko ssące w rurce bocznej, o średnicy kilkumilimetrowej.

* * *

Przy obliczaniu stosunku $\left(\frac{D}{K}\right)$ dwóch pauz serca na wielu kardyjogramach, zwróciliśmy też uwagę, jak zmienia się wymieniony stosunek w chwili, gdy kardyjogram przechodzi przez okres od wdechu do wydechu.

Otóż rytmy $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$ obliczone z rysunków 18 i 19 grupy II-iej, z rys. 23 grupy III-iej, z rys. 38 grupy IV-iej i z rys. 55 grupy VI-iej wskazują, że w chwili przejścia od wdechu do wydechu, wypadają albo *minima*, albo też *maxima* względne. Wymieniony wpływ oddechania na stosunek dwóch pauz serca (D i K) podlega nadto opóźnieniom i zmianom nieprawidłowym na jednym szeregu fal. Zatem można twierdzić tylko ogólnie, że faza kardyjogramów n a j w y ż s z y c h jest c z ę s t o (ale niezawsze) c h w i l ą z w r o t n ą dla zmian w stosunku pauz; stosunek ten zmniejsza się wówczas lub też powiększa, względnie do fal poprzedzających i następujących.

Gdybyśmy z jednego osobnika i przy zupełnie równomiernem oddechaniu wykreślili większą liczbę kardyjogramów i uwzględnili przytem t y l k o p r z e-

ciężtne z obliczonych stosunków $\left(\frac{ea'}{ae}\right)$, to znaleźlibyśmy prawdopodobnie prawa ogólniejsze tak samo dla fal serca, jak dla sphygmogramów¹⁾.

Wymiary fal serca i tętna zależne są nietylko od faz oddechania, ale też od wielu wpływów innych, np. od zmiennej inerwacji, od opóźnienia skutków zmiennego ciśnienia tętniczego, od arytmii serca, od błędów graficznych i t. d. Jeżeli porównujemy przeto długości aa' fal serca, długości gg' rewolucyi serca, oraz amplitudy ab kardyjogramów w chwili gdy takowe przechodzą przez fazę najwyższego wdechu (*Inspirium-Expirium*), to z wymienionego porównania nie możemy spodziewać się rezultatów zupełnie zgodnych nawet u jednego i tego samego osobnika, a tembardziej u osobników różnych.

Obliczenia wykreśleń, które otrzymaliśmy w 12-tu grupach wykazały, że kardyjogramy najwyższe (*maxima amplitudy*) przypadają niemał zawsze na fazę najwyższego wdechu, t. j. *Inspirium-Expirium* (porów. np.: rys. 6 grupy I, rys. 18 i 19 grupy II, rys. 38 grupy IV, rys. 46 grupy V, rys. 57 grupy VI i t. d.). Pod tym względem jedyny wyjątek stanowi grupa III, np. rys. 23, w której największe amplitudy kardyjogramów zlewały się zawsze z fazą wydychania (*Expirium-Inspirium*), przy nadmiernej ilości oddechów (do 48 na minutę). Te nieprawidłowości oddechania odbiły się też wyraźnie i na pneumokardyjogramach (porów. rys. 27, 28 oddechów na minutę), w których wydech da odpowiadający katakrocie thorakogramów, (t. j. w wydychaniu, a przeto też kardyjogramom najwyższym), bywa częstszy i wybitniejszy, aniżeli wydech ab , synchroniczny z fazą *Inspirium-Expirium* (a to wbrew szematowi normalnemu rys. 6).

¹⁾ Porów. artykuł HOŁOWIŃSKIEGO „O wpływie oddechania na kształt sphygmogramów,” *Gazeta Lekarska*, 1892 r., zeszyt Czerwcowy.

Stosunki pomiędzy oddechaniem, a najdłuższymi falami (*aa'*) i najdłuższymi rewolucjami (*gg'*) serca, są względnie jeszcze więcej powikłane; ztąd też jedni fizjologowie przypisywali wydechaniu wpływ przyśpieszający, drudzy zaś wpływ opóźniający na częstość tętna. Wyniki tego rodzaju doświadczeń zależą przeważnie od indywidualności i od mniej lub więcej spokojnego oddechania danego osobnika.

Obliczenia kardyjogramów w różnych grupach chorych, dały nam stosunki następujące:

W grupach	Nr. rysunków	Maxima <i>aa'</i> padały:		Maxima <i>gg'</i> padały	
		najczęściej na	nieraz na	najczęściej na	nieraz na
I	6	Expirium	„	Inspirium-Expirium	Expirium-Inspirium
I	9	Inspirium-Expirium	Exsp.-Insp. i Expirium	Inspirium Exspirium	Exsp.-Insp. i Expirium
III	23	Expirium-Inspirium	Inspirium-Expirium	Exsp.-Insp. i Insp.-Exsp.	„
VII	62	Expirium	Expirium-Inspirium	—	—
IX	78	Expirium-Inspirium	Insp.-Exsp. i Expirium	—	—
IV	34	Inspirium-Expirium	„	Inspirium-Expirium	Exspirium
V	44	Insp.-Exsp., Insp. i Exsp.	„	Inspirium-Expirium	Inspirium i Exspirium
II	18	Inspirium-Expirium	Exsp.-Insp. i Inspirium	Inspirium-Exspirium	Exsp.-Insp., Exsp. i Insp.
II	19	Insp.-Exsp. Exsp.-Insp.	„	Inspirium-Exspirium	Exspirium, Inspirium
VI	55	Expirium-Inspirium	Inspirium-Expirium	Inspirium-Exspirium	Exspirium
XI	96	Exspirium	Insp.-Exsp., Inspirium	„	„

Najdłuższe rewolucyje (*gg'*) serca były zatem najczęściej synchronicznymi z fazą *Inspirium-Ex-*

spirium, ale fale najdłuższe (aa') nie wykazały u chorych osobników żadnego stosunku prawidłowego do oddechania. Według spostrzeżeń dra J. MAXIMOWITSCH'A ¹⁾ rewolucyje najdłuższe zlewały się też u zdrowych osobników najczęściej z chwilą wdechu u jagłębszego, lecz rewolucyjom tym odpowiadały w naszych wykreszeniach najwięk sze amplitudy (ab) kardyjogramów (z wyjątkiem grupy III), nie zaś amplitudy najmniejsze, jak twierdził wymieniony autor.

Jeden z nas ²⁾ wykreslając na samym sobie wielką ilość sfygmogramów (*a. radialis*) wykazał, że tętna synchroniczne z początkiem wydechania były zwykle najczęstszymi i że odległość sR (od początku tętna do początku tak zw. wzgórka zwrotnego – porów. rys. 73 grupy IX) jest względnie mniejszą na początku wydechania, aniżeli w czasie wdechania. Zmiany rytmu trzech tonów sztucznych (w punktach s , u i R sfygmogramu), wysłuchiwanym na dowolnej tętnicy zapomocą rytmofonu ³⁾ i telefonu są tak wybitne, iż ucho rozpoznaje wprost (bez pomocy wykresleń) czy dany sfygmogram przechodzi przez fazę wdechu lub też wydechu, t. j. czy takowy odpowiada fazom mniejszego lub większego ciśnienia tętniczego ⁴⁾.

W omówionej już przez nas rozprawie dra J. MAXIMOWITSCH'A (*l. c.*), podane były liczne twierdzenia, odnośnie do współczesnych kardyjogramów i sfygmogramów, które nie sprawdziły się jednakże na naszych wykreszeniach, jak to objaśni np. tablica szczegółowych pomiarów rys. 73 grupy IX.

¹⁾ Deutsches Archiv f. klin. Medicin, t. 49, str. 405.

²⁾ loco cit.

³⁾ Opis rytmofonu mikrofonicznego — w rozprawie HOŁOWIŃ-SKIEGO, loco cit.

⁴⁾ Badania graficzne HÜRTHLE'go (Arch. f. Physiol., t. XLIII, str. 434), oraz VON DER MÜHLL'A i JACQUET'A (Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte, z. 15, 1891 r.) stwierdziły na niektórych sfygmogramach, że odstęp czasu tR' (porów. rys. 73 grupy IX) zmniejsza się *caeteris paribus* przy zwiększonym ciśnieniu tętniczym; porów. też D. Archiv für klin. Medicin, t. 45, z. 4 i 5, 1892.

Pomiary kardyjogramów i sfygmogramów współczesnych, obliczone w milimetrach (18 mm. = 1 sekundzie), rys. 73 grupy IX.

Nr. kl.	gg'	aa'	df	af	Odstępy pomiędzy d kardyjogramów i R' sfygmogram.	$R's'$	da'	af	sR'
4	14,8	14,0	2,3	6,5	4,5 mm.	8,4	10,0	6,5	6,0
5	13,5	15,3	2,2	6,1	3,5	9,3	11,5	6,1	5,8
6	15,7	16,3	2,5	7,0	4,5	10,4	12,0	7,0	6,1
7	16,4	16,3	1,7	6,3	4,3	10,0	11,8	6,3	6,0
8	16,4	16,2	1,7	6,0	4,1	10,6	12,0	6,0	5,7
9	16,0	15,1	2,0	6,4	5,8	8,0	10,8	6,4	7,5
10	15,0	15,5	2,5	6,5	4,9	9,3	11,5	6,5	5,8
11	16,0	15,7	2,0	6,3	—	—	—	—	—

Obliczenia powyższe rys. 73 dowodzą, wbrew wnioskowi dra MAXIMOWITSCH'A, że: 1) rewolucjom (gg') i falom (aa') najdłuższym, np. Nr. 7 i 8, odpowiadać mogą nieraz *minima* odstępów df i af ; 2) punkt R' sfygmogramów nie jest synchroniczny z punktem d kardyjogramów i pada znacznie dalej po za punktem d (często nawet za punktem g kardyjogramów współczesnych); 3) odstępy $R's'$ i da' nie są bynajmniej równymi i różnią się czasem o 2,8 mm., t. j. o $\frac{2,8}{18,0} = 15,5$ setnych sekundy; 4) nie ma tak samo równości pomiędzy odstępami af i sR' , a różnice wynosiły do 5 setnych sekundy.

Dr. MAXIMOWITSCH objaśnia sposobem następującym przyczynę, dla której odstęp df kardyjogramów (odstęp de — według jego oznaczenia) ma niby(?) być względnie największym w czasie w dech a-

nia najgłębszego, t. j. przy najdłuższych rewolucjach serca; w czasie wdechania „krew żylna jest silnie wsysaną do przedsionka (prawego), a równocześnie skurcz przedsionków i komórek jest względnie słabszym; ztąd wynika, iż prawe serce i mały krwiobieg są przepełnione, przyczem odpływ krwi z lewego przedsionka i komórki jest zmniejszony. Zatem znaczny opór (zwiększone ciśnienie krwi) w małym krwiobiegu, opóźnia zamknięcie zastawek tętnicy płucnej (punkt *f* LANDOIS'A), względnie do chwili zamknięcia zastawek aorty (punkt *d* kardyjogramów).”

Założenia teorii powyższej nie wytrzymują krytyki raz dlatego, że punkty *d* i *f* kardyjogramów nie posiadają znaczenia fizjologicznego, nadanego im przez LANDOIS'A, albowiem nie słyszeliśmy nigdy z dwójnego tonu drugiego (serca) u kilkunastu chorych, których badaliśmy stetoskopem, a to pomimo, iż odstęp *df* przekraczał nieraz 14 setnych sekundy i o zlanie się słuchowem, domniemyanych owych dwóch tonów, mowy być nie mogło. Gdybyśmy jednak nawet przypuścili zasadność teorii LANDOIS'A i dra v. MAXIMOWITSCH'A, to otwarcie zastawek t. płucnej mogłoby być opóźnionem względnie do zastawek aorty, z powodu zwiększonego ciśnienia w małym krwiobiegu w czasie wdechania, ale zato chwila zamknięcia *a. pulmonalis* (synchroniczna z punktem *f*) nastąpiłaby o tyle wcześniej aniżeli normalnie i dla tej samej logicznej przyczyny.

Zresztą rozumowania teoretyczne są w tym razie niewłaściwe, skoro w najdłuższych rewolucjach serca długość odstepu *df* nie zawsze jest największą.

*

*

*

Zamykając na tem główne wywody wspólnej naszej pracy, wskazujemy tylko jeszcze na kilka innych kwestyj wątpliwych, wymagających racjonalniejszego rozwiązania, np. na przyczynę fizjologiczną „ictus cor-

dis"¹⁾, na teorię „wzgórka zwrotnego” i wzgórków sfygmogramów, na zastosowanie sztucznego oddechania do leczenia chorób serca i t. p.

Zdaniem naszym, dawne te tematy, którym znakomici uczeni poświęcili niegdyś już tyle czasu, powinny być obecnie opracowane na nowo i przystosowane do odmiennych poglądów nauki.

¹⁾ Porów. odczyt dra K. SCHMID'A „Ueber Herzstoss und Pulscurven,” Wiener Med. Wochenschrift, Nr. 15, 16 i 17, 1892 r.

Wyrosłe adenoidalne w jamie nosogardzielowej.

podał

Z. Dmochowski.

(Praca nagrodzona przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie
na konkursie im. Koczorowskiego).

(Dokończenie).

E t y j o l o g i j a.

Przełóżając literaturę, dotyczącą etjologii przerostu gruczołu ŁUSCHKI, spotykamy się prawie z jednogłośnym twierdzeniem, że jest ona dziś ciemną, i dlatego też każdy autor podaje swoje spostrzeżenia i odnośne uwagi, wyprowadzając ztąd mniej lub więcej udane wnioski. Zapatrywania niektórych są do krańcowości entuzyjastyczne, przyczyn przerostu dopatrują się oni we wszystkim: w mowie, śpiewie, paleniu tytoniu i t. d.; bardziej ostrożnie całą winę składają na stałe podrażnienia pod postacią np. katarów lub na rozmaite deformacje nosa i jamy nosogardzielowej, inni zaś idą jeszcze dalej i przyczyny widzą w dziedziczności, w zółkach, w syfilisie, w przebytych dawniej infekcyjnych chorobach. Ostatnich jest ilość najmniejsza i wogóle kwestyja usposobienia jest traktowaną jako czynnik *caeteris paribus*. Większość więc na wegetacje zapatruje się jako na sprawę miejscową, nie wynikającą z ogólnego stanu organizmu i, co za tem idzie, poszukuje przyczyn miejscowych, wywierających jakoby pewien ujemny wpływ na daną okolicę.

tylko tabl. 10 znajdujemy większą ilość vegetacji u mężczyzn, niż u kobiet. Ponieważ autor nie podaje ogólnej ilości zgłaszających się do niego mężczyzn i kobiet, dane więc te pod tym względem nic nie mówią.

5) Z pomiędzy cierpień, notowanych obok adenoidalnych vegetacji, najczęściej spotykamy przerost migdałów podniebiennych (tabl. 1, 3 i 5), następnie *pharyngitis granulosa* (tabl. 1, 3 i 5). Wyjątek stanowi tabl. 8, gdzie ilość przypadków *pharyngitidis granulosa* przewyższa ilość przypadków przerostu migdałów. Na danych tych opierać się jednak nie można, gdyż KAFEMAN zanotował stosunek tych cierpień do całej ilości badanych dzieci, a nie do ilości spostrzeganych vegetacji. Za *pharyngitis granulosa* idzie *rhinitis hypertrophica* i nareszcie *pharyngitis sicca*.

6) Ilość zgłaszających się z vegetacjami chorych w rozmaitych miesiącach jest mniej więcej równą, zmiany więc temperatury mały wywierają wpływ na pogorszenie stanu chorych, dotkniętych tym cierpieniem (tablica 7).

7) Cierpienia uszów przy vegetacjach zdarzają się przeszło u 70%, (obserwacje KILIAN'A i MEYER'A).

8) Przeszło u połowy (55%) dzieci głuchoniemych znajdowano znaczny przerost gruczołów jamy nosogardzielowej, (obserwacje PEISSAN'A i WRÓBLEWSKIEGO).

S y m p t o m a t o l o g i a .

Pomimo iż rozpoznanie adenoidalnych vegetacji jest rzeczą bardzo łatwą, gdyż dają one niektóre charakterystyczne objawy, niepozwalające się omylić, symptomatologia tego cierpienia jest jednak obszerną i często niejasną. Wiele objawów, wskazujących czy to na ogólny stan organizmu, czy też na jakieś poważniejsze konstytucyjne zaburzenia, bywają objaśniane vegetacjami; na karb vegetacji składamy wiele objawów, których przyczyn i pochodzenia zupełnie nie rozumiemy

i jedynie, zawdzięczając kilkakrotnie spostrzeganemu współczesnemu ich istnieniu, całe złe widzimy w wegetacjach; wegetacje mają dziś mieć tak wielki wpływ na organizm dziecięcy, że są w stanie wywołać nawet deformacje kości, zaburzenia w sferze płciowej i umysłowej.

Nie wiem czem podobne krańcowe poglądy wyjaśnić, —zapałem do nowej przyczyny zła, czy też trudnością objaśnienia rozmaitych innych postaci chorobowych. Lecz czyż nie lepiej powiedzieć sobie z góry: nie wiem od czego podobne zaburzenie zależy, niż z całym spokojem zważyć go na karb wegetacji i twierdzić, że zależy ono od nich, gdyż przy nich bywa czasem spostrzegane. Podobne traktowanie rzeczy nie tylko nie przyspieszy wyjaśnienia pewnych faktów, lecz przeciwnie—wstrzyma je. Pomijam tu lekarzy i pacjentów, których nadzieje zawiedzionymi zostały, a praca i cierpienia pozostały bez rezultatu.

Nie zastanawiając się w danej chwili czy pewna grupa zaburzeń może zależeć od wegetacji, czy też nie, jedynie na podstawie notowanych i spostrzeganych obserwacji wszystkie objawy można podzielić na następujących kilka grup.

I. Zaburzenia w ogólnym stanie organizmu.

II. Zaburzenia zależne od niefizjologicznego oddychania.

1) Zmiany w wyrazie twarzy.

2) Zmiany w kościach twarzy i czaszki.

3) Zmiany w budowie zębów.

4) Zmiany w budowie klatki piersiowej.

5) Zmiany w budowie wnętrza nosa.

6) Zmiany spostrzegane na błonie śluzowej gardzieli.

8) Zmiany spostrzegane w krtani i płucach.

III. Zaburzenia w mowie.

IV. Zaburzenia w węchu, smaku i słuchu.

V. Zaburzenia w systemie nerwowym.

1) *Asthma*,

2) *Aprosexia*,

3) *Enuresis nocturna*,

4) *Tussis convulsiva*.

Zastrzegam sobie, że jest to jedynie ugrupowanie symptomów, notowanych w rozmaitych pracach, a wcale nie klasyfikacja objawów, którą chciałbym podawać. Przy rozbiorze odnośnych pytań w wielu miejscach będę się starał dowieść, że żadnego związku pomiędzy niektórymi zaburzeniami a wegetacjami dopatrzeć się nie można i że wegetacje byłbym bardziej skłonny uważać za jeden z objawów jakiegoś ogólnego konstytucyjonalnego zaburzenia, lecz nie za główną, a bodaj jedyną jego przyczynę.

Zaburzenia w ogólnym stanie organizmu, notowane przez rozmaitych autorów u chorych cierpiących na wegetacje, są następujące:

„Podobne dzieci, mówi BALME, są blade, chude, mają wielką skłonność do rozmaitych cierpień gruczołów limfatycznych, mięśnie mają słabo rozwinięte, figurę niezgrabną, wagę niższą od normalnej, pod względem płciowym dojrzewają późno; u dziewcząt piersi są małe i źle rozwinięte, peryjody opóźnione, odstępy między nimi wielkie. Osobniki te łatwo podlegają najrozmaitszym cierpieniom i organizm ich jest bardzo mało odpornym. Najmniejsze zaziębienie, najmniejsza niedyspozycja żołądkowa wywołuje u nich zaburzenia mocno odbijające się na ogólnym stanie. Męczą się łatwo i najmniejszy wysiłek fizyczny wywołuje obfite poty.” Wszystkie te objawy są uważane przez BALME'A za następstwo wegetacji i myśl ta jest powtórzoną przez wielu autorów.

Prócz jednego BALME'A, nikt nie starał się jednak dowieść zależności wszystkich tych objawów od wegetacji i nawet BALME tłumaczy jedynie słaby rozwój mięśni, łatwe pocenie się i brak sił. Przyczyną tego osłabienia ma być zatkanie nosa. Dzieci te, mówi on, przy chodzeniu, bieganiu i gimnastyce, będąc zmuszone oddychać ustami, dostają duszności, wskutek czego nadal wszelkich zmęczeń unikają, co wpływa na słaby rozwój mięśni i brak sił fizycznych.

Nie ulega wątpliwości, że tlómaczenie to jest do pewnego stopnia słusznem, lecz niezupełnie przekonywającym, gdyż duszność względnie rzadko spostrzegamy przy wegetacjach, a pomimo to mięśnie są słabo rozwinięte. A dalej słaba odporność organizmu, późna dojrzalność płciowa, waga niższa od normy, czyż także od wegetacyj zależeć będą?

Typ osobnika przez BALME'A skreślony widzujemy prawie codziennie, gdyż dzieci takie bardzo często podlegają rozmaitym cierpieniom i są przez lekarzy obserwowane. Są to organizmy słabe, nierozwinięte, jakby przez naturę skazane na nędzny żywot. Badając starannie podobne osobniki i obserwując je przez czas dłuższy, wykryjemy tam wiele cierpień konstytucjonalnych, podkopujących i rujnujących cały organizm, wegetacje jednak niezawsze znajdziemy. Zresztą każdemu, zajmującemu się badaniem jamy nosogardzielowej, wielokrotnie zdarzało się widzieć to cierpienie u dzieci tłustych i chęststwo wyglądających. Nawet gdybyśmy przypuścili, że wegetacje są zawsze wrodzone i że dzieci rodzą się z zupełnie rozwiniętym cierpieniem, to nawet wtedy wątplię, czy mogłoby ono doprowadzić do podobnego charłactwa, gdyż organizm do wielu rzeczy przywyknąć może i zatkanie nosa bez innych szkodliwych czynników nie wstrzyma go w swym rozwoju.

W zeszłym roku w lecie, do ambulatoryjum dra SOKOŁOWSKIEGO, zgłosiła się sześciolatnia dziewczynka, której przed czterema laty siostra wypadkiem oblała twarz naftą i zapaliła. Była ona pozbawioną oka, miała jedną wielką bliznę na prawym policzku, przechodzącą na obie wargi i nos. Wskutek ściągania się blizn jeden otwór nosa został zupełnie zarośnięty, drugi zaś był wielkości łebka od szpilki. Zatem dziecko to od drugiego roku życia oddychało ustami, a jednak żadnych poważniejszych zmian czy to w ogólnym stanie, czy też w budowie kości twarzy i klatki piersiowej zauważyć nie mogliśmy. Matka opowiadała, że dziewczynka jest zawsze w dobrym humorze, że biega i bawi się doskonale, i że

zawsze jest zdrową, przyszła zaś z prośbą, aby jej poprawić nos, gdyż wygląda z tem brzydko.

Nie ulega wątpliwości, dzieci, u których wykrywamy wegetacje, często są bardzo słabo rozwinięte i nędzne, lecz sądzę, że charłactwo zależy od zupełnie innych przyczyn, że wegetacje są jednym z wielu chorobowych objawów, spotykanych u podobnych osobników, a nie wszechwładną przyczyną.

Co się tyczy zaburzeń miejscowych, to wegetacje dają niektóre charakterystyczne objawy, lecz dopiero po dojściu do pewnego stopnia swego rozwoju.

LOEVENBERG zwraca uwagę na niektóre objawy, dające się spostrzegać w początkowych stadyjach rozwoju tego cierpienia. Jednym z najważniejszych ma być, stale towarzyszący wegetacjom, katar jamy nosogardzielowej. „Jeżeli choremu, mówi on, każemy otworzyć usta, to zobaczymy kawałek gęstego śluzu, często zabarwionego krwią, wypływający z jamy nosogardzielowej i spływający po tylnej ścianie gardzieli.”

Że katar jamy nosogardzielowej często widzujemy przy stosunkowo niewielkim przeroście gruczołu LUSCHKI, nie ulega najmniejszej wątpliwości, gdyż, jak mówiliśmy wyżej, na gruncie skrofalicznym może on być jedną z ważniejszych wywołujących przyczyn. Lecz nie zgodziłbym się ze zdaniem autora, jakoby katar ten miał stale egzystować od początku cierpienia. Wegetacje przecież podlegają tym samym warunkom, jakim podlegają, przypuścimy, przerośnięte migdały lub granulacje na tylnej ścianie gardzieli, a jednak w tych miejscach nie widzimy stałego kataru. Prawda, podlegają one mu częściej, niż w stanie normalnym, prawdopodobnie więc i jama nosogardzielowa, w której znajdują się rozrosty, częściej podlegać będzie kataralnym zapaleniom, niż wysłana normalną błoną śluzową. Pomimo to jednak obecność kataru jamy nosogardzielowej nie będzie przemawiała za wegetacjami, a może jedynie zwrócić uwagę badającego na daną okolicę; również nieobecność tego objawu nie wyklucza wegetacji.

LOEVENBERG kładzie szczególny nacisk na ten objaw, ponieważ, jak utrzymuje, chciałby zaszcześcić w umysłach słuchaczy to przekonanie, że początek rozrostu nie zależy od jakichś przyczyn ogólnej natury, a jedynie miejscowej. Chce on w ten sposób uniknąć ogólnego leczenia i skłonić czytelników do zabiegu chirurgicznego.

Dlaczego za przyjęciem przyczyn ogólnej natury ma iść ogólne leczenie — nie wiem. Dla operatora jest rzeczą zupełnie obojętną, jakiej natury są przyczyny doprowadzające do rozrostu, widzi on przerost, wywołujący pewne zaburzenia, wie, że operacja jest tu wskazaną, a zatem operuje. Stosowanie zaś chirurgicznych rękoczynów przy wykrytym katarze jamy nosogardzielowej, wychodząc z zasady, że jest on objawem poczynających się vegetacji, niezupełnie mi się wydaje uzasadnionem. Wielkie pytanie, czy ten katar nie przeszedłby przy innem leczeniu i czy vegetacje rozwinęłyby się tak mocno, aby mogły wywołać zaburzenia uciążliwe dla chorego. Że katar po operacji ustanie, nic w tem dziwnego, ponieważ powijmujemy części błony śluzowej, porobimy blizny, a zatem i wydzielinę zmniejszymy, lecz nie jest to przecież jedyny sposób leczenia.

Jednem słowem wątpię bardzo, czy można wskazać na jakieś objawy, charakteryzujące niewątpliwie vegetacje w początkach swego rozwoju. U danego osobnika mogą występować jakieś indywidualne objawy, które będą nam nasuwały myśl o egzystencji vegetacji, lecz w tych razach jedynie zbadanie jamy nosogardzielowej może nam dać jakieś pewniejsze dane.

Jeżeli vegetacje dochodzą do znaczniejszych rozmiarów, to przedewszystkiem, wypełniając jamę nosogardzielową, mechanicznie utrudniają lub uniemożliwiają oddychanie nosem i zmuszają pacjentów do niefizjologicznego oddychania ustami. Jest to jeden z bardzo niewielu objawów, zależnych niewątpliwie od vegetacji. Jako następstwo tego zatkania występuje cały szereg objawów wtórnych, t. j. zależnych od oddychania ustami — a zatem znów nie od vegetacji. Te same objawy otrzymamy przy wszelkiego rodzaju zatkaniami nosa i jamy

nosogardzielowej. Nie zasługują one jednak na zupełne wykreślenie z symptomatologii wegetacji, ze względu na wiek pacjentów. Wiemy o tem, że wegetacje zdarzają się przeważnie u dzieci, a u dzieci mało znamy innych przyczyn, któreby mogły wywołać stałą przeszkodę w oddychaniu nosem.

Polipy w nosie i jamie nosogardzielowej spotykamy rzadko, nowotworów prawie nigdy nie widzimy, oprócz więc przejściowych katarów nosa, jedynie wegetacje mogą zmusić do oddychania ustami i co za tem idzie wywołać wszystkie od niego zależne objawy.

Zawdzięczając doświadczalnym badaniom PAULSEN'A ¹⁾, MECKENZIE'go ²⁾, ASCHENBRANDT'A ³⁾, KEYSER'A ⁴⁾, ROSSBACH'A ⁵⁾, RUAULT'A ⁶⁾ i BLOCH'A ⁷⁾ wiemy, że powietrze po przejściu przez nos znacznie różni się od wdychanego ustami. Przedewszystkiem przez zetknięcie z powierzchnią wilgotną i lepłą znacznie się oczyszcza. To oczyszczanie się ułatwiają rozmaite wygięcia, jakie widzimy na wewnętrznych ścianach nosa. Następnie ogrzewa się ono i nabiera wilgoci, co zmniejsza wysychanie błon śluzowych dróg oddechowych, które, być może, nie posiadają tak wielkiej ilości gruczołów śluzowych, aby je od wysychania uchronić mogły.

Lecz rzadko zgłaszają się do lekarza chorzy, którzyby mieli nos zupełnie zatkany. W praktyce najczę-

¹⁾ PAULSEN. Experimentelle Untersuchungen über die Strömung der Luft in den Nasenhöhlen. Sitzung. der Akad. der Wissenschaft. Wien, 1882.

²⁾ MECKENZIE. Krankheiten des Halses und der Nase. Bd. 2, str. 515.

³⁾ ASCHENBRANDT. Die Bedeutung der Nase für die Athmung. Würzburg, 1886.

⁴⁾ KEYSER. Die Bedeutung der Nase für die Respiration. Pfügers Archiv für Physiologie, Bd. 41, 1887.

⁵⁾ ROSSBACH. Ueber die Schleimbildung an den Luftwegen. Festschrift der Würzburger Uniwers., 1882.

⁶⁾ RUAULT. Leçons inédites sur le maladie du nez, 1887.

⁷⁾ BLOCH. Die Pathologie und Therapie der Mundathmung. Wiesbaden, 1889.

ściej spotykamy dzieci, u których oddychanie nosem jest tylko utrudnionem.

Nie jest to objaw na który wskazywaliby sami pacjenci, rodzice również prawie nigdy nie mówią o utrudnionem oddychaniu, chyba w przypadkach daleko posuniętych mówią o sapaniu, zwykle wskazują na otwarte usta, i o chrapaniu w nocy. Bo też u dzieci, szczególnie w dzień, objawy tego utrudnionego oddychania są zwykle bardzo małe. Dzieci mają usta nieco otwarte, lecz jeżeli tylko niema mocnego przerostu migdałów podniebiennych, brak ten wdechanego przez nos powietrza doskonale kompensuje się ustami. Jeżeli dzieci takie nie mogą dużo biegać, wchodzić prędko na schody, gimnastykować się, gdyż dostają duszności, to niekoniecznie objaw ten musi zależeć od wegetacyj, a pręcej od wrodzonej wązkości gardzieli, krtani i klatki piersiowej, która tak często daje się spostrzegać obok wegetacyj.

Objawy utrudnionego oddychania nosem występują wyraźnie dopiero w nocy. We śnie miękie podniebienie wolnym swym brzegiem dotyka do podstawy języka; jeżeli dodamy do tego często przerosłe migdały, to otrzymujemy znaczne zwężenie, przez które potrzebna do oddychania ilość powietrza przechodzi z trudnością. Wtedy dziecko zaczyna chrapać, wskutek drgania wolnego brzegu miękiego podniebienia. U bardzo małych dzieci, które mają wegetacje i przerosłe migdały, dochodzi czasem do zupełnego przerwania oddechu, lecz niezawsze budzą się one przytem. BALME mówi, że widział przypadki, w których dziecko we śnie zupełnie przestawało oddychać, siniało i pokrywało się zimnym potem. Robi przytem uwagę, że w takich razach wystraszone matki lub niańki otwierają okno i dziecko często zaziębiają.

Dzieci starsze przy takim zwężeniu również nie budzą się, lecz ogarnia je niepokój, rzucają się na łóżku, mówią przez sen i dopiero uspakajają się, ułożywszy się w ten sposób, że przestrzeń między językiem i miękim podniebieniem jest większą. Niepokój ten niektórzy (ZIEM.) tłómaczą sobie, zatruciem kwasem węglowym. Zdarza się jednak czasem,

że dzieci zrywają się wystraszone, pokryte potem i uspokajają się dopiero po kilku głębszych wdechach.

Takie zupełne przerwanie oddechu tłumaczymy sobie zapadaniem języka i, wskutek tego, całkowitem przerwaniem oddechu. Objawy te są jeszcze wyraźniejszymi, jeżeli zatkanie nosa będzie zupełnem.

Bez wyjątku wszyscy, a szczególnie CHATELIER, SCHOLZ, BALME i LOEVENBERG zwracają uwagę na wyraz twarzy dzieci, które oddawna mają nos zatkany. Twarz podobnego dziecka jest jakby śpiącą, pozbawioną wszelkiej energii, spojrzenie mętne, często prawie idyiotyczne. Stale otwarte usta i zwykle wypukłe gałki oczu jeszcze bardziej zwiększają to wrażenie. Ten brak wyrazu w rysach pacjentów autorzy ci tłumaczą niedostatecznym rozwojem mięśni mimicznych, ku czemu przyczyniają się ciągle otwarte usta. SCHOLZ utrzymuje, że przy ciągle otwartych ustach *m. orbicularis oris* jest jakby w stałym uśpieniu i czasami podlega zanikowi, a wskutek tego wszystkie mięśnie mimiczne tracą swój punkt oparcia.

Tłumaczenie to niezupełnie wydaje mi się uzasadnionem. Przedewszystkiem niewszystkie mięśnie mimiczne łączą się z *m. orbicularis oris*, a zatem gdyby nawet możliwym był zanik tego mięśnia, to niewszystkie stracą swój punkt oparcia. Następnie niema żadnej dobrej racji, dla którejby przy otwartych ustach mięsień ten miał być w ciągłym uśpieniu. Jeżeli mamy usta zamknięte, to przecież mięsień ten nie jest w ciągłym skurczu. Jest dlań rzeczą zupełnie obojętną, czy usta są zamknięte, czy też otwarte, będzie on zawsze w spokoju, jeżeli tylko wargami nie wykonywamy żadnych ruchów. Mięsień ten działa przy jedzeniu, przy mowie, a przecież dzieci z zatkany nos i mówią i jedzą.

Faktem jednak jest, że dzieci z zatkany nos często mają opisany wyraz twarzy. O ile może on zależeć od wegetacji lub zatkania nosa—przesądzać nie chcę, lecz pomimo woli nasuwa się myśl, czy podobny brak ożywienia w rysach twarzy nie jest wyrazem słabej intelektualnej czynności danego osobnika. Typ tu przed-

stawiony jest właściwy dzieciom słabowitym, nędznym, często upośledzonym umysłowo, apatycznym, nie więc dziwnego, że ten ogólny stan odbija się i na rysach twarzy.

Dalej przy długotrwałem zatkaniu nosa i ciągłym oddechaniu ustami mają się zjawiać pewne zmiany w kościach twarzy, czaszki i klatki piersiowej. Rzeczywiście zdarza się czasem, że u dzieci tych spotykamy nieco skróconą górną wargę tak, że zęby górne są stale odkryte; ma to zależeć od ciągłego unoszenia wargi przez chorego w celu powiększenia otworu ust. Widzimy również, że fałdy pomiędzy nosem, policzkami i wargą zupełnie zanikają. Zaznaczają wszyscy wielką objętość i wydłużenie szczęki dolnej; różnica ta ma być uderzającą wskutek jakoby zatrzymanego rozwoju szczęki górnej. Nos bywa mały, spłaszczony, nieco zadarty, skrzydła nosowe jakby wklęsnięte, co ma wpływać na zmniejszenie otworów nosa. Objętość dwóch połów nosa bywa nierówną, prawie stale są spostrzegane zboczenia przegrody nosowej. Jama nosogardzielowa bywa małą, spłaszczoną od przodu ku tyłowi tak, że trudno wprowadzać palec. Miękie podniebienie bywa czasem niesymetrycznym i mocno zbliżonym do tylnej ściany gardzieli. Twarde podniebienie jest mocno wypukłone, w poprzecznym wymiarze zmniejszone, w podłużnym zaś powiększone; największa jego wypukłość, zamiast być na środku, bywa przesuniętą ku przodowi. Zęby są osadzone krzywo, zachodzą jeden na drugi i wolnym swym brzegiem wysuwają się ku przodowi. Zęby takie najczęściej widzimy w szczęce górnej, lecz bywają również w dolnej, podlegają one łatwo zepsuciu, co ma zależeć od zimnego i suchego powietrza, wpadającego do ust. Dalej objętość gardzieli i krtani jest zwykle mniejszą; BALME szczególnie opisuje krtani, zaznaczając, że objętość jej znacznie różni się od objętości krtani u dzieci zdrowych. Zmiany te sięgają jeszcze dalej, gdyż i budowa klatki piersiowej ma się zmieniać pod wpływem wegetacji.

Klatka piersiowa nie tylko ma się zmniejszać w swej objętości, lecz nawet jej kształt podlega poważnym zmia-

nom. Notowanem jest przede wszystkim zmniejszenie przednio-tylnego wymiaru, chociaż przez tych samych autorów były obserwowane tak zwane ptasie klatki piersiowe, dalej zgrubienia końców chrząstek żebrowych i mocno wystające kąty, łączące chrząstki z żebrami.

Nie będę zastanawiał się tu nad rozbiorem wszystkich teoryj i hipotez, na podstawie których starano się wytłomaczyć zależność tych zmian od wegetacyj. Zaznaczyć tylko muszę, że opis wszystkich tych zwyrodnień spotykamy w wielu pracach, niemających żadnego związku z wegetacyjami. Dodajmy do tego opisu deformacje czaszki, niedorozwój kręgosłupa, pewne zmiany w kościach kończyn, a będziemy mieli typowy obraz, opisywany w każdym podręczniku chorób umysłowych przy zastanawianiu się nad uspesobieniem do pewnych psychoz, w każdym podręczniku chorób piersiowych, przy opisie budowy szkieletu suchotników, nareszcie przy każdym opisie krzywicowych. Autorowie pracujący nad wegetacyjami adenoidalnymi nie zwracają uwagi na budowę czaszki, kręgosłupa, kończyn, bo to nie należy do dróg oddechowych, lecz do innej specjalności, a jednak obserwacje, przeprowadzone w tym kierunku, byłyby niezmiernie interesujące. Zmiany wykrywane, przypuścimy, w kręgosłupie nawet przy najzręczniejszej hipotezie w związku z wegetacyjami postawiłby się nie dały i może wstrzymałyby od podobnych krańcowości. Zresztą nawet w opisach deformacyj dróg oddechowych już spotykamy zupełnie niewytłomaczone i nie dające się wyjaśnić fakty. Jak np. mamy sobie tłumaczyć obecnością wegetacyj zmniejszenie objętości jamy nosogardzielowej. Jeżeli jest jakieś ciało wypełniające jamę nosogardzielową, to obecnością swą może ono jedynie wpłynąć na jej powiększenie się, a nigdy na zmniejszenie. Przypuścimy dalej, że objętość klatki piersiowej i jej spłaszczenie zależy od wegetacyj, lecz jak mamy sobie tłumaczyć ptasi kształt, zgrubienie końców żeber i t. d.

Z podobnym entuzjazmem w tej kwestyi już nieraz spotykaliśmy się. Też same zwyrodnienia kości twarzy i klatki piersiowej były opisane przez Dupuy-

TREN'A¹⁾ CAULSON'A²⁾, WAREN'A³⁾, SCHAW'A⁴⁾, ROBERT'A⁵⁾ i były stawiane w bezpośrednim związku z przerostem migdałów gardzielowych. Dziś temu już nikt nie wierzy. Prawdopodobnie taki sam los spotka adenoidalne wegetacje, tembardziej, że, jak każdy się zgodzi, obserwujemy je wielokrotnie bez współczesnego istnienia wszystkich tych zwyrodnień.

Jeżeli trudno przypuścić, aby utrudnione, a nawet zatrzymane oddechanie nosem mogło wywierać tak wielki wpływ na cały organizm, niewątpliwie jednak odbije się ono na błonie śluzowej gardzieli i nosa; chociaż zdaje mi się nie w tak wielkim stopniu, jak to niektórzy utrzymują.

Ścisłe określić na czem polega szkodliwość suchego i zimnego powietrza, wdechanego przez usta, jest rzeczą dość trudną, gdyż tak w gardzieli jak i w nosie, obok wegetacyj, prawie stale widzimy najrozmaitsze sprawy, być może od nich niezależne, a które mają także właściwe sobie objawy.

W gardzieli obok wegetacyj często spotykamy się z tak zwaną *pharyngitis sicca* i *pharyngitis granulosa*. Obydwie te sprawy, a szczególnie pierwsza, mają powstawać pod wpływem niefizjologicznego oddechania ustami.

Wszelkie dane przemawiają za tem, że jako bezpośrednie następstwa oddechania ustami powinniśmy stale widywać suchość błony śluzowej, t. j. tak zw. *pharyngitidem siccam*. Tymczasem w praktyce komplikację tę spotykamy nie tak często. Jedno więc z dwojga, albo wysychanie nie jest tak wielkiem i ogranicza się jedynie na przyschnięciu w nocy niewielkiej ilości śluzu, co u wszystkich zdarzyć się może, albo też egzystują jakieś inne czynniki,

¹⁾ DUPUYTREN. Memoire sur la depression latérale de la poitrine. Paris, 1834.

²⁾ CAULSON. Cytowany przez ROBERT'A.

³⁾ WAREN. Journal of med. sc. 1839.

⁴⁾ SCHAW. Medical Gazette, 1841.

⁵⁾ ROBERT. Memoire sur le gonfl. chron. des amyg. chez les enf. Bulletin général de therap., 1843.

które przeciwdziałają wpływom suchego i zimnego powietrza. Zdaje się, że ma tu miejsce i jedno i drugie. Przy utrudnionem oddechaniu nosem chory tylko sobie pomaga oddychając ustami, a zatem niecała ilość powietrza jest zimną i suchą, dalej jest on w stanie zamknąć usta na dłuższy czas i przełknąć kilkakrotnie ślinę, co bezwątpienia chroni od wyschnięcia. Przy zupełnem zaś zatkaniu nosa ważną rolę ochronną będzie grała sama sprawa patologiczna, która powinna stanowić główną przyczynę, t. j. *wegetacje*.

Wiemy, że przy *wegetacjach* częstymi są rozmaite kataraty jamy nosogardzielowej. W dziale anatomii patologicznej opisałem podobny katar i podałem odnośny rysunek. Wiemy ztamtąd, że przy podobnych katarach wydzielanie śluzu jest bardzo wielkiem; śluz ten spływa do gardzieli i poczęści chroni tylną ścianę od suchości. Dalej obok *wegetacji* prawie stale widzujemy *granulacje* w gardzieli, tak zw. *pharyngitidem granulosa*. *Granulacje* te są bądź co bądź sprawą zapalną rozrostową, prawdopodobnie więc pobudzają one do pewnego stopnia działalność gruczołów śluzowych gardzieli i znów swą obecnością przyczyniają się do nowego odwilżania. Nareszcie, abyśmy mogli otrzymać typowy obraz *pharyngitidis siccae* potrzebnym jest zanik gruczołów śluzowych, co u dzieci nie bywa prawie nigdy obserwowane.

Jeżeli więc spotykamy w gardzieli obok *wegetacji pharyngitidem siccam*, co zresztą dość rzadko się zdarza, to nie wiem czy możemy stawiać go w bezpośrednim związku z suchem i zimnem powietrzem, wdechanem przez usta, zdaje mi się, że prędzej jest to sprawa zupełnie niezależna i mająca swą anatomiczną, a nie fizyologiczną przyczynę.

Pharyngitis zaś *granulosa*, rzeczywiście bardzo często spostrzegana obok *wegetacji*, od oddechania ustami zupełnie zależeć nie może. Jest to także sama sprawa w gardzieli, jaką *wegetacje* są w jamie nosogardzielowej. Czy więc *wegetacje* mogą tak dalece ujemnie wpływać na błonę śluzową gardzieli, wydaje mi się bardzo wątpliwem.

Co się tyczy zmian, notowanych na błonie śluzowej nosa przy vegetacyjach, to spotykamy dwa ich główne rodzaje. STOERK ¹⁾ mówi, że jeżeli powietrze przez nos zupełnie nie przechodzi, to błona SCHNEIDER'A traci swą normalną budowę, jej gruczoły śluzowe podlegają koloidalnemu zwyrodnieniu, zkąd też błona śluzowa nosa jest suchą, muszle małe i blade. W praktyce jednak w większości przypadków spotykamy obok vegetacyj chroniczny katar nosa, znacznie wzmożoną wydzielinę, zaczerwienioną i zgrubiałą błonę śluzową, często mocno przerosłe muszle. Przerost ten TRAUTMANN tłumaczy chronicznem przekrwieniem wskutek ucisku vegetacyj na spłoty żył, umieszczonych w jamie nosogardzielowej. Trudno przeczyć tej teorii, lecz w takim razie jak zdanie to pogodzić ze zdaniem STOERK'A. Jeżeli, jak mówi TRAUTMANN, przerost muszli zależy od ucisku vegetacyj na żyły, to przy zupełnem zatkaniu nosa ucisk ten będzie jeszcze większym i co za tem idzie większym powinien być przerost muszli. Tymczasem STOERK utrzymuje, że przy zupełnem zatkaniu nosa obserwujemy zanik, bladeść i suchość muszli. Bardziej przekonywajacem jest zapatrywanie się KILIAN'A ²⁾, który najczęściej widywał przerost muszli i tłumaczy go przekrwieniem, wywołanem podrażnieniem błony śluzowej przez chroniczne katary.

Niektórzy dopatrują się związku pomiędzy chronicznymi zapaleniami oskrzeli a vegetacyjami, tłumacząc tę zależność podrażnieniem płuc przez zimne i suche powietrze, wdechane przez usta. Dotychczas nie mamy żadnych danych, wskazujących na skład powietrza po przejściu przez krtań, tchawicę i grubsze oskrzela, tłumaczenie więc to jest conajmniej przedwczesnem. Prawdopodobnie wpływ vegetacyj na te chroniczne zapalenia będzie taki sam, jakim zczasem się okaże na deformacje kości twarzy i klatki piersiowej.

¹⁾ STOERK. Discours prononcé au congrès de Gratz. Archiv d'otologie X, p. 281.

²⁾ KILIAN. Einiges über adenoide Vegetationen. Berlin, 1887.

Prócz opisanych objawów, zależnych od utrudnionego lub przerwane go oddechania nosem, wegetacje wywołują w mowie pacjentów pewne zaburzenia, na których przy rozpoznaniu z wielkiem prawdopodobieństwem oprzeć się możemy i które występują stosunkowo wcześnie.

Kiedy wegetacje są jeszcze tak małe, że nie dają żadnych widocznych zaburzeń w oddechaniu, gdyż brak wdechanego przez nos powietrza doskonale kompensuje się ustami, już wtedy jesteśmy w stanie w mowie dziecka zauważyć pewne zmiany. Są litery, do dobrego wymówienia których niezbędnym jest warunkiem, aby cała jama nosogardzielowa i nos były wolnymi. Są to tak zwane tony dźwięczne, przy których powietrze wychodzi przez nos i wywołuje tam drgania. Drgania te stają się pełnymi dopiero w jamie nosogardzielowej i w nosie jako we wrodzonych rezonaturach.

Przy wypełnieniu czemkolwiek jamy nosogardzielowej i zatkaniu nosa, drgania te stają się niemożliwymi i dlatego też podobni chorzy nie mogą wymawiać np. *m* i *n*. Zamiast *m* wymawiają *b*, zamiast *n*—*d*, jednym słowem dźwięki nosowe zastępują dźwiękami wargowymi. Ponieważ w skład samogłosek *a* i *e* wchodzi dźwięk nosowy *n*, nie mogą go oni również wymawiać i zamiast *a* lub *e* wymawiają *o* lub *e*.

Jak wiemy przy wymawianiu litery *m* miękie podniebienie jest opuszczone, nieco odsunięte ku przodowi i wargi ust szczelnie zamknięte. Wychodzące przez krtań powietrze łatwo dostaje się do jamy nosogardzielowej i nosa. Przy wymawianiu *n* różnica cała polega na tem, że zamiast zamykać jamę ustną wargami, zamykamy ją przyciśnięciem języka do brzegu twardego podniebienia i tylnej powierzchni górnych zębów. Przy wymawianiu litery *b* układ warg, języka, jednym słowem całej jamy ustnej pozostaje takim samym, jakim był przy wymawianiu litery *m*, tylko miękie podniebienie unosi się ku górze i dotyka do tylnej ściany gardzieli, jednym słowem oddziela jamę nosogardzielową i nos od jamy ustnej. Ton *b* słyszymy przy otwarciu warg i przejściu

przez nie powietrza. W obecności wegetacji, chociaż pacjent stara się wymówić *m*, powietrze jednak nie może przejść do nosa, wpada do ust, otwiera wargi i zamiast *m*, dziecko wymawia *b*. To samo dzieje się przy wymawianiu *n*. Powietrze odsuwając język od twardego podniebienia zmusza do wymówienia zamiast *n* - *d*. Dlatego też zamiast „mama,” dziecko wymawia „baba,” zamiast „ból nosa mnie męczy” — „ból dosa bie beczy.”

Prócz złego wymawiania uderza nas głos tych chorych jakby suchy, matowy, niedźwięczny, monotony. Oddzielne sylaby są często wyraźnie akcentowane. Podobną wymowę spotykamy jedynie przy zupełnie zatkałym nosie i MEYER nazwał ją mową martwą — „*totde Sprache.*”

Objasniają ją niektórzy słabym rozwojem gardzieli, utrudnionymi ruchami, wskutek rozwiniętych na niej granulacji, i często przerosłymi migdałami podniebiennymi.

BLOCH w swej „*Patologie der Mundathmung*” bardzo obszernie zastanawia się nad fizjologią powonienia u człowieka. Mówi on, że powonienie jest jednym z naszych ochronnych zmysłów i na dowód przytacza wiele interesujących doświadczeń, przeprowadzonych na ludziach i zwierzętach. Doświadczenia te doprowadzają go do wniosku, że przy mocniejszym podrażnieniu błony śluzowej nosa odruchowo zatrzymujemy oddech, i w ten sposób chronimy płuca od szkodliwych naleciałości.

Dzieci, cierpiące na wegetacje, są bardzo często pozbawione w zupełności lub częściowo tej ochrony. Rzadko skarżą się one na brak powonienia, lecz przy badaniu łatwo wykrywamy to cierpienie. Brak powonienia bywa czasem zupełnym, co zależy od zwyrodnienia błony śluzowej nosa lub też osłabionym, co LOEVENBERG i inni tłumaczą trudnym przedostawaniem się powietrza przez nos. Nie jest to dla mnie zupełnie zrozumiałem, gdyż, jeżeli tylko powietrze przez nos przechodzi, to czy ono przejdzie w mniejszej lub większej ilości, zawsze ilość ta będzie wystarczającą, aby mogła zanieść trochę tego drażniącego ciała. Kto wie czy nie słuszniejszym

byłoby przypuszczenie częściowego zwyrodnienia błony śluzowej, jeżeli już na to zwyrodnienie się zgadzamy.

Bezpośrednio za utratą powonienia idzie często utrata smaku lub przynajmniej znaczne jego osłabienie. Tłomaczą to jedni wysychaniem błony śluzowej języka, inni zaś utratą węchu, co zdaje się jest zupełnie uzasadnionem. Fizyologija uczy nas, że uczucie smaku sprowadza się do czterech tylko rodzajów: gorzkiego, kwaśnego, słodkiego i słonego; przy wszystkich zaś innych oprócz uczucia smaku otrzymujemy jeszcze uczucie zapachu. Dwa te wrażenia dopełniając się wzajemnie dają uczucie smaku przejściowego pomiędzy temi czterema podstawowemi. Jeżeli więc, czy to przez zatkanie jamy nosogardzielowej, czy też przez rzeczywiste zwyrodnienie błony śluzowej nosa, wykluczmy zapach, to pozostanie nam tylko uczucie czterech podstawowych smaków. Odczuwając w ten sposób nic dziwnego, że chory będzie się skarżył na brak lub osłabienie tego zmysłu.

Jednym z najpoważniejszych i najczęstszych cierpień jeżeli niestale, to przynajmniej często towarzyszących wegetacyjom, jest osłabienie lub utrata słuchu. W rozdziale przeznaczonym kilku statystycznym danym zaznaczyłem, że znajduje się je przeszło w 70% ogólnej liczby chorych. To osłabienie słuchu zależy od najczęściej spotykanego kataralnego zapalenia trąbki Eustachiusza lub, co rzadziej, od ropnego zapalenia ucha średniego z przedziurawieniem błony bębenkowej. Wegetacje mogą tu działać w dwojaki sposób (LOEVENBERG): 1) przez podtrzymywanie w jamie nosogardzielowej chronicznego zapalenia, które bezpośrednio przechodzi na trąbki Eustachiusza; 2) mechanicznie zatykając ujście trąbki. W pierwszym przypadku jeżeli zapalenie jest jedynie kataralnem, to po dłuższym przeciągu czasu może doprowadzić do tego samego zejścia, jakie widzimy przy dłuższem zatkaniu trąbki Eustachiusza. Ciśnienie powietrza na błonę bębenkową staje się jednostronnem, następuje wypuklenie błony i co za tem idzie znacznie słabsze jej drgania. Ten musowy spokój ostatecznie doprowadza do skurczenia i zgrubienia błony bęben-

kowej i do zupełnej bezczynności. Za tem idzie nieruchomość kostek słuchowych i ich zrosty, co już wywołuje poważne zaburzenia słuchowe.

Prócz tego wegetacje jak wiemy są doskonałym gruntem, na którym rozwijają się rozmaite złośliwe pasorzyty, które dostawszy się do ucha wywołują czasem zapalenie ropne ucha średniego, a często nawet wyrostka sutkowego. Jeżeli sprawa ta rozwinie się w obu uszach i bardzo wczesnie, to dzieci nie mogąc się nauczyć mówić, stają się głuchoniememi. Badania przeprowadzone w tym kierunku wykazały w 50% obecność adenoidalnych wegetacyj, lecz jak widzimy nie rozwiązuje to kwestyi całkowicie, gdyż mamy jeszcze drugą połowę głuchoniemych, u których wegetacyj nie wykryto.

Pozostaje mi do zanotowania jeszcze jedna grupa objawów, spostrzeganych przy wegetacjach, mianowicie natury czysto nerwowej. Do grupy tej należą bóle głowy, kaszle często spazmatyczne, utrata głosu, ataki dusznicy (*asthma*), aprosexia, t. j. niemożliwość utrzymania uwagi przez dłuższy czas na jednym przedmiocie i nareszcie *enuresis nocturna* (mimowolne oddawanie we śnie uryny). Wytlómaczenie tych wszystkich objawów jest rzeczą niezmiernie trudną. Większość autorów ogranicza się jedynie na ich zanotowaniu nie wdając się w objaśnienia. Ponieważ i ja w pracy swej zwróciłem baczniejszą uwagę na dział anatomiczny, nie wyjdę z poza tego zakresu.

Na bóle głowy zwraca uwagę B. FKENKEL, utrzymuje on, że chorzy obok bólu skarżą się często na uczucie ciężaru w głowie i ucisku na tylną część czaszki. Objaw ten bywa często tak uciążliwym, że wpływa na charakter pacjenta wyrabiając usposobienie hypochondryczne graniczące z melancholiją. Dzieci na objaw ten zwykle się nie uskarżają. Autor utrzymuje, że kilkakrotnie obserwował zupełne ustanie tych dolegliwości po zoperowaniu wegetacyj.

Częste kaszle, opisywane przy wegetacjach, są tro-
 akiego pochodzenia. Jedne z nich zależą od zasychania

śluzu zwykle obficie spływającego przy wegetacjach z jamy nosogardzielowej. Napady te najczęściej występują z rana i są bardzo uciążliwe dopóki dziecko nie oderwie i nie wyrzuci śluzu. Drugą przyczyną bywa przejście *pharyngitidis siccae* na krtani t. j. przy tak zw. *laryngitis sicca*. Błona śluzowa krtani tak samo wysycha jak błona śluzowa gardzieli i przyschnięty śluz drażniąc swą obecnością krtani, wywołuje ataki kaszlu. Za istnieniem podobnej przyczyny przemawiają poprawy stale widziane u takich pacjentów podczas pobytu nad morzem, jednym słowem w atmosferze ciepłej i wilgotnej. Posiadam jedną obserwację przemawiającą za możliwością tego tłumaczenia. Pewna dziewczynka 13-letnia zapadała bardzo często na chrypkę; chrypka ta zjawiała się co kilka dni i szybko mijała. Chora skarżyła się przytem na mocne palenie w gardle i na ciągły suchy kaszel. By sobie nieco ulżyć, stawiała rano nad samowarem i oddychała parą. Skłoniło to rodziców do zwrócenia się do lekarza. Badałem chorą po południu i w krtani prócz lekkiego zaczerwienienia strun nic nie wykryłem. Natomiast na tylnej ścianie gardzieli znalazłem wielką ilość zaschniętego śluzu. Pacjentka oddychała dobrze, matka zaś mówiła, że w nocy mocno chrapie. Przy badaniu jamy nosogardzielowej przekonałem się o obecności wegetacji. Po operacji chrypki ustały i dziś po ośmiu miesiącach chora czuje się zupełnie zdrową. Zaznaczyć muszę, że pacjentka ta była wożoną raz do Ciechocinka i dwa razy nad morze. TRAUTMANN notuje jeszcze trzeci rodzaj kaszlu mianowicie natury czysto refleksyjnej. Mają one zależeć od podrażnienia błony śluzowej nosa przez przekrwienie i przerosłe muszle.

LOEVENBERG opisuje przypadki zupełnej utraty głosu, zależnej od paretycznego stanu strun głosowych. Porażenie to nie ustępowało po dłuższej feradyzacji, a dopiero po wyjęciu wegetacji głos odrazu wrócił. Wielka szkoda, że autor nie podaje historii tych chorych i opisu całego ich stanu. Takie szybkie ustąpienie porażenia zaraz po operacji nasuwa mimowoli myśl o cierpieniu ogólniejszej natury, np. hysteryi, przy której, jak

wiadomo, czasem wiara w danego lekarza uzdrowić może, a cóż dopiero operacja. LOEVENBERG utrzymuje, że są one natury zwrotnej wskutek podrażnień błony śluzowej gardzieli.

W bardzo wielu pracach znajdujemy wzmianki, jakoby przy vegetacjach często dawały się spostrzegać napady typowej dusznicy, które po usunięciu vegetacji zupełnie ustępowały. Literatura tej kwestyi jest tak obszerną, rozmaite teoryje tak liczne, a nareszcie poglądy tak sprzeczne, że nie będąc w stanie samemu cośkolwiek powiedzieć, ograniczę się jedynie na zaznaczeniu tego faktu. Niektórzy opierają się na teorii nerwic zwrotnych HACK'A, lecz nie przytaczam jej wobec tego, że została ona kto wie czy nie słusznie bardzo ostro skrytykowaną przez BLOCH'A. Ostatni za główny powód wywołujący ataki dusznicy uważa długotrwałe zaburzenia w oddychaniu nosem. Jeżeli oddychanie nosem, mówi on, nie jest normalnem, to mięśnie oddechowe wskutek nieregularnych i częstych wdechów i wydechów stają się bardzo wrażliwymi i łatwo pobudliwymi. W tych warunkach jakiegokolwiek nerwowe podrażnienie odbije się na nich i otrzymamy wtedy typowy obraz dusznicy. Nie wdając się w bliższy rozbiór tej teorii przytaczam ją ponieważ stoi ona chociaż w pewnym związku z niefizjologicznem oddychaniem.

W 1887 r. prof. GUYE zwrócił uwagę na fakt, że dzieci dotknięte przerostem gruczołu LUSCHKI charakteryzują się niezdolnością zatrzymania uwagi przez dłuższy czas na danym przedmiocie. Objaw ten GUYE tłumaczy niedostatecznym dowozem do mózgu materjału odżywczego lub też zatrzymaniem produktów przemiany materji. Jedno i drugie ma mieć miejsce przy przeroście błony śluzowej nosa, gdyż z nią łączą się podoponowe przestrzenie limfatyczne. Zwolennikiem tych spostrzeżeń jest KAFEMAN, chociaż cyfry podane przez niego na poparcie tego spostrzeżenia nie są zbyt wymownemi. Jak mówiłem wyżej, zbadał on 2,238 dzieci, u 204 wykrył vegetacje. W tej liczbie znalazł 3 prawie idyotów, 3 źle się uczących i 2 miernie się uczących. Ponieważ

idyjotyzmu nie możemy stawiać w związku z wegetacyjami, pozostaje zatem 5 przypadków na 204, w których możemy dopatrywać się podobnego wpływu. Wobec, jednak notowanych przez wielu, faktów poprawy zdolności pacjentów po operacji wegetacyj, z całą więc wiarą *aprosexiam* podajemy jako objaw zależny od zatkania jamy nosogardzielowej i przerostu błony śluzowej nosa.

W 1884 r. W. MAJOR ¹⁾ zauważył, że dzieci, które były zmuszone oddychać ustami, nieświadomie oddawały urynę podczas snu (*enuresis nocturna*). Objaw ten tłumaczy zatruciem kwasem węglowym, zatrucie zaś ma być wynikiem powierzchownego oddychania warunkowanego wdechaniem zimnego powietrza. Zaraz w następnym roku ZIEM ²⁾ ogłosił dwa przypadki zupełnego ustąpienia tego objawu po wyjęciu wegetacyj i jeden przypadek czasowego wyleczenia. Autor ten zgadza się z MAJOR'em na zatrucie kwasem węglowym, tylko nie przyznaje ujemnego wpływu zimnego powietrza na oddychanie. Zatrucie tłumaczy małym dopływem powietrza do płuc, przyczem powołuje się na zdanie prof. LUDWIG'A, który mu osobiście powiedział, że jakoby sprawdził na zwierzętach, że przemiana gazów przy oddychaniu ustnem nie jest większą, niż przy oddychaniu nosem, i na zdanie VOLTOLINI'ego, który robiąc wymiary manometryczne przekonał się, że przy oddychaniu nosem ciśnienie gazów, wdech i wydech są większymi niż przy oddychaniu ustami. ZIEM nic nie mówi jak długo obserwował chorych, u których *enuresis* ustąpiła, nic więc nie wiemy czy nie powróciła ona po kilku tygodniach, jak to miało miejsce w trzecim przypadku i w przypadku ogłoszonym w tegorocznych numerach „Gazety lekarskiej” przez dra SOKOŁOWSKIEGO. Ze zdaniem ZIEM'A zgadzają się SCHMALTZ i HERZOG, a występuje przeciw niemu BLOCH, który mówi, że nie rozumie dlaczego zatrucie kwasem węglanym, jeżeli już może być

¹⁾ MAJOR. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1885, s. 222.

²⁾ ZIEM. Ueber die Abhängigkeit der Enuresis nocturna von Nasenobstructionen. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1885, s. 278.

w ten sposób wywołaniem, może wpływać na oddawanie uryny. Związek pomiędzy *enuresis* i oddychaniem ustami tłumaczy on twardym i niespokojnym snem i wrażliwością danych osobników. Dzieci oddychające ustami, mówi on, śpią niespokojnie, sny ich są pełne życia (nie mówi co go skłania do podobnego twierdzenia) i na zewnętrzne podrażnienie reagują mocniej niż zdrowe. Pod wpływem podrażnienia wywołanego przez wypełniony pęcherz dzieci śnią, że oddają urynę i sen zamieniają w rzeczywistość. Przyznać musimy, że tłumaczenie jeżeli nieoparte na jakich pewnych danych, to przynajmniej bardzo dowcipne.

Przerosłe gruczoły jamy nosogardzielowej mogą rozumie się podlegać najrozmaitszym sprawom patologicznym, objawy których będą się kombinowały z objawami samych wegetacyj. Do tej kategorii będą należały rozmaite katary, tworzenie się cyst, sprawy natury infekcyjnej (*tuberculosis*) etc. Objawy te nie należą bezpośrednio do wegetacyj, dlatego też bliżej zastanawiać się nad nimi nie będę. Jestem jednak zmuszony zwrócić uwagę na jeden z objawów, jak sądzę, natury czysto kataralnej, który kto wie czy nie błędnie odnosi do objawów wegetacyj. Mam tu na myśli krwawienia pochodzące z jamy nosogardzielowej tak często spostrzegane przy tem cierpieniu. Trudnem jest do zrozumienia jakiej natury są te krwotoki, jeżeli nie przypuścimy jednocześnie egzystującego ostrego lub chronicznego kataru. Wegetacje bądź co bądź są pokryte nabłonkiem, pod którym stale znajdujemy warstewkę tkanki łącznej, nie możemy więc przypuścić jakiegoś krwawienia bez rozerwania lub nadżarcia tych tkanek. Wiemy, że ostre katary często doprowadzają do powierzchownych eksteoryjacji, jeżeli dodamy do tego mocne przekrwienie jakie przy nich widzimy, to źródło krwawień będzie jasnem. Lecz nietylko ostre, lecz i chroniczne katary mogą wywołać podobny objaw. Przy chronicznych katarach wydzielający się śluz zasycha zwykle na powierzchni błony śluzowej. Jeżeli zwrócimy uwagę, że wegetacje są tkanką bardzo delikatną, to łatwem jest przypuścić, że przyschnięty śluz

odrywając się przy bardziej forsownych wdechach może naderwać tkankę i wywołać mniej lub więcej obfity krwotok. Krwotoki te notowane są dość często, gdyż chorzy przypuszczając, że mają do czynienia z krwotokiem płucnym, natychmiast zwracają się do lekarza.

Rozpoznanie, rokowanie i leczenie.

Wszystkie wyżej opisane objawy, jakkolwiek dają nam poważne wskazówki na istnienie vegetacji, jednak pewną dyjagnozę możemy postawić dopiero po zbadaniu jamy nosogardzielowej. Badanie bywa dwojakie: lustrem lub palcem.

Nie będę tu opisywał badania lustrem, gdyż raz, badanie to w każdym podręczniku jest opisanem, a powtórę wszelkie opisy niewiele nauczyć mogą. Nie jest ono trudnem, lecz by je zręcznie wykonać, trzeba je na-przód widzieć, a następnie nabyć jakiej takiej wprawy.

Wrazie obecności vegetacji przy badaniu tem widzimy błonę śluzową nieco nierówną, zwykle nieco zaczerwienioną, mniej lub więcej pokrytą śluzem. Z obrazów tych o wielkości vegetacji bardzo mało sądzić możemy, a tembardziej o ich konsystencji.

Dużo ważniejszem wydaje mi się badanie palcem, gdyż o ile przy badaniu lustrem potrzebną jest pewna wprawa i umiejętność w oryjentowaniu się w widzianych obrazach, o tyle badanie palcem może być stosowanem przez wszystkich lekarzy, co jest rzeczą bardzo ważną.

Aby zbadać jamę nosogardzielową palcem, sadzamy pacjenta na niskiem krzeselku, stajemy po jego prawej stronie, lewą rękę kładziemy na głowie i pochylamy całą tułów nieco ku przodowi, głowę zaś przechylamy ku tyłowi. Pozycja ta jest najdogodniejszą, gdyż przy niej wejście do jamy nosogardzielowej jest najobszerniejszem. Następnie drugi palec prawej ręki wkładamy do ust i zgiąwszy go haczykowato wchodzimy poza miękie podniebienie do jamy nosogardzielowej. Rozumie się paznokciek powinien być okrągłym i palec czystym. Jeżeli vegetacji niema, to wyczuwamy gładką, dość twardą ścia-

nę jamy nosogardzielowej i z łatwością odróżniamy wszystkie wystające tam części. Wrazie obecności vegetacyj, wykrywamy miękie śliskie twory mniej lub więcej wypełniające całą przestrzeń. Przy tem badaniu powinniśmy się oryjentować gdzie guziczki się lokalizują i jaką jest ich konsystencyja. Wyjmujemy palec zwykle zakrwawiony. Ma to być patognomonicznym objawem obecności vegetacyj, choć rozumie się krwawienie to może zależeć od wielu innych przyczyn.

Badanie palcem powinno być o ile możności przeprowadzonym szybko, gdyż manipulacyja ta jest przykrą i często bolesną.

Niewszyscy jednak autorzy zgadzają się na badanie palcem, utrzymują bowiem, że ból przy tem jest często tak wielkim, że dochodzi do omdlenia; następnie, że najniepotrzebniej narażamy pacjenta raniąc możliwie nieczystym palcem jamę nosogardzielową, nareszcie, że badanie to nie daje nam całkowitego pojęcia o danej okolicy. Do pewnego stopnia słusznym wydaje mi się tylko ostatni zarzut. Że badanie palcem nie jest przyjemnem, to pewno, lecz niezawsze przyjemniejszym jest badanie lustrem. Nie mówię tu o przypadkach gdzie badanie to jest łatwem, lecz o przypadkach, gdzie gardziel jest wrażliwą, a jama nosogardzielowa małą. Musimy bowiem najprzód gardziel zakokainować, następnie ucisnąć mocno szpatlem na podstawie języka, hakiem odciągnąć miękie podniebienie i dopiero zakładać lusterko. Dodać należy, że badanie to musimy powtarzać dwa do trzech razy. Sądzę więc, że nieraz znośniejszym jest dla pacjenta szybkie i zręczne wprowadzenie palca. Co się tyczy bólu, który ma być tak mocnym, to nigdy nie zdarzało mi się coś podobnego widzieć. Być może, że przy mocnym ucisku, przy długiem badaniu jest on dość znacznym, lecz przechodzi bardzo szybko. Co się zaś tyczy niebezpieczeństwa, o którym z wielkim pedantyzmem piszą niemieccy autorowie, to nie wydaje mi się tak wielkiem.

¹⁾ Wyjątek stanowi ZIEM, który pod tym względem podziela zdanie SOKOŁOWSKIEGO.

Zranienie jest przytem bardzo małym, a jeżeli kto pod tym względem nie chce mieć żadnych wyrzutów sumienia, to będzie zupełnie spokojnym, jeżeli najprzód porządnie zdezynfekuje palec, a następnie po zbadaniu zasypie jamę gardzielową np. jodoformem lub arystolem.

Trzeci zarzut, jakobyśmy przy badaniu palcem nie mogli mieć jasnego pojęcia o stanie powierzchni błony śluzowej, jest do pewnego stopnia słusznym, lecz z klinicznego punktu widzenia nie jest to kwestyja tak poważnej natury, jak się na nią zapatruje AVELIS z Frankfurtu nad Menem. Pewno przy badaniu palcem nie przekonamy się o ile ściany tej okolicy są pokryte śluzem, nie wyczujemy drobnych ekskoryjacyj lub owrzodzeń i cyst, ale równie dobrze jak przy badaniu lustrem dowiemy się o zrostach, o przeroście błony śluzowej przegrody nosowej i tylnych końców muszli, chociaż wyżej przytoczony autor stanowczo temu przeczy. Badając palcem, wyrobimy sobie jasne pojęcie najprzód o wielkości vegetacyj, o ich umiejscowieniu, co jest bardzo ważnem przy operacyi, o ich konsystencyi, co również nie jest bez znaczenia wobec krwotoków, i nareszcie wyczuwamy rozrosty tak małe, których lustrem nie bylibyśmy wstanie zobaczyć. Pomijam tutaj tak często spotykaną niemożliwość badania lustrem, np. u dzieci.

Nie ulega wątpliwości, że o ile to jest możliwem, najlepszem jest zastosowanie jednej i drugiej metody, gdyż otrzymujemy wtedy całkowity obraz odbywającej się sprawy.

Po starannem zbadaniu chorego rozpoznanie zwykle jest łatwem, w jednym tylko razie może ono być trudnem, mianowicie wraze obecności polipów w jamie nosogardzielowej, tak zwanych *pol. pharyngonasales*. Przy przeprowadzaniu różniczkowej dyjagnozy powinniśmy się kierować następującemi danemi. Polipy najczęściej występują po latach piętnastu. tymczasem vegetacje spotykamy najczęściej około dziesiątego roku życia. Polipy usadawiają się zwykle w jednym jakimś miejscu i są ograniczone, vegetacje zajmują całą powierzchnię błony śluzowej. Konsystencyja polipów jest znacznie tward-

szą niż wegetacyj, powierzchnia ich jest gładką i śliską, wegetacyj zwykle nierówną. Zwracając uwagę na tych kilka danych, sędzę, że tego błędu w zupełności będziemy wstanie uniknąć.

Rokowanie przy samych wegetacjach jest zupełnie dobrem, gdyż dają się one doszczętnie i bezpowrotnie usunąć jeżeli tylko nie pozostawiono drobnych guziczków. Innem jest rokowanie przy rozmaitych komplikacjach (zapalenie średniego ucha i t. p.), gdzie zaburzenia dochodzą czasem do takich rozmiarów, że o ich usunięciu mowy być nie może.

Radykalne leczenie jest tylko jedno, mianowicie usunięcie wegetacyj.

Ze zdaniem niektórych autorów, jakoby nie było przeciwwskazań do operacji wegetacyj, zgodziłbym się jedynie z pewnem zastrzeżeniem. Pewno przeciwwskazań niema, lecz może nie być wskazań. Twierdzenie, jakoby wegetacje należało operować nawet wtedy, kiedy nie dają żadnych objawów jedynie ze względu, że one kiedyś wystąpić mogą, wydaje mi się może zbyt wielką pieczołowitością o zdrowie pacjenta. Przy konstataowaniu wegetacyj, które nie dają żadnych objawów, może nasunąć się pytanie czy mamy do czynienia z wegetacjami, czy nie jest to czasem normalny stan błony śluzowej. Nie możemy przecież brać za podstawę stanu błony śluzowej dorosłego człowieka, gdzie tkanka limfacyjna podlega zanikowi. Takiego stanu gruczołów u dziecka nie znajdziemy, a natomiast u każdego małego pacjenta wyczuwamy w jamie nosogardzielowej niewielkie zgrubienia. Prawda, że pozostawiając gruczoł LUSCHKI chociażby nieco powiększonym, narażamy chorego na to, że z czasem mogą rozwinąć się wegetacje i co za tem idzie może nastąpić osłabienie słuchu, zaburzenie w nosie i gardzieli. Lecz przewidując podobne rzeczy, powinniśmy również przewidywać złe skutki, jakie może dać sama operacja. Pomijam tu sam fakt operacji, która jest rzeczą bardzo przykrą, nie mam na myśli również błędnego wykonania operacji, ale przecie zdarza się nieraz, że pomimo najzręczniejszego i naj-

staranniejszego wykonania, występują bardzo niepożądane komplikacje (dyfterytyczne zapalenie rany, ropne zapalenie ucha, zapalenie tylnej ściany gardzieli i nawet migdałów, następnie krwotoki). Są to rzeczy, których do pewnego stopnia uniknąć jesteśmy w stanie, lecz również przewidywać je musimy. A co zyskuje chory po wyjęciu wegetacji, które żadnych objawów nie dawały; prócz przekonania, że z przyczyny grożących mu wegetacji nie będzie oddychał ustami, zdaje się nic więcej.

Sądzę, że wtedy dopiero, kiedy wystąpią objawy ze strony oddychania, mowy lub słuchu, kiedy spostrzeżemy objawy natury zwrotnej, które z wegetacjami w związku postawić można, wtedy dopiero mamy wyraźne wskazanie do usunięcia przerostów, chociażby były bardzo małych rozmiarów.

Zanim przystąpimy do którejkolwiek z metod operacyjnych w celu usunięcia wegetacji, zwykle uciekamy się do znieczulenia samej jamy nosogardzielowej lub też uśpienia chorego chloroformem.

U ludzi starszych, dzieci spokojnych lub przy dostatecznej pomocy wystarczającym jest zapędzowanie 10 — 15% roztworem kokainy, w przeciwnym zaś razie wskazaniem jest chloroformowanie.

Co się tyczy pytania, czy należy wogóle przy tej operacji chloroformować chorego, czy doprowadzić go tylko do półuśpienia, czy też zupełnie uśpić, wiele mamy najrozmaitszych zdań. Zwolennicy półuśpienia opierają się na tem, że w tym stanie odruchy nie są zniesionemi, a zatem chory kaszłąc, wyrzuca wszystkie wycięte cząstki i krew co ma zabezpieczyć od wpadania tych ciał do krtani. Zaznaczyć tu muszę, że przy tem uśpieniu chorych operują w pozycji siedzącej. Nie sądzę, by ten mocny kaszel mógł tak dalece zabezpieczyć chorego; prawda, że przy tak mocnym wydechu wszystko z gardzieli i krtani zostanie wyrzuconem, lecz po mocnym wydechu następuje również mocny wdech, który znów możliwość wpadania powiększa. Pomijam fakt, że przy takim półuśpieniu chorzy często czują, a jedynie słabiej bronić się mogą.

Wszystkich tych niedogodności unikamy przy zupełnej narkozie, operując przytem w leżącej pozycyi choroego z głową zwieszoną ku tyłowi. Przy zręcznej pomocy i szybkim usuwaniu krwi i wyciętych tkanek, i przy spokojnym oddechu operowanego żadne niebezpieczeństwo choremu nie grozi, jak to wielokrotnie widziałem w przypadkach operowanych przez dra SOKOŁOWSKIEGO.

Co się tyczy samego usuwania wegetacyj, to znamy kilka sposobów. Wypalają je rozmaitemi ciałami gryzącymi (*kali causticum*, *zincum muriaticum*, *argentum nitricum*, *acidum chromicum*) lub galwanokaustycznie, albo też wycinają specjalnemi narzędziami.

Nie uważam za potrzebne opisywać szczegółowo każdej z tych metod, sposoby te są bardzo starannie opisane w podręcznikach, zresztą zalecanie danego narzędzia a odrzucenie innego wobec rzeczywistych zalet każdego z nich, wydaje mi się narzucaniem swego indywidualnego zapatrywania. Jednemu z lekarzy dogodniej jest operować skrobaczką GODSTEIN'A, innemu HARTMANN'A, inny woli szczypce LOEVENBERG'A, inny zaś — SCHEH'A. Wątpię bardzo, czy przy odpowiedniej wprawie i przyzwyczajeniu wybór narzędzia może mieć tak wielkie znaczenie.

Na zakończenie chciałbym kilka słów powiedzieć o notowanych rozmaitych komplikacjach, zdarzających się po operacji. Redukują się one do dwóch głównych typów, mianowicie, mocnych krwotoków i rozmaitych następnych zapaleń natury infekcyjnej (*pharyngitis*, *amygdalitis*, *otitis suppurativa*). Nie mam tu na myśli krwawień w gruncie rzeczy bardzo obfitych, jakie widzujemy podczas lub zaraz po operacji. Zwykle są one krótkotrwałe i ustają bez żadnej interwencji ze strony lekarza. Lecz zdarza się czasem, że krew nie zatrzymuje się przez czas dłuższy (krwotok pierwotny), lub też krwawienie występuje po kilku godzinach, a nawet dniach (krwotok wtórny). Te wtórne krwotoki zdarzają się bardzo rzadko; MECKENZIE, CALMETTES mówią, że nie widzieli ich nigdy, niektórzy jednak opisują podobne przypadki. Pierwszym, który je opisał, był DELARAU¹⁾, podaje on

przytem pięć przypadków i w jednym z nich nastąpił śmiertelny krwotok jedynie po zbadaniu jamy nosogardzielowej.

Następnie dwa przypadki podaje RUAULT ²⁾, jeden GELLÉ i jeden CARTAR ³⁾. Rozmaicie tłumaczą sobie te wtórne krwotoki; jedni zranieniem miękiego podniebienia i języczka od tyłu, krwotok ma tu następować wskutek ciągłych ruchów tej okolicy i rozrywania utworzonych skrzepów. Inni zaś utrzymują, że te krwawienia zdarzają się u tych tylko osobników, u których operacja była wykonana podczas trwania regularności; inni znów tłumaczą naderwaniem i pozostawieniem pojedynczych soplei (WRÓBLEWSKI).

RUAULT w dyskusji prowadzonej w tej kwestyi w Société française w 1890 r. utrzymuje, że zdarzają się one tylko w tych przypadkach, w których adenoidalne vegetacje są twarde i że nie mają one żadnej miejscowej przyczyny, a zależą jedynie od ogólnego usposobienia i uderzeń krwi do głowy. Krwotoki te, jeżeli tylko jest możliwą narazie pomoc lekarska, nie są niebezpiecznymi, gdyż tamponując nos i jamę nosogardzielową, krwawienie zawsze zatrzymać się daje.

W dyskusji, prowadzonej na temat adenoidalnych vegetacyj w tutejszem Towarzystwie lekarskiem d. 21 Września 1891 r., dr. HERYNG utrzymywał, że krwotoki pierwotne i wtórne bywają czasami tak uparte, że nawet zatamponowaniem jamy nosogardzielowej nie jesteśmy w stanie ich przerwać. Fakt ten tłumaczy on tem, że vegetacje usadawiają się czasem przeważnie na tylnej ścianie gardzieli tak nisko, że założony tampon już tam dobrze uciskać nie może.

Podobnych krwotoków w przypadkach swoich i w operowanych przez dra SOKOŁOWSKIEGO nie widywałem.

¹⁾ DELARAU. Engargement of adenoid. tissue in the pharyng. London, 1889.

²⁾ RUAULT. l. c.

³⁾ CARTAR. Bulletins et memoires de la société française d'otologie et de Laryngologie. T. VI, str. 44.

Drugą niepożądaną komplikacją, jaka się czasem zdarza, jest ropne lub nawet dyfterytyczne zapalenie rany, które może przejść na ucho, na gardziel i migdały. Sprawa ta zwykle zaczyna się gorączką i przez niektórych autorów była notowaną nie tylko po operacji, ale nawet po zbadaniu nieczystym palcem jamy nosogardzielowej.

Sądzę, że, przynajmniej do pewnego stopnia, uchronimy chorego od tych wszystkich następstw, ściśle obserwując wszystkie prawa antyseptyki nie tylko przy operacji, lecz i podczas badania chorego.

W Styczniu, 1892 r.

Objaśnienie rysunków.

Fig. 1. Część krypty wysłanej nabłonkiem rzęskowym podczas ostrego kataru.

- a) Tkanka adenoidalna.
- b) Komórki nabłonkowe.
- c) Komórki nabłonkowe podległe śluzowemu zwyrodnieniu.

Fig. 2. Cysty znalezione w wegetacjach.

- a) Tkanka adenoidalna.
- b) Nabłonek rzęskowy wyściełający cysty.
- c) Drobnziarnista zawartość cyst.

Fig. 3. Włókniste zwyrodnienie, któremu podlega siateczka tkanki adenoidalnej, oraz początek zwyrodnienia siateczki follikułu.

- a) Część follikułu.
- b) Zgrubiała siateczka tkanki adenoidalnej.
- c) Mocniejsze zgrubienie obok follikułu.
- d) Zgrubiałe włókna siateczki follikułu.

Fig. 4. Część wegetacji podległych włókoistemu zwyrodnieniu.

- a) Tkanka łączna rozwinięta na miejscu tkanki adenoidalnej.
- b) Pozostałe follikuły.

Fig. 5. Grzyby rozwinięte na powierzchni adenoidalnych wegetacji.

- a) Nabłonek.
 - b) Tkanka adenoidalna.
 - c) Pędy wrastające w tkankę.
-

Z PRACOWNI PATOLOGII OGÓLNEJ CESARSKIEGO WARSZAW-
SKIEGO UNIWERSYTETU.

Przyczynek do nanki o nekrozie komórki

przez

Dra med. J. R a u m a ,

Asystenta tejże pracowni.

Zmiany, jakim podlega komórka przy nekrozie, pozostały jeszcze pod wielu względami niezbadane. Ztąd też pochodzą pomiędzy innemi i różnice w poglądach, dotyczących koagulacyjnej nekrozy. Postępu w nauce o zamieraniu komórki możemy się spodziewać tylko od nowych metod badania, przedewszystkiem zaś od tych, które pozwalają nam dokładniej od dawniej znanych poznawać zmiany, zachodzące w morfologicznych składnikach ciała komórki. Co do jąder, to i dawniej rzecz się miała niezgorzej; inna rzecz była z ciałami komórek: do niedawna, mianowicie do czasu ogłoszenia metody ALTMANN'A, wyrokowaliśmy o zmianach ciała komórki na zasadzie danych, bardzo wiele pozostawiających do życzenia.

Profesor ŁUKJANOW, zajmując się w ostatnich czasach studjami nad wydzielaniem żółci, polecił mi mikroskopowe badanie według powyższej metody wątrób morskich świnek, którym podwiązywał przewód żółciowy. Pracy tej chętnie się podjąłem, ponieważ dawała mi ona okazyję do badania zarówno ognisk nekrotycznych, jak i najbliższego ich otoczenia.

Wogóle miałem do rozporządzenia 10 wątrób świnek, którym w różnych porach roku podwiązano przewód żółciowy. Wobec prawie identycznych we wszystkich przypadkach wyników, sądzę, że materyjał ten jest wystarczającym; na tej też zasadzie główne wyniki moich badań podam poniżej w jednym tylko obrazie.

Po większej części nie wyczekiwano śmierci zwierząt, a zabijano je (zapomocą dekapitacji) w rozmaitym czasie po podwiązaniu przewodu żółciowego. Od nałożenia podwiązki do śmierci upływało najmniej 24 godzin, najwięcej dni 4. Wszystek materyjał utrwalano na świeżo, przy jak najdokładnijszem uwzględnianiu przepisów ALTMANN'A. Toż samo dotyczy i następnego traktowania preparatów, mianowicie barwienia ¹⁾.

Naprzód słów kilka o odcinkach wątroby nieuległych zmianom. Ziarenka fuksynoflowe były tu w ciałach komórek bardzo wyraźne. Co do kształtu, są to twory prawidłowo kuliste, wielkości nieznaczej. Wielkość ich jest blisko trzy razy mniejsza od ciałek jądrowych. Odcień barwy, jaką przyjmują, okazywał tylko bardzo nieznaczne wahania. Ilość ziarenek w poszczególnych ko-

¹⁾ Literatury odnośnej nie przytaczam, odsyłając czytelnika do wyszej również z pracowni prof. ŁUKJANOWA pracy J. STEINHAUS'A „Ueber die Folgen des dauernden Verschlusses des Ductus choledochus.“ (Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmacologie, Bd. XXVIII); w pracy tej znajdzie czytelnik bardzo szczegółowe zestawienie odnośnej literatury. Nie mogę zamilczeć o interesujących badaniach O. ISRAEL'A (Ueber anämische Nekrose der Nierenepithelien. Arch. VIRCHOW'A, t. 123). ISRAEL zwracał szczególną uwagę na metodę ALTMANN'A i jest to pierwsza praca, która omawia los fuksynoflowych ziarenek w komórkach podległych nekrozie.

mórkach jest bardzo rozmaita; jedne napełnione są prosto ziarenkami, w drugich znajdujemy te twory w ilości daleko mniejszej. W ostatnim przypadku nietrudno jest zauważyć jednolitą, na żółto zabarwioną osnowę (*Grundsubstanz*). Sposób rozdzielania ziarenek także nie jest jednakowy. W komórkach, które zawierają mało ziarenek, leżą te ostatnie albo w postaci prawidłowych łańcuszków, otaczających w kształcie obwódki pewną część obwodu jądra, lub też leżą w nieregularnych kupkach, bądź na obwodzie komórki, bądź też w sąsiedztwie jądra. Zgrupowania ziarenek w równoległe łańcuszki nie daje się spostrzegać w komórkach wątroby. Jądra na metodę ALTMANN'A nie reagują. Co do stosunku jąder do fuksynofilowych ziarenek, to nie mogłem nic wymiarować; liczba i ugrupowanie ostatnich bywa raz taka, drugi raz inna, a jądra prawie zawsze wyglądają jednako.

W nieuległych zmianom częściach wątroby zwierząt, u których, jak wyżej wspomniałem, podwiązany był przewód żółciowy, zwykle znajdowałem bardzo mało tłuszczu. Jeżeli czasem znalazło się kilka czerniałych od kwasu osmowego ziarenek, to te bywały zwykle nieco większe od ziarenek fuksynofilowych. Zwracam uwagę na tę okoliczność ze względu na to, co później będziemy mówili o ogniskach zmartwiałych i ich otoczeniu.

Widzimy zatem, że nieuległe zmianom odcinki wątroby przedstawiały obraz dość stały i jednakowy. Nie można jednak tego powiedzieć o odcinkach zmartwiałych, które w wątrobach morskich świnek, po trwałym podwiązaniu przewodu żółciowego, już makroskopowo przedstawiają się tak wybitnie.

Badając skrawki, według ALTMANN'A przyrządzone, widzimy już przy małym powiększeniu, że w zmartwiałych odcinkach fuksynofilowych ziarenek niema, reakcja zato kwasu osmowego występuje bardzo wyraźnie. Ztąd wniosek, że zawartość tłuszczu musi tu być powiększona. Jak wiadomo, wielkość ognisk nekrotycznych jest przy omawianych warunkach bardzo rozmaita; tak też było i w moich przypadkach. W większych ogniskach

dawała się spostrzegać jakby obwódka z czarnych ziarenek, która otaczała szaro-żółtą, jasno-żółtą lub też zupełnie bezbarwną część środkową. W mniejszych ogniskach nie było takiego zróżniczkowania. Czarne ziarenka są tu, w większej lub mniejszej liczbie, po całym polu nekrozy rozsiane.

Szczegóły te daleko więcej są widoczne przy użyciu olejnego apochromatu z odpowiednim okulem (np. 4 albo 8). Obrazy, jakie w tym razie widzimy, można podzielić na kilka kategorii.

Jeżeli będziemy przeglądali komórki w kierunku od niezmienionego otoczenia do nekrotycznego ogniska, to zaraz na pierwszym planie spotkamy elementy, które na pierwszy rzut oka wydają się zdrowymi. Są to mianowicie takie komórki, które pomiędzy fuksynofilowemi ziarenkami zawierają już pewną mniejszą lub większą ilość ziarenek czarnych. Wyżej nadmieniliśmy, że w odcinkach niezmienionych tłuszczu bywa bardzo mało, albo też brak go zupełnie; tu napotykamy w bardzo ograniczonym odcinku względnie dużą ilość ziarenek tłuszczowych. Wymiary ziarenek tłuszczowych są także same jak fuksynofilowych, lub też nieco większe. Tutaj muszę się powołać na to, co już powiedziałem o stłuszczonych komórkach w guzach, traktowanych metodą ALTMANN'A¹⁾. I tam też spotykałem dużo ziarn tłuszczowych, które z wyglądu bardzo przypominały ALTMANN'owskie „granula”.

Na drugim planie są już komórki, które fuksynofilowych ziarenek wcale prawie nie zawierają. W tych komórkach spotykamy zato pewną ilość czarnych, większych lub mniejszych ziarenek, które albo bez żadnego porządku są rozrzucone, albo też łączą się w kupki. Mamy więc tu takie same ugrupowanie, jakiemu podlegają fuksynofilowe ziarenka w komórkach normalnych.

¹⁾ J. RAUM. O ziarnistych zawartościach w komórkach nowodworów. Pam. T. L. W., Tom 88. Ueber granuläre Einschlüsse in den Geschwülstzellen. Archiv f. mikroskop. Anatomie, Bd. XXXIX.

Jeszcze jeden szczegół jest tutaj bardzo wybitny: oto osnowa, w której leżą te zczerniałe granula, bardzo się różni od tej jednolitej osnowy komórek niezmiennionych. Znajdujemy tu mianowicie pewien rodzaj zróżniczkowania ziarnistego. Zachowanie się osnowy względem barwników jest tutaj także inne; zamiast lekko żółtego, okazuje ona odcień więcej brunatny. Można by ztąd wyprowadzić wniosek, że fuksynofilowe ziarenka w komórkach odrazu nie giną, lecz że powoli zaledwie pęczniają i rozpuszczają się, tracąc jednocześnie i powinowactwo swoje do fuksyny. Że zmiany w tych komórkach są już bardzo donośne, to widać i ztąd, że i jądra w nich bez zmian nie pozostają: kontury jąder tracą na wyrazistości; różnice w zabarwieniu pomiędzy jąderkami i pozostałymi składnikami jąder wyrównują się; normalne jądra są jasno-żółte, te zaś więcej brunatne, a oprócz tego jednolity wygląd zmienia się na ziarnisty. Ztąd prosty wniosek, że zmiany fuksynofilowych ziarenek idą tu ręką w rękę ze zmianami w jądrach.

Do trzeciej kategorii wypadnie nam zaliczyć komórki, w których niema ani śladu fuksynofilowych ziarenek, ani też jąder, a zwłaszcza tych ostatnich; pomimo to ziarenka tłuszczowe tutaj się znajdują i to bardzo wyraźne. Miejsca, gdzie było jądro, nie można nawet odnaleźć; zanikłe jądro nie pozostawiło po sobie żadnej szpary. Ciało komórki barwników zupełnie nie pochłania; na obwodzie tylko można zauważyć pewne skupienie takich pierwiastków, które od ALTMANN'owskiego barwienia przyjęły lekko brunatny odcień. Porównyując różne obrazy mimowoli nasuwa się wniosek, że im więcej znajdziemy w komórce ziarenek tłuszczowych, tem mniej szans, abyśmy jądro tu znaleźć mogli.—Po czwarte muszę zaznaczyć także obecność i takich komórek, w których niema ani fuksynowych, ani tłuszczowych ziarenek. Komórki te, jak to wyżej już powiedzieliśmy, wykazują budowę bardzo prostą: naprzód rzuca się w oczy ich zabarwiony na brunatno kontur, ciało ich jest zupełnie jednolite i niezabarwione, a w środku można jeszcze odnaleźć

resztki jądra, czasami nawet widać jeszcze jąderka. Zarysy jąder są mniej lub więcej wyraźne; czasami jądra przyjmują wygląd gwiazdzisty, a promienie gwiazd tych rozchodzą się na wszystkie strony, zwężając się stopniowo. Ztąd wniosek, że znikanie morfotycznych składników ciał poprzedza znikanie jąder.—Czy obecność w komórkach tłuszczu gra tu jaką rolę, trudno jest napewno powiedzieć, chociaż wobec tego, co wyżej wyłuszczyliśmy, można do pewnego stopnia przypuścić, że przemiana tłuszczowa nie jest dla komórki obojętna. Być może, że zamieranie komórki odbywa się w sposób dwojaki: po uprzednim stłuszczeniu, albo też bez niego. Stan komórek, jaki opisaliśmy pod trzecią kategorią, może być wynikiem pierwszego, opisane zaś pod numerem czwartym mogą służyć za przykład sposobu drugiego. Zresztą czy proces nekrotyczny pójdzie taką, czy inną drogą, wynik zawsze jest jednakowy, gdyż znajdujemy w centralnych częściach naszych nekrotycznych ognisk obraz jeszcze innej kategorii, który się charakteryzuje negatywnymi tylko cechami. W tej kategorii z komórki pozostała tylko otoczka, nawet kształt komórki uległ zmianie — nie są już one wielokątne, a więcej okrągłe. Ani kwas osmowy, ani fuksyna, ani też kwas pikrynowy żadnej budowy tu już nie uwidacznia; w niektórych tylko miejscach, zwłaszcza na obwodzie, można zauważyć jakieś żółtawe lub żółto-brunatne masy. Jest to już bezwątpienia ostatni stopień zmian, jakim podlegać może komórka. Brakuje tylko jeszcze tego, aby znikły brunatnawe paski na obwodzie, a zleją się już zupełnie z sobą te pozostałości z komórek. Tu jest już kres obserwacji naszych nad komórką jako taką.

Jeżeli zestawimy wyżej wyłuszczone dane, to widać jasno, że proces nekrotyczny przebiega w zupełnie określonych stadyjach, że zapomocą metody ALTMANN'A mo-

1) KRAUS. Ueber die in abgestorbenen Geweben spontan eintretenden Veränderungen. Archiv f. exp. Pathologie u. Pharmacologie, Bd. XXII.

żna wykryć pewną prawidłowość tak co do znikania jąder, jak i ziarenek ciała komórki. Zachodząca przy zamieraniu homogenizacja komórki, odbywa się z pewnością na rachunek upostaciowanych składników tejże; ciała komórek stają się jednolitemi (*homogen*) nie dlatego, że ich osnowa (*Grundsubstanz*) podlega takim lub innym fizyczno-chemicznym zmianom, lecz dlatego, że ich upostaciowane składniki elementarne, ziarenka (granuła) zamierają, rozpadają się i rozpuszczają. Hypotezą koagulacyjną nie możnaby tych zjawisk wytłómaczyć.

Przypuszczając, że nasze ziarenka znikają z powodu ścinania się składających je substancyj, nie mamy żadnej podstawy. Następnie nie można też pominąć roli, jaką tu odgrywają jądra. Wspominałem już, jak rozmiać one się zachowują. Nie można jednak powiedzieć, aby zmiany, jakim podlegają jądra i ciała komórek, nie były do pewnego stopnia podobne i równorzędne, chociaż wiemy i to, że w niektórych przypadkach jądra jeszcze się trzymają nieźle, kiedy ciała komórek są już bardzo zdezorganizowane.

W jaki sposób powstaje w naszych wątrobach przemiana tłuszczowa, na to trudno coś pewnego odpowiedzieć. W narządach wyciętych, które oddzielone od organizmu, a zabezpieczone od wpływu drobnoustrojów gnilnych, zamierają powoli *spontaneo modo*, przemiana tłuszczowa nie występuje. Stosunki jednak *in vitro* niezawsze są te same jak w organizmie żyjącym. Jest to fakt niezaprzeczony.

Tu musimy zaznaczyć, że i ISRAEL znajdował też tłuszcz przy podobnych okolicznościach. Jeżeli pozostawimy na stronie tych autorów, którzy posługiwali się innymi metodami, musimy przyznać, że są takie sposoby zamierania komórek, przy których zachodzi przemiana tłuszczowa. Że komórki mogą ginąć pozostając w stanie przemiany tłuszczowej—to oddawna już wiadomo. W naszych jednak przypadkach mamy do czynienia nie z typową przemianą tłuszczową, lecz z procesem do pewnego stopnia innym. Ogniska patologiczne, które były przedmiotem naszych badań, nie dają takiego rozpadu tłuszcz-

czowego, jaki zwykle spotykamy przy typowej tłuszczowej przemianie I inne dane, jakie otrzymaliśmy, przypominają poniekąd więcej koagulacyjną nekrozę, niż przemianę tłuszczową w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Co do nas, to zdaje nam się, iż przemianę tłuszczową możemy tu postawić w zależność od zmian w fuksynoflowych ziarenkach. Nie wspominając już o tem, co ALTMANN podał, przemawiają za tem zdaniem naszym i spostrzeżenia nasze co do wielkości i ugrupowania z jednej strony fuksynoflowych ziarenek, z drugiej zaś tłuszczowych. Prawda, że nie wiemy co jest bezpośrednią przyczyną tego stłuszczenia, lecz fakt pozostaje faktem, że stłuszczenie to jest początkiem patologicznego procesu. Przypomnijmy tylko sobie, co mówiliśmy o tych małych nekrotycznych ogniskach, gdzie ziarenka tłuszczowe były porozrzucane po całym polu. Ztąd widać, że nie należy uważać stłuszczenia jako wynik oddziaływania zmarłych już komórek na otaczające, jakby to można było wywnioskować, patrząc tylko na wielkie ogniska, otoczone czarnymi wieńcami. Daleko prościejszem jest przypuszczenie, iż czarne obwódki są produktem zmian początkowych, że powstały wskutek tej samej przyczyny co i zmiany w komórkach, leżących w środku ogniska, i że centralne komórki we wczesniejszym stadium przedstawiały się też tak samo.

Wyniki badań powyższych są pewnym krokiem naprzód, lecz co do zrozumienia powstawania tłuszczu w ogniskach nekrotycznych nie posuwają nas ani na jotę dalej. Gdybyśmy znali źródła z kąd czerpie tłuszcz zamierająca komórka, to zadanie nasze byłoby daleko więcej prostem. Tymczasem nie możemy tego pytania rozstrzygnąć, a nie wiemy oprócz tego jeszcze, dlaczego tłuszcz ten tylko w niektórych komórkach się odkłada. Nasze przypuszczenia pomimowoli inny przybierają kierunek. Czyż nie można przypuścić, że przy niepomysłnych warunkach, w jakich się znajdują komórki wątroby po podwiązaniu przewodu żółciowego, zaburzenia w chemiczno-fizycznych procesach ziarenek mogą powstawać pierwotnie. Stosownie do tego jako *primum movens*

stłuszczenia musimy uważać nie zmianę okoliczności, przy jakich się odbywa dostawa składników tłuszczu, a zmianę w powinowactwie chemicznem ziarenek do otaczającego je ośrodka odżywczego¹⁾.

¹⁾ Co do ostatniego, to zdaje mi się, że zachodzi tu pewna analogija z procesami, jakie spostrzegamy u niektórych bakteryj. Uprzymiśnijmy sobie biologiczne stanowisko ziarenek podług hipotezy ALTMANN'A, sądzę, że porównanie moje nie idzie zadaleko.

Wiadomo, że u niektórych mikrokoków, z którymi ALTMANN swoje ziarenka utożsamia, przyjmują (DE BARY i inni) powstawanie tak zw. artrosporów. Przy zmianie warunków życiowych najczęściej (choć nie zawsze) na gorsze, przemieniają się niektóre osobniki na artrospory. Przytem zwykle ulegają powiększeniu, choć kształt swój okrągły zachowują; jednocześnie, co dla nas najważniejsze, nabierają swoistego blasku, co zwykle tłumaczą odkładaniem się w nich tłuszczu lub też materij podobnych. Można zatem przypuścić, że i w fuksynofilowych ziarenkach opisanych wątrób zachodzi coś podobnego; i tu przy niepomyślnych warunkach powstaje dążność do wzbogacenia się tłuszczem; lecz co prawda, dalszy los tych stłuszczonych ziarenek różni się wielce od losu zarodników.

O wartości enteroanastomozy zapomocą szwów płytkowych Senn'a w chirurgii żołądka i jelit.

podał

Dr. ROMAN BARĄCZ ze Lwowa.

(Dokończenie).

Kliniczne zastosowanie szwu płytkowego Senn'a.

Wkrótce po zjawieniu się prac doświadczalnych, poczęły pojawiać się prace kliniczne, świadczące nietylko o możliwości zastosowania szwu płytkowego przy wykonaniu anastomozy jelit u człowieka, lecz nadto przemawiające bardzo na korzyść tej metody.

Gastroenterostomia. Najwięcej zastosowania znalazła metoda ta przy gastroenterostomii MATAS¹⁾ mógł zebrać do Sierpnia 1890 roku 18 przypadków gastroenterostomii²⁾, wykonanej tym sposobem przez Amerykanów i Anglików tylko z 3-ma zejściami śmiertelnymi, co = 16% śmiertelności a 84% wyzdrowień. Wszystkie te gastroenterostomije wykonano w 18-tu ostatnich miesiącach i to: 14 gastroenterostomij wykonano sposobem SENN'A zapomocą płytek odwapnionych, a cztery według zasad SENN'A, posługując się jednak, zamiast płytek, pierścieniami katgutowymi. MATAS wyłączył w tej statystyce przypadki gastroenterostomii z resekcją odźwiernika (przypadek BULL'A z zejściem po-

¹⁾ MATAS. l. c.

²⁾ Patrz Literaturę.

myślnem i przypadek TUHOLSKE'ego ¹⁾ z zejściem śmiertelnem) i przypadek RAWDON'A, w którym tenże po wykonaniu pylorotomii z powodu raka, wykonał wprost gastroduodenostomię zapomocą płytek SENN'A; przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem.

Już po ogłoszeniu pracy MATAS'A mogłem zebrać w przystępnej mi literaturze jeszcze 23 nowych gastroenterostomij wykonanych od tego czasu według sposobu SENN'A²⁾; w 15 z tych przypadków nastąpiło wyleczenie, w jednym wynik jest nieznany, jednak prawdopodobnie dobry, gdyż chory w dwa dni po operacji miał się dobrze, w 7-miu zaś nastąpiło zejście śmiertelne. Z 7-miu przypadków zakończonych śmiercią, śmierć nastąpiła w 4-ch przypadkach z zapadu, w jednym w tydzień po operacji prawdopodobnie (sekcji nie wykonano) z zamknięcia się miejsca gastroenterostomii (T. KILNER CLARKE), w jednym z zapalenia otrzewnej z powodu użycia płytek suchych i odleżyny, w jednym wreszcie z powodu niedrożności jelit w 3 tygodnie po operacji na skutek założenia przetoki zbyt nisko w jelicie cienkim i wytworzenia się ostrogi.

Po dodaniu do 18-tu przypadków, zebranych przez MATAS'A do Sierpnia 1890 r., 23 nowych przezemnie zebranych, liczba gastroenterostomij wykonanych według metody SENN'A wynosi dotąd 41. Tylko w 10-ciu z tych przypadków nastąpiło zejście śmiertelne, w 29-ciu wyleczenie, a w jednym wynik jest nieznany. Procent śmiertelności po gastroenterostomii, według sposobu SENN'A, dotąd przez różnych operatorów na osobie żyjącej wykonanych, wynosi zatem tylko 24,5%, a wyzdrowień prawie 75,5%.

Porównajmy wyniki gastroenterostomij, dokonanych według dawnego sposobu, t. j. zapomocą szwu CZERNEGO-LEMBERT'A, z wynikami osiągniętymi przy sposobie SENN'A.

¹⁾ Porów. wyżej i literaturę.

²⁾ Z tych 13 wykonał prof. SENN (porów. SENN: The surgical treatment of pyloric stenosis, with a report of fifteen operations for this condition. The medical record, November 7 and 14, 1891).

Herbert PAGE ¹⁾ zebrał w 1889 r. 38 gastroenterostomij, wykonanych według dawnych sposobów przez różnych operatorów. Jeżeli wykluczmy z liczby tych przypadków, dwa, w których do gastroenterostomii dołączono pyloroktomiję, liczba gastroenterostomij wykonanych dawnym sposobem szycia, począwszy od pierwszej operacji WÖLFLEA, wynosi 36. Z liczby tych 36 przypadków 15 zakończyło się śmiercią w bezpośrednim lub pośrednim następstwie operacji. Najczęstszą przyczyną śmierci w tych przypadkach była zapaść. Śmiertelność zatem przy użyciu dawnej metody wynosiła 42,8⁰/₀.

HACKER ²⁾ zebrał niedawno 21 przypadków gastroenterostomij, operowanych według jego i WÖLFLEA sposobów. Z 8-miu przypadków operowanych sposobem WÖLFLEA wyzdrowiało 4, a 4 umarło; z 13 przypadków, operowanych sposobem HACKER'A, wyzdrowiało 7, a 6 umarło. Śmiertelność w tych przypadkach wyniosła zatem 47⁰/₀.

Śmiertelność więc po gastroenterostomii, wykonanej według dawnych sposobów przez najbardziej doświadczonych operatorów, waha się pomiędzy 42,8—47⁰/₀.

Z porównania powyższych dat statystycznych okazuje się, że śmiertelność po gastroenterostomii po wprowadzeniu (ogólnem w Anglii i Ameryce) metody SENN'A znacznie się zmniejszyła i spadła z 42, a względnie 47⁰/₀, do 24,5⁰/₀. Ponieważ najczęstszą przyczyną śmierci po gastroenterostomii przy postępowaniu zwykłym był zapad (*shock*), musimy stanowczo metodzie SENN'A dać pierwszeństwo przed dawnymi sposobami szycia gdyż niebezpieczeństwo wstrząsu jest tu bezwątpienia mniejszem, jak się o tem z literatury odnośnej przekonać można.

Technika zakładania szwów przy gastroenterostomii doszła, jak wiadomo, w ostatnich czasach do znacznego

¹⁾ Proceedings Royal medical and surgical Society of London. British med. Journal, May 18, 1889, Vol. I, pp. 1114—1115 i Lancet 1889, May 18, Vol I, p. 986.

²⁾ Jahrbuch der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1890; korespondencyja w „Semaine medicale,” Maj 3, 1890.

ulepszenia, przez wprowadzenie szwu piętrowego i nacięcie błony śluzowej żołądka i jelita dopiero po nacięciu i zeszcyciu błon surowicznych i warstwy mięsnej obu narządów (ROUX ¹⁾, BRAUN ²⁾ z Królewca, LAUENSTEIN ³⁾, EISELSBERG ⁴⁾, SICK ⁵⁾ i w ostatnich czasach CÖLLE ⁶⁾). O ile jednak technika enterorafii zyskała, przez pewne zapobieganie dostaniu się kału do jamy otrzewnej i infekcyi takowej, o tyle, zdaniem mojem, straciła na tem technika samej operacyi, przez odpadnięcie tak ważnego przy operacyjach w jamie brzusznej czynnika; jak możliwości wykonania operacyi szybko. Przez nakładanie 6 warstw szwów przy tym sposobie szycia, musi naturalnie operacyja znacznie się opóźnić, jama zaś brzuszna, względnie część takowej, znacznie się oziębic. Natomiast w przeciwstawieniu do tego sposobu szycia, szew płytkowy SENN'A zabezpiecza nas również pewnie przed wystąpieniem kału do jamy otrzewnej, zbliża powierzchnie surowicze na znacznej przestrzeni naokoło rany i powoduje szerokie zrosty powierzchni surowicznych, wymagając zaś prawie trzy razy mniej czasu do założenia, powinien mieć również wyższość przed wyżej opisanym sposobem, osobliwie zaś przy gastroenterostomii.

¹⁾ ROUX. Sur deux observations de gastroenterostomie, Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, T. XV, p. 572.

²⁾ H. BRAUN. Zur Technik der Naht bei verschiedenen Operationen am Magen und Darm. Deutsch. med. Woch. 1891, Nr. 1. str. 3 i 4.

³⁾ LAUENSTEIN. Deutsche med. Wochenschr. 1889, str. 428.

⁴⁾ A. v. EISELSBERG. Ueber die Magenresectionen und Gastroenterostomien in Prof. BILLROTHS Klinik vom März 1885 bis October 1889. Archiv. für Klin. Chirurg. Bd. XXXIX, p. 825.

⁵⁾ SICK. Deutsch. med. Wochenschr. 1890, str. 411.

⁶⁾ CÖLLE. Ein Fall von Anlegung der Magen-Dünndarmfistel nach WÖFLER wegen stenosirendem Ulcus des Pylorus. Sep.-Abdr. aus der Festschrift z. Ehren des 25 jährigen Jubiläums Prof. MEYER'S in Göttingen i Ref. w Centralbl. f. Chir. 1891, Nr. 40, str. 791.

Z opisanych dotąd przypadków gastroenterostomii, wykonanych zapomocą szwu płytkowego SENN'A, niektóre zasługują na szczególne uwzględnienie.

W przypadkach STANFIELD'A¹⁾ i LARKIN'A²⁾ po 8 dniach od czasu wykonania operacji wystąpiły napowrót objawy niedrożności, a w przypadku CLARKE'go³⁾ też samo stało się w 13 dni po wykonaniu gastroenterostomii.

Przypadek CLARKE'go był pokrótce następujący: 36-letnia wychudła kobieta cierpiała od roku na dolegliwości żołądkowe, wymioty i obfite krwotoki żołądkowe. Od kilku dni, przed operacją, ciągłe wymioty. **Badanie:** Guz wielkości pomarańczy w okolicy odźwiernika w linii środkowej ciała; żołądek mały. Dnia 13 Maja 1890 r. gastroenterostomija; guz w okolicy odźwiernika mocno pozrastany z sąsiedztwem; jelito czcze niewidoczne, po podniesieniu sieci większej okazuje się na wysokości pępka, poniżej *mesocolon transversum*. Uskuteczniejszy szparę w krezce okrężnicy poprzecznej (!) wydobyl C. jelito czcze, wypróżnił palcami treść jego do sąsiednich części jelit, pogłębił je, wykonał cięcie w przedniej ścianie żołądka 1 cal długie na cal powyżej zakrzywienia większego żołądka, wprowadził płytkę żołądkową, następnie jelitową. Okazała się niemożność zbliżenia płytek, gdyż, z powodu skurczenia żołądka i zrostów, niedawał się on wydobyć nazewnątrz; wyjęto płytkę żołądkową, zaszyto ranę w przedniej ścianie żołądka warstwowym szwem LEMBERT'A, nacięto żołądek na tylnej ścianie, wprowadzono płytki, łatwo je zbliżono i związano w żołądku i w jelicie czczem; ranę brzuszną

¹⁾ G. S. STANFIELD. Sequel to a case of gastroenterostomy with SENN's approximation plates. Korespondencyja w British med. Journal, Vol. I, 1890, str. 1300.

²⁾ CHARLES LARKIN. A successful case of gastroenterostomy. Lancet 1891, Vol. II, Juli 11. str. 72—i CHARLES LARKIN. A case of gastroenterostomy for relief of pyloric obstruction, followed later by recurrence of symptoms. Sur which jejunostomy was performed. Lancet 1891, Vol. II, September 19, str. 667 i następne.

³⁾ T. KILNER CLARKE. Gastroenterostomy. Lancet 1890, Vol. II, December 6, str. 1211.

zaszyto. Żywiono chorą pożywnemi lewatywami. Przez 4 dni po operacyi częste wymioty; od 10 dni, od czasu wykonania operacyi, ciągłe wymioty aż do śmierci 13-go dnia po operacyi. Sekcyi nie wykonano, autor jednak przypuszcza nagłe zatkanie sztucznego otworu i poleca w celu zapobieżenia tej ewentualności zszywać ze sobą szwem kuśnierskim z cienkiego jedwabiu błonę surowiczą i śluzową brzegów przetok przed związaniem płytek i wykonywać cięcia długie.

W przypadku STANFIELD'A po gastroenterostomii, wykonanej według sposobu SENN'A, w 8 tygodni po dokonaniu operacyi wystąpiły objawy niedrożności, a sekcyja wykazała zarośnięcie sztucznego otworu.

Przypadek LARKIN'A był pokrótce następujący: 47-letnia wychudła kobieta, cierpiąca od pół roku na dolegliwości żołądkowe, ostatniemi czasy miewała ustawiczne wymioty. Znalaziono guz w nadbrzuszu, miernie ruchomy. Gastroenterostomię zrobiono dnia 22-go Maja 1891 roku. Nacieczenie zajmowało prawie cały żołądek, a część wolna od nowotworu przy wpuście do żołądka wynosiła zaledwie 3 cale na krzywiznie większej. Z powodu tak znacznego zajęcia żołądka przez nowotwór i z powodu wysokiego położenia części wolnej od nowotworu, nie można było zbliżyć do żołądka jelita czczego bez znacznego napięcia i uciśnięcia okrężnicy poprzecznej. Dlatego też zrobiono otwór w *mesocolon transversum* i sieci wielkiej poniżej żołądka, wydobyto przez ten otwór jelito czcze, zbliżono je bez napięcia do zdrowej wpustowej części żołądka i jelita czczego, wprowadzono w zwykły sposób płytki SENN'A i związano. Rana zagoiła się *per primam*, a 19 Czerwca 1891 r. chora opuściła szpital w stanie znacznego polepszenia; wymioty po operacyi ustąpiły. Już po 8 tygodniach wymioty powróciły, a d. 31 Lipca chora zgłosiła się napowrót do szpitala. Tu d. 4 Sierpnia 1891 r. wykonano jej unostomiję zapomocą płytki odwapnionej. Stan ogólny znacznie się poprawił, a chora opuściła szpital z przetoką d. 13 Września 1891 r.

LARKIN przypuszcza, że powrót objawów niedrożności należy przypisać z a m k n i ę c i u s z t u c z n e g o

otworu, albo wskutek posunięcia się nowotworu na okolicę przetoki, albo wskutek bliznowatego zaciągnięcia jej.

Przypadek ten dał powód do polemiki pomiędzy LARKIN'em a JESSET'em¹⁾. BOWREMAN JESSET przypuszcza jeszcze trzecią możliwą przyczynę powstania na nowo niedrożności w przypadku LARKIN'A, t. j. zaciśnięcie jelita czczego przez szparę w *mesocolon transversum*, albo też przez szparę w sieci wielkiej, przez które to otwory przeprowadzono jelito czcze. Za jedynie autentyczny przypadek zamknięcia sztucznego otworu przez zaciągnięcie bliznowate, uważa JESSET przypadek STANFIELD'A. JESSET wykonał bowiem gastroenterostomię sposobem SENN'A 5 razy (w 3-ch wyleczenie), a gastroenterostomię z resekcją odźwiernika raz i w żadnym z tych przypadków nie nastąpiło zaciągnięcie bliznowate przetoki. Również przy rozlicznych doświadczeniach, wykonanych na psach przez JESSET'A, nigdy nie nastąpiło zaciągnięcie bliznowate.

Dla podobnych przypadków, jak powyższy LARKIN'A, gdzie nowotwór zajmuje znaczną część przedniej powierzchni żołądka, poleca JESSET²⁾ dwuczasiową jej unostomię zapomocą płytki SENN'A, jak to LARKIN później w swoim przypadku wykonał. W zwykłych przypadkach poleca zawsze JESSET wykonywać gastroenterostomię przez przeprowadzenie pętli jelita czczego ponad okrężnicę poprzeczną. Przez przeprowadzenie pętli bowiem przez *mesocolon transversum* może nastąpić, zdaniem jego, niedrożność 1) wskutek zaciągnięcia bliznowatego szpary w *mesocolon transversum*, albo 2) zgięcie jelita wskutek zbyt ostrego kąta, pod którym w tych razach pętlę łączy się z żołądkiem, albo wreszcie 3) wskutek mechanicznego zatkania. Pętla jelita jest w tych ra-

¹⁾ Lancet 1891, Vol. II, September 26, str. 737. — Ibid. 1891, Vol. II, October 3, str. 786. — Ibid. 1891, Vol. II, October 10, str. 843. — Ibid. 1891, Vol. II, October 17, str. 897.

²⁾ Porów. British, medical Journal 1891, Vol. I, June 27.

zach przyczepiona na dwóch końcach: do żołądka i do *mesocolon*. W stanie spoczynku żołądka krzywizna większa jest zwrócona ku dołowi, ale żołądek wypełniony obraca się naokoło sieci mniejszej, krzywizna jego większa obraca się ku przodowi, przednia zaś ściana ku górze. Czynność ta wywołuje znaczną trakcję na pętlę jelita, uczeponą w dwóch punktach, przeto może się na pewien czas zamknąć połączenie żołądka z jelitem, osobliwie zaś wtedy, jeżeli pętla jest połączona z wysoką częścią żołądka. Również przepelniona okrężnica poprzeczna może w tym przypadku uciskać na pętle jelita czczego i wywoływać czasową niedrożność.

LARKIN obstaje za zaciągnięciem bliznowatem w swoim przypadku niedrożności po gastroenterostomii, przytaczając na poparcie swego twierdzenia okoliczność, że u chorej ani razu nie wystąpiła żółtaczka, ani razu nie wymiotowała żółcią, ani też kał nie był u niej nigdy odbarwiony. Zatem rozstrzygnięcie przyczyny niedrożności należy zostawić w takim przypadku w zawieszeniu aż do czasu wykonania sekcji.

Z powyższego okazuje się, że jedynie w przypadku STANFIELD'A niedrożność po gastroenterostomii, wykonanej według sposobu SENN'A, należy przypisać bliznowatemu zaciągnięciu sztucznej przetoki. Okazuje się również, że tak w przypadku CLARKE'go, jak w przypadku LARKIN'A połączono przednią ścianę żołądka (w przypadku LARKIN'A wpustową, a więc wysoką część przedniej ściany żołądka) przez otwór *mesocolon transversum* z jelitem czczem. Nasuwa mi się pytanie, dlaczego nie łączono tylnej ściany żołądka z jelitem czczem według sposobu HACKER'A, który to sposób przywraca bardziej stosunki normalne i nie tylko HACKER'owi, lecz i innym operatorom dał wyniki bardzo dobre.

Prawdopodobnie tak w przypadku CLARKE'go, jak i LARKIN'A ruchomość żołądka wskutek znacznej infiltracji nowotworowej i zrostów była bardzo upośledzoną i dlatego nie nadawały się one do zastosowania metody HACKER'A. Mojem zdaniem sposób HACKER'A łączenia tylnej ściany żołądka z jelitem czczem przez

otwór w *mesocolon transversum* nadaje się dla takich przypadków, w których przednia powierzchnia żołądka jest zajęta przez nowotwór, żołądek jednak jest ruchomy. W zwykłych przypadkach wykonywałbym zawsze gastroenterostomię według sposobu WÖFLER'A, jako prostszą, mniej czasu wymagającą, przywracającą również dobrze drożność przewodu pokarmowego, a wypróbowaną na bardzo znacznym materyjale klinicznym¹⁾.

Widzimy więc, że zaciągnięcie bliznowate przetoki sztucznej jest możliwem (przypadek STANFIELD'A). Celem zapobieżenia tej ewentualności należy, zdaniem mojem, robić cięcia dostatecznie długie w mających łączyć się częściach przewodu pokarmowego. Otwory środkowe w płytkach należy robić dosyć szerokie, tak, ażeby owal był bardziej krągłym, a szwy boczne (ustalające) należy przesywać przez ściany jelit na kilka milimetrów od brzegów ran. Jeżeli użyjemy do tego płytek odpowiednio szerokich, obie powierzchnie surowicze zbliżą się na znaczniejszej przestrzeni i nie mamy powodu obawiać się, aby kał przeniknął do jamy brzusznej.

Celem zapobieżenia krwotokowi z błony śluzowej żołądka i wypuklaniu się błony śluzowej nazewnątrz, SENN zaleca, w ostatniej swej pracy, zakładać szew kusiński z cienkiego katgutę naokoło całego obwodu rany żołądkowej, jeszcze przed nałożeniem szwów ustalających płytki.

Z przypadków operowanych przez SENN'A niektóre zasługują na zastanowienie się:

W jednym z nich nastąpiła śmierć w 3 tygodnie po operacji wśród objawów niedrożności przewodu pokarmowego, a sekcja wykazała, że połączono bardzo niską pętlę (8 stóp poniżej odźwiernika) z żołądkiem i z tego powodu nastąpiło zgięcie jelita w miejscu przyrośnięcia do żołądka; powstały mianowicie zrosty ramienia dopro-

¹⁾ Objawy nieznacznego uciśnięcia okrężnicy poprzecznej przez jelito czcze obserwowano dotychczas jedynie w przypadku LAUENSTEIN'A.

Szwu płytkowego SENN'A próbowali także doświadczać: REICHEL ¹⁾, F. SALZER ²⁾ i EISELSBERG ³⁾.

REICHEL robił doświadczenia na niewielkiej liczbie małych psów i kotów; doświadczenia jego wypadły mniej korzystnie, aniżeli doświadczenia SENN'A, który operował większe zwierzęta; część zwierząt uległa zapaleniu jamy brzusznej z powodu wydostania się kału na miejscu szwu. Zwraca on uwagę, ażeby nie używać zbyt wielkich płytek, gdyż takowe uszkodzić mogą ściany jelit i zatkanąć mechanicznie światło, użycie zaś zbyt małych płytek może spowodować zarośnięcie otworu środkowego.

Autor ten uznaje pożytek anastomozy jelit wobec nowotworów, niedających się wyłuszczyć, albo zwężeń bliźnowatych jelit. Natomiast wobec ostrej niedrożności, której przyczyna nie daje się usunąć, uważa REICHEL anastomozę jelit jako zabieg nieracyjny; racjonalniejszym zabiegiem jest utworzenie sztucznego odbytu, co umożliwi odprowadzenie kału nagromadzonego powyżej miejsca niedrożności; przy zakładaniu anastomozy w podobnych przypadkach mogłoby, według REICHEL'A, nastąpić łatwo zakażenie jamy brzusznej.

REICHEL próbował także doświadczać szwu płytkowego SENN'A przy resekcji jelit (resekcja jelita, ślepe zaszycie obu końców resekowanych i anastomozą powyżej i poniżej miejsca resekcji) i przyszedł do przekonania, że w ślepo zaszytych końcach ani nie wytwarza się zastój kałowy, ani rozszerzenie, że jednak w miejscu anastomozy może nastąpić zwężenie światła, albo zarośnięcie lub

¹⁾ REICHEL. Ueber den Werth der SENN'schen Darmnaht und Bildung einer Darmanastomose. Muenchener medizinische Wochenschrift, 1890, Nr. 11, i ref. w Centralblatt f. Chirurgie, 1890, Nr. 29, str. 542 i nast.

²⁾ F. SALZER (Utrecht). Ein Vorschlag zur Modification der Enteroanastomose etc. Bericht ueber die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, XX Congress. Beilage zum Centralblatte f. Chirurgie, 1891, Nr. 26, str. 120.

³⁾ Ibidem, str. 121.

zatkanie przez nagromadzony kał, jak to miało miejsce w niektórych doświadczeniach, wykonanych przez SENN'A. Dlatego w zasadzie sprzeciwia się REICHEL, ażeby enterografię okrężną zastępować przez anastomozę, według sposobu SENN'A, za pomocą płytek odwapnionych.

Zmodyfikowanego przez SENN'A sposobu JOBERT'A nie próbował R. doświadczalnie.

Co do mnie, zgodziłbym się z wyżej przytoczonymi wywodami REICHEL'A, z tą jednak różnicą, że w stosownych przypadkach użyłbym po resekcji jelit metody płytkowej SENN'A i nie obawiałbym się przy użyciu odpowiednich płytek ani zwężenia miejsca anastomozy, ani założenia miejsca tego przez nagromadzony kał, a względnie przez enterolity.

F. SALZER odmawia przyszłości metodzie SENN'A w chirurgii u człowieka i przenosi szew kiszkowy sposobem CZERNEGO-LEMBERT'A z powodu łatwości adaptacji pojedynczych warstw ścian kiszkowych przy tym ostatnim sposobie.

EISELSBERG wykonywał resekcje jelit u psów, według sposobu SENN'A, a mianowicie, użył płytek odwapnionych tak do bocznego zbliżenia kiszek, jak i do zbliżenia wprost końców resekowanych, bez ślepego zeszywania tychże. W ostatnich doświadczeniach potrzeba było tylko 12 minut czasu i nie dokonywano ślepego zaszywania resekowanych końców; zwężenia z tego powodu nigdy nie zauważano, natomiast występowało w niektórych przypadkach ropne zapalenie otrzewnej, z powodu przedziurawienia na miejscu szwu.

Wnioski ostateczne.

Na podstawie moich eksperymentów i doświadczenia otrzymanego na dość już znacznym materjale klinicznym, niech mi wolno będzie poczynić następujące wnioski:

1) Gastroenterostomija powinna być zawsze wykonywaną według sposobu SENN'A; za wyższością tego postępowania nad dawnym sposobem szycia szwem CZERNEGO-LEMBERT'A przemawia niższy procent śmiertelności przy pierwszym sposobie, stwierdzony doświadczalnie i kli-

nicznie (24.5% przy użyciu metody SENN'A i 42—47% przy szyciu szwem CZERNEGO-LEMBERT'A), dalej prostota i szybkość wykonania operacji, i pewne zabezpieczenie przed wystąpieniem treści żołądkowej przez zbliżenie znacznych powierzchni błon surowiczych naokoło miejsca gastroenterostomii.

2) Wobec raka odźwiernika, przechodzącego na przednią ścianę żołądka, lub wobec znacznego obrzęku rakowego w odźwierniku, jeżeli naciek nie przechodzi na części sąsiednie i nowotwór jest ruchomym, można przy użyciu tego sposobu zamiast gastroenterostomii—zabiegu jedynie paliatywnego, dotąd używanego w podobnych przypadkach — wykonać gastroenterostomię w połączeniu z resekcją odźwiernika (gastroenterostomija zapomocą płytek niezupełnie odwapnionych, resekcja odźwiernika, ślepe zeszyte resekowanej dwunastnicy i żołądka). Enterorafija okrężna nie daje się w podobnych przypadkach wykonać z powodu znacznego oddalenia światła resekowanych kiszek.

Czy metoda ta wobec ruchomego raka odźwiernika, nadającego się do resekcji wogóle ma wyższość nad sposobem dotychczas używanym (BOWREMAN JESSET), musiałyby dalsze doświadczenie rozstrzygnąć. Dotychczasowe doświadczenie przemawia za równouprawnieniem, w podobnych przypadkach, metody SENN'A z dawną metodą.

3) Anastomoza jelit powinna być zawsze wykonywaną według sposobu SENN'A zapomocą płytek odwapnionych i ma pierwszeństwo przed dawnym sposobem szycia z powodu szybkości z jaką założyc się daje i pewności połączenia obu jelit.

4) Wobec znacznych zwężeń jelit, wskazaną jest anastomoza zapomocą płytek.

5) Wobec nowotworu jelita ślepego, nienadającego się do resekcji z przyczyny rozległości nacieku, wskazaną jest ileocolostomija zapomocą płytek odwapnionych.

6) Wobec nadającego się do resekcji nowotworu jelita ślepego, wydaje mi się najracjonalniejszym postępowanie SENN'A, t. j. resekcja jelita cienkiego i ślepego, ślepe za-

szycie końców resekowanych i anastomoza zapomocą płytek odwapnionych.

7) Jeżeli po wykonaniu resekcji jelit znajdziemy znaczną nierówność światła resekowanych kiszek, należy zamiast enterorafii okrężnej zaszyć ślepo oba resekowane końce i przywrócić drożność jelit przez anastomozę tychże powyżej i poniżej resekowanego miejsca zapomocą płytek odwapnionych.

8) Ponieważ przy resekcji jelit, wobec zgorzeli tychże, bardzo często napotyamy nierówność światła resekowanych kiszek, sposób SENN'A ma wielką przyszłość po resekcji jelit zgorzelinowych. Czy po każdej resekcji jelit cienkich zastosowałyby należało szycie według sposobu SENN'A zapomocą płytek odwapnionych, dalsza przyszłość dopiero będzie wstanie wykazać. W każdym razie sposób ten przywraca zarówno drożność jak enterorafija okrężna i da się znacznie szybciej wykonać od tego ostatniego sposobu.

9) Jeżeli przy laparotomii celem usunięcia sztucznego odbytu znajdziemy znaczne, trudno się dające oddzielić zrosty sąsiednich pętli, jako następstwo przebytego miejscowego zapalenia otrzewnej, wskazaną jest enteroanastomoza pętli doprowadzającej z odprowadzającą (powyżej i poniżej sztucznego odbytu) zapomocą płytek SENN'A z zamknięciem ślepem obu ramion odbytu i pozostawieniem zrosniętych pętli. Resekcja typowa z następczą enterorafiją według zwykłego sposobu jest w tych przypadkach niebezpieczną, albowiem oddzielenie zrostów naraża chorych raz na niebezpieczeństwo zapalenia otrzewnej z powodu możliwych naddarć i wylania się kału do jamy otrzewnej, powtóre na niebezpieczeństwo wstrząsu, gdyż oddzielenie zrostów może w tych przypadkach trwać dłużej, aniżeli sama enterorafija.

10) Szew płytkowy SENN'A zasługuje na ogólne przyjęcie do chirurgii brzusznej. Daje się on założyć znacznie szybciej, aniżeli którykolwiek ze znanych szwów jelitowych, a zrosty po założeniu tegoż są pewne. Wskutek szybkości, z jaką szew ten założyć się daje, niebezpieczeństwo wstrząsu przy zastosowaniu go jest niewiele mniejsze, aniżeli przy każdym innym sposobie enterorafii. Wskutek małej ilości nici, jakich do założenia jego

potrzeba, niebezpieczeństwo zakażenia jamy brzusznej jest mniejsze, aniżeli przy szyciu według dawnego sposobu. Ska-ryfikacje, zapomocą skalpela powierzchni surowicznych w za-kresie płytek, przyspieszają powstanie silnych zrostów po-łączonych jelit.

11) Płytki z kości wołowej, odwapnione i według przepisu SENN'A sporządzone, powinny należeć do zapaso-wych niezbędnych materiałów pomocniczych każdego chi-rurga, podobnie jak jedwab aseptyczny, dreny i t. d.

S p i s p r a c e

ogłoszonych od czasu pierwszej pracy Senn'a, odnoszących się do jego metody enterorafii i enteroanastomozy.

N i c h o l a s S e n u. An experimental contribution to intesti-nal surgery, with special reference to the treatment of intestinal ob-struction.

a) Transactions of the international medical Congress, Washing-ton, 1887, Vol. I, str. 435—486.

b) Annals of Surgery, St.-Louis, 1888, Vol. VII, str. 99, 171, 264, 367 i 421.

c) Experimental surgery, Chicago, 1889, str. 276.

N i c h o l a s S e n n. The surgical treatment of intestinal ob-struction. Transactions Congress American physicians and surgeons, Wa-shington, September 18, 1888.

R. A b b e. Complete obstruction of the colon succesfully relie-ved by using SENN's plates; a proposed substitute of catgut rings. New-York medical Journal, 1889, Vol. XLIX, str. 314—317.

F. B. J e s s e t. Observations on intestinal surgery; results ob-tained from an experimental investigation into a novel mode of opera-ting. British med. Journal, 1889, Vol. I, str. 590. Transactions Royal medical and chirurgial society of London, Lancet, March 16, 1889.

J. R a n s e h o f f. Gastroenterostomy; a clinical lecture. Poly-clinic, Philadelphia, 1888—1889, Vol. VI, str. 229—231.

R. M a t a s. On circular enteroraphy and its rapid performance witg easily improvised catgut rings. New-Orleans medical and surgical Journal, 1889—90, Vol. VII, str. 1—15.

H. W. P a g e. A case of gastroenterostomy, together with the table of cases hitherto recorded. British med. Journal, 1889, Vol. II, str. 1, 11, 14, i Lancet 1889 Vol. I, str. 986.

A. V. L. B r o k a w. The use of segmented rubber rings in intestinal anastomosis and other operations. *International Journal of surgery*, New-York, 1889, Vol. II, str. 251—256.

T. K i l n e r C l a r k e. Case of gastroenterostomy with the aid of decalcified bone plates. *British med. Journal*, 1889, Vol. II, str. 1089.

T. K i l n e r C l a r k e. Gastroenterostomy. *Lancet* 1890, Vol. II, str. 1213.

A. V. L. B r o k a w. An experimental study of intestinal anastomosis, with some practical suggestions as to a modified technique. *Weekly medical review*, St.-Louis, August 12, 1889, Vol. XX, str. 121 do 125.

J. D. S. D a v i s. Ileocolostomy in which DAVIS's catgut mats were used for approximation. *New-York med. Journal*, 1889, Vol. I, str. 296 i *Virginia medical Monthly*, Richmond, 1889 — 1890, Vol. XVI, str. 454—460.

F. B. J e s s e t. Results obtained from an experimental investigation into a novel mode of operation, suggested by prof, SENN of Milwaukee. *British med. Journal*, 1889, Vol. II, str. 169—180.

B. F. C u r t i s. Knots, ligatures and sutures. *Medical Record*, New-York, 1889, Vol. XXXVI, str. 449—456.

G. S. S t a n f i e l d. A successful gastroenterostomy with SENN's plates. *British med. Journal*, 1890, Vol. I, str. 294.

G. S. S t a n f i e l d. Sequel to a case of gastroenterostomy with SENN's approximation plates. *British med. Journal*, 1890, Vol. I, str. 1300.

R a w d o n. A case of pylorotomy and direct gastroduodenostomy with the aid of SENN's decalcified bone plates. *British med. Journal*, 1890, Vol. I, str. 323.

M. S t a m m. A case of gastroenterostomy after SENN's method for cancerous obstruction of the pylorus. *Medical News*. Philadelphia, 1889, Vol. LVI, str. 112—117.

R. A b b e (New-York). Fecal fistula cured by intestinal anastomosis, *Medical News*. Philadelphia, June 1, 1889.

A. W. M a y o R o b s o n. A successful case of gastroenterostomy after SENN's method.—Korespondencyja w *British med. Journal*, 1890, Vol. I, str. 1167.

A. V. L. B r o k a w. Intestinal anastomotic operation with segmented rubber rings; with some practical suggestions as to their use in other surgical procedures, *Medical News*. Philadelphia, 1889, Vol. IZ, str. 634—637.

R. F. W e i r. The treatment of simple pyloric stenosis by gastroenterostomy (by ABBE's rings) rather than by LORETTA's operation, *Medical News*. Philadelphia, 1889, Vol. IV, str. 663.

J o h n D. D a v i s (Birmingham, Alabama). An experimental study of intestinal anastomosis, *The Times and Register*, New-York and Philadelphia, Vol. XX, Nr. 594, 595, 1890, January 25, February 1, str.

74—79 i 99—105, i *Annals of Gynecology*. Boston, 1889—1890, Vol. III, str. 150—157.

R. F. Weir. Gastroenterostomy with catgut rings (ABBE'S), *New-York medical Record*, February 22, 1890.

B. F. Shimwell. Intestinal surgery, *Medical News*, Philadelphia, 1890, Vol. LVI, str. 389—393.

H. Tuholske. Gastroenterostomy and pylorotomy, *Medical News*, Philadelphia, Vol. LVI, str. 503—506.

W. T Bull. Gastroenterostomy and pylorotomy, *New-York medical Record*, 1890.

A. V. L. Brockaw. New methods of performing pylorotomy, with remarks on intestinal anastomotic operations, *St.-Louis, Courier of Medicine*, 1890, Vol. II, str. 355—367.

N. Sen n. Two cases of resection of the coecum for carcinoma, with remarks on intestinal anastomosis in the ileocecal region. *The Journal of the American medical Association*, June 14, 1890.

Rudolf Matas, The present status of the operations of the intestinal anastomosis and enteroraphy. *New-Orleans medical and surgical Journal*, August, 1890, Vol. XVIII, Nr. 2, str. 97 i nast.

M a n l y. Colectomy for malignant disease. *New-York medical Journal*, April 19, 1890.

F. B. Jesset. Remarks on pylorotomy.—Korespondencyja w *British med. Journal*, 1890. Vol. I, str. 1105.

F. B. Jesset. Two cases of gastroenterostomy for pyloric carcinoma. *Lancet*, 1890, Vol. II, str. 68—69, July 12.

George F. Beatson. Two cases of gastroenterostomy. *Lancet*, 1890, Vol. II, October 11, str. 761—764.

N. Sen n. Diagnosis and operative treatment of gunshot wounds of the stomach and intestines. *The Journal of the American medical Association*, August 30, September 6 and 13, 1890.

Brookhouse and Owen T a y l o r (Nottingham). A case of cancer of the pylorus; gastroenterostomy, recovery. *Lancet*, 1891, Vol. I, str. 718.

W. H. Brown (Leeds). Gastrojejunostomy for pyloric obstruction. *Clinical society of London*, April 24, 1891. *Lancet*, 1891, Vol. I, str. 989.

A. W. M a y o R o b s o n. A case of gastroenterostomy for pyloric cancer. *Lancet*, 1891, Vol. I, str. 1140, May 23.

N. Sen n. Surgical treatment of intussusception. *The Canadian Practitioner*, July 16, 1891.

Charles Lark in. A successful case of gastroenterostomy, remarks. *Lancet*, 1891, Vol. II, str. 72, July 11.

Charles Lark in. A case of gastroenterostomy for relief of pyloric obstruction followed later by recurrence of symptoms for which jejunostomy was performed. *Lancet*, 1891, Vol. II, str. 667 i 668, September 19.

F. B o w r e m a n n J e s s e t. Gastroenterostomy followed by recurrence of symptoms.—Korespondencyja w Lancet, 1891, Vol. str. 737.

C h a r l e s L a r k i n. Recurrence of symptoms after gastroenterostomy.—Korespondencyja w Lancet, 1891, Vol. II, str. 786.

F. B o w r e m a n J e s s e t. Recurrence of symptoms after gastroenterostomy.—Korespondencyja w Lancet, 1891, Vol. II, str. 843.

C h a r l e s L a r k i n. Recurrence of symptoms after gastroenterostomy.—Korespondencyja w Lancet, 1891, Vol. II, str. 897.

L a r k i n (Liverpool). Sequel of the case of gastroenterostomy and jejunostomy; death from internal hernia. Lancet, 1891, Vol. II, November 28, str. 1222—1223.

F. B o w r e m a n J e s s e t. Remarks on the operation of ileocolostomy for organic disease of the caecum, causing obstruction. Lancet, 1891, Vol. I, str. 358 i 359.

F. B o w r e m a n J e s s e t. Case of combined pylorotomy and gastroenterostomy for carcinoma of the pylorus; recovery. Lancet, 1891, Vol. II, October 24, str. 921—923.

N. S e n n. The surgical treatment of pyloric stenosis with a report of fifteen operations for this condition. Medical Record, New-York, November 7 and 14, 1891.

O GŁUCHONIEMOCIE.

Rys statystyczno-lekarski głuchoniemoty w Król. Polsklem

oraz

wyniki badań narządów słuchowych u 400 głuchoniemych.

przez

E. Modrzejewskiego

Lekarza ambulatoryjum chorób usznych w szpitalu Dzieciątka Jezus
w Warszawie.

Motto:

Sache der Statistik muss es sein, einerseits die Verbreitung der Taubstummheit festzustellen, andererseits das Wesen und die Ursachen derselben zu ermitteln, damit Massregeln getroffen werden können, durch welche dem Auftreten derselben, soweit als dies überhaupt möglich ist, entgegengewirkt werden kann.

HARTMANN.

PRZEDMOWA.

W roku 1884, w dziele jubileuszowym prof. HOYERA, podałem wyniki badań narządów słuchowych u 234 głuchoniemych. Zamiarem moim było otrzymane rezultaty i zebraną statystykę zużytkować następnie w obszerniejszej pracy, dotyczącej głuchoniemoty wogólności, lecz różne niepomysłne okoliczności, a zwłaszcza nieszczęśliwy stan mojego zdrowia, nie pozwoliły mi tego dokonać przez czas dłuższy, tak, że obecnie dopiero mogę złożyć czytelnikom owoce moich zabiegów i poszukiwań. Nie sądzę, aby praca straciła na tem opóźnieniu, gdyż mogłem ją dopełnić większą ilością spostrzeganych przypadków, zużytkować nowe, w tym czasie ogłoszone, materyjały z obcej literatury, dokładniej

i gruntowniej przedmiot omawiany zbadać i niektóre ciemne kwestyje wyjaśnić. Jak w każdej pracy ludzkiej, tak i w niniejszej znajdzie się zapewne wiele wątpliwości, usterek i błędów, lecz usprawiedliwieniem mojem niechaj to będzie, że jestem pierwszym piszącym po polsku o tym przedmiocie, że badania nad głuchoniemymi, zwłaszcza mniej rozwiniętymi, przedstawiają wiele trudności, że wreszcie dane statystyczne, nawet zagraniczne przy znakomitej organizacyi w ich zbieraniu i pomocy materyjalnej, również w tej kwestyi nie dają zupełnie pewnych wyników. *Feci quod potui* mógłbym powiedzieć, a materyjał przemennie zebrany, jakkolwiek niezupełny, stanowić będzie przyczynek i wskazówkę dla przyszłych badaczy tego przedmiotu.

Jeżeli pracą tą zdołam żywiej zainteresować nasze społeczeństwo do zajęcia się losem głuchoniemych biedaków, a skutkiem tego jedyna w naszym kraju instytucja, kształcąca tych wydziedziczonych, zyska szersze moralne i materyjalne poparcie, będzie to prawdziwą dla mnie nagrodą za moje trudy i starania.

Warszawa, 8-go Października 1892 r.

E. Modrzejewski.

W S T Ę P.

Można przypuścić, że tak dawno, jak ród ludzki istnieje, zdarzały się i przypadki głuchoniemoty. Najdawniejsze wzmianki o tej ułomności rodzaju ludzkiego spotykamy u Hippokratesa, Arystotelesa i lekarzy arabskich. Głuchoniemotę jednak objaśniano wtedy nieodpowiedniem wykształceniem lub porażeniem organów mowy i w tym kierunku starano się leczyć, często niezmiernie bolesnymi i barbarzyńskimi sposobami. Pojęcie to błąkało się jeszcze między lekarzami późniejszych czasów i dopiero w XVI stuleciu benedyktyn mnich hiszpański Pedro de Ponce, (1570 r.), zapomocą odpowiednich ćwiczeń, nauczył mówić kilku głuchoniemych i zwrócił przez to umysły lekarzy do szukania właściwej przyczyny głuchoniemoty.

Już w roku 1581 ¹⁾ kilku lekarzy wiedeńskich zebranych na naradzie, aby zaopiniować o stanie zdrowia głuchoniemego ze sfer wyższych, doszło do przekonania, że niemota zależną jest od głuchoty. Głównie jednak przyczynił się do ugruntowania tego pojęcia lekarz szwajcarski AMMAN. Skutkiem tego zajęto się odpowiedniemi, systematycznemi kształceniem głuchoniemych i przekonano się, jak znaczna liczba istnieje tych biednych, upośledzonych istot, które wieczną otacza cisza i które, jako pozbawione mowy, stanowią niejako oddzielne społeczeństwo, muszą być oddzielną częścią ludzkości.

Systematyczne naukowe badanie nad głuchoniemymi i opracowanie głuchoniemoty, już to w podręcznikach chorób usznych, już też w oddzielnych broszurach, datuje się od początku bieżącego stulecia. Zajmowano się głównie zbieraniem przyczyn głuchoniemoty i statystyką głuchoniemych, odnośnie do pozostałej ludności danego kraju. Z autorów francuzkich opracowywali ten przedmiot: J. M. G. ITARD, DELEAU, SANVEUR, J. B. PUYBONNIEUX, M. E. HUBERT-VALLEROUX, M. BONNAFONT, BONVIER; z angielskich: J. TOYNBEE; z niemieckich: Edward SCHMALZ, Ph. H. WOLFF, L. MEISSNER, LENT, B. F. WILCHELMI; głównie zaś obszernie i wyczerpujące monografie niemieckie o głuchoniemocie zjawily się w latach ostatnich, jakoto: HARTMANN'A, HEDINGER'A, Henr. SCHMALTZ'A, LEMCKE'go, oraz duńczyków HOLGER-MYGIN'D'A i MYGGE'go.

W pracy HARTMANN'A znajdujemy wiele cennych danych, odnoszących się do głuchoniemoty i osobistych spostrzeżeń autora. Najlepszą i najdokładniejszą statystykę podali WILCHELMI i LENT, również Henr. SCHMALTZ, którego praca, dotycząca głuchoniemoty w Saksonii, odznacza się oprócz tego oryginalnością badań i poglądów, oraz wyjątkową pracowitością w zestawieniu odnośnych cyfr, tak, iż jest niewątpliwie najcenniejszą pracą, ogłoszoną dotąd o głuchoniemocie. Również ważną jest praca MYGIN'D'A,

¹⁾ Joh. CORNARIUS. *Cousiliorum medicinalium tractatus*. Lipsiae, 1599.

podająca rezultaty pośmiertnego badania narządów słuchowych u głuchoniemych, oraz szczegółowe dane odnoszące się do 54-ch przypadków głuchoniemoty wrodzonej. Z najnowszych też tych prac głównie korzystałem, posiadając wszystkie w oryginałach, nie pominąłem jednak i prac dawniejszych E. SCHMALTZ'A i MEISSNER'A, z których mogłem się przekonać, że dawniejsi pisarze nieraz sumiennie i lepiej spostrzegali, aniżeli jak to dziś ma miejsce.

Badania lekarskiego nad 400 głuchoniemymi, dokonywałem w Warszawskim Instytucie Głuchoniemych i Ociemniałych i w Oddziałach równoznacznych tegoż Instytutu, znajdujących się przy ulicy Podwale Nr. 24. Druga seryja moich badań w latach ostatnich, była dokonana za zezwoleniem dyrektora Instytutu prof. d-ra M. K. ZIEŃCA, za co Mu niniejszem składam wyrazy podziękowania. Również dziękuję kol. Władysławowi WRÓBLEWSKIEMU, który mi udzielił swoich notatek, dotyczących zmian znalezionych w nosie i gardzieli u głuchoniemych, badanych jednocześnie ze mną w Instytucie w 1890 r. W dalszym ciągu niniejszej pracy, przy odnośnych przypadkach, będzie o tem uczyniona odpowiednia wzmianka. Dane statystyczne i inne tu odnoszące się, uzyskałem w części z ksiąg Instytutu, w części w latach dawniejszych z kancelaryi Warszawskiego Generał-Gubernatora, za łaskawem pośrednictwem kol. BARTOSZEWICZA, za co Mu dziękuję.

Wszyscy prawie autorzy, piszący u głuchoniemocie, podają odpowiednie sposoby i metody kształcenia głuchoniemych, jest to jednak kwestyja tak specyjalna i czysto wychowawcza, że uważałem za właściwe zupełnie ją w mojej pracy pominąć.

Obszerną literaturę odnoszącą się do głuchoniemoty, podam w chronologicznym porządku na końcu niniejszej pracy.

Część 1-sza.

ROZDZIAŁ I.

Ogólne uwagi nad głuchoniemotą i głuchonlęmy. — Właściwości głuchoniemych pod względem ich rozwoju fizycznego, umysłowego i cech charakteru.—Rozpoznanie głuchoniemoty. — Cechy odróżniające głuchoniemotę od idyjotyzmu i niemoty.—Szemat badania głuchoniemych.

Brak słuchu i mowy u człowieka nazywamy głuchoniemotą, a jako głuchoniemych uważamy tych ludzi, którzy, będąc głuchymi od urodzenia lub utraciwszy słuch w pierwszych latach życia, nie mogli się nauczyć mówić, lub też następnie mówić przestali.

Wiadomo, że rozwój umysłowy człowieka, rozwój mózgu jako organu myślenia, zależnym jest od tych wrażeń, jakie ze świata zewnętrznego za pośrednictwem zmysłów zostają do mózgu doprowadzone. Wrażenia te wytwarzają w mózgu odpowiednie pojęcia, które są podstawą prawidłowego myślenia. W normalnych warunkach pojęcia te wyraża dziecko właściwymi słowami, t. j. mową. Dziecko, które słyszy, uczy się mówić przez naśladowanie, powtarzając usłyszane wyrazy i układając je stopniowo w pojedyncze zdania.

Nieodzownym zatem warunkiem mowy jest słuch, i dlatego dziecko pozbawione słuchu może tylko niedostatecznie nauczyć się mówić, przez odpowiednie kształcenie w specjalnych zakładach. Skutkiem tego i rozwój umysłowy głuchoniemego jest trudniejszym, umysłowe zaś jego zdolności pozostają bez kształcenia, w stosunku do dzieci słyszących, na niższym stopniu rozwoju. Nie idzie jednak zatem, aby umysł głuchoniemych był niezdolnym do odpowiedniego kształcenia, i słusznie powiada HARTMANN, że przy zaniedbanem kształceniu dziecko słyszące, ze słabymi zdolnościami, może następnie daleko mniej się rozwinąć, niż zdolne dziecko głuchonieme przy sprzyjających warunkach zewnętrznych, nawet bez specjalnego kształcenia w odpowiednim zakładzie.

Można przyjąć, że dzieci głuchonieme 7-letnie pod względem umysłowego rozwoju stoją na równi z dziećmi słyszącymi 3 lub 4-letnimi.

Dziecko głuchonieme w odpowiednim zakładzie można nauczyć mówić, nigdy jednak nie będzie ono słyszało dźwięków muzyki i modulacji głosu ludzkiego.

Co do pewnych właściwości w rozwoju fizycznym głuchoniemych, wyróżniających ich od ludzi słyszących, uderza u nich przede wszystkim wyraz twarzy, a zwłaszcza oczu. Głuchoniemy żywo śledzi oczami na wszystkie strony i bada przedmiot spostrzegany z taką uwagą, jakby go sobie chciał dobrze w pamięć wpoić. To samo odnosi się i do osób widzianych poraz pierwszy, których oczami chcą niejako przeniknąć. Oprócz tego, w oczach głuchoniemego maluje się jego dusza, jego nastrój duchowy, zadowolenie, obawa, zwątpienie i t. p. wyraźniej i jaśniej, niżli u ludzi ze słuchem prawidłowym.

Drugą cechą, wyróżniającą głuchoniemych, jest delikatność zmysłu czucia. Ciekawe pod tym względem przykłady podaje E. SCHMALTZ o głuchoniemych, którzy porozumiewali się w ciemności z mówiącą osobą, trzymając rękę swoją na obnażonej piersi lub ustach mówiącego, lub też rozumieli co im szybko pisano na ich czole lub plecach. Z drugiej strony wrażliwość nerwowa u głuchoniemych jest zdaje się mniejszą. Mogłem się o tem przekonać w naszym Instytucie, zakładając u wszystkich badanych głuchoniemych kateter dla zbadania trąbki Eustachiusza. Tylko mała liczba badanych silniej reagowała lub protestowała na tę, u normalnych dzieci wielce zwykle trudną do uskuteczenia, manipulację.

Organy oddechowe, a zwłaszcza płuca, u głuchoniemych, według zdania większości autorów, miały być niedostatecznie rozwinięte. Pogląd ten ugruntował się głównie na zasadzie poszukiwań TAYNBEE'go, MEISSNER'A i E. SCHMALZ'A, którzy przy rozbiorach pośmiertnych zwłok wielu głuchoniemych znajdowali płuca albo niedostatecznie rozwinięte i wiotkie, lub też w wielu przypadkach dotknięte gruźliczymi zmianami. I tak: MEISSNER na 61 przypadków pośmiertnego badania zwłok głuchoniemych, znalazł u 31 zmiany gruźlicze w płucach, E. SCHMALZ na 20 przypadków 10 razy. Objaśniano to brakiem mowy i niedostateczną skutkiem tego gimnastyką płuc.

Ostatnie prace HARTMANN'A i Hen. SCHMALTZ'A zdają się przemawiać przeciw temu pogładowi, częstość znajdujących zmian gruczliczych w płucach u głuchoniemych, czynią zależną od niekorzystnych socyalnych warunków, w których większość głuchoniemych się rodzi i żyć następnie jest zmuszoną. Badania jednak Hen. SCHMALTZ'A niezupełnie obalają pogląd dawniejszych autorów odnośnie stanu płuc u głuchoniemych. Badania spirometryczne i mierzenie objętości klatki piersiowej u głuchoniemych jednego wieku, dokonane przez H. SCHMALTZ'A, wykazały: że przecięciowa pojemność płuc jest u nich mniejszą od normalnej, oraz, że pojemność płuc u tych głuchoniemych, którzy następnie ogłuchli (*Taubgewordenen*) jest większą, niż u głuchoniemych od urodzenia.

Co do wyglądu skrofulicznego u dzieci głuchoniemych, to spotykamy go bardzo często, gdyż według H. SCHMALTZ'A w stosunku 20%, według innych autorów 50%. Odpowiednio do tego, znajdujemy bardzo często zmiany patologiczne w nosie i gardzieli, jak to zobaczymy w 2-giej części niniejszej pracy, a to na zasadzie badań kol. WŁ. WRÓBLEWSKIEGO.

W warszawskim Instytucie głuchoniemych większość dzieci ma wygląd doskonały, a i płuca muszą dobrze funkcjonować, o czem mogłem się przekonać śledząc ich biegi wyścigowe w ogrodzie lub ćwiczenia gimnastyczne.

Co do zdolności umysłowych, t. j. inteligencji u głuchoniemych, to ta, jak to już wyżej wspomnieliśmy, u niekształconych głuchoniemych jest mniejszą, niż u ludzi ze słuchem prawidłowym. Przez odpowiednie jednak kształcenie, władze umysłowe u głuchoniemych dają się rozbudzić i stopniowo rozwinać tak, iż w instytutach otrzymywano nieraz pod tym względem zdumiewające rezultaty. Myślenie u niewykształconego głuchoniemego nie przedstawia się jako logiczne ugrupowanie oddzielnych pojęć, lecz jest więcej przedmiotowe, ujęte w pewne konkretne formy i obrazy.

Rodzaj myślenia głuchoniemego jest, według MEISSNER'A, czysto materyjalistyczny, można jednak przez kształ-

cenie tak urobić jego pojęcia, pamięć i zdolność spostrzegawczą, że umysł jego nabiera znacznego rozwinięcia znacznej bystrości i staje się zdolnym do przyjęcia nawet więcej abstrakcyjnych nauk wyższych.

Głuchoniemi odznaczają się nieraz wyjątkową pamięcią, o czem i sam miałem sposobność się przekonać, gdy po kilku latach spotykałem w warszawskim Instytucie dawniej badanych głuchoniemych. Poznawali oni mnie odrazu i sami przypominali, że słuch ich był już badany.

Jako dowód mniejszej inteligencji, mniejszego rozwoju władz umysłowych u niekształconych głuchoniemych, będącego prawdopodobnie następstwem niedostatecznego rozwoju mózgowia, służyć mogą niezmiernie cenne i ciekawe badania wymiarów głowy u głuchoniemych różnego wieku, podane w pracy H. SCHMALTZ'A.

Autor ten zbadał poprzeczny i podłużny wymiar, oraz obwód głowy u 99-ciu chłopców i 71 dziewcząt różnego wieku i obliczył średnią cyfrę dla 20-tu najstarszych i tyluż najmłodszych głuchoniemych chłopców i dziewcząt. Porównywał następnie znalezione cyfry z podanymi przez LIHARZIKA dla chłopców i dziewcząt tego samego wieku, lecz zupełnie normalnych, t. j. niegłuchoniemych. SCHMALTZ przekonał się, że wymiary głowy u głuchoniemych są wogóle mniejsze, niż normalne wymiary LIHARZIK'A, graficznie przedstawione u VIERORDT'A. Przednio-tylny wymiar głowy u najmłodszych głuchoniemych jest mniejszy od normalnego, zwłaszcza w stosunku do wymiaru poprzecznego, tak, że głowa tych głuchoniemych ma kształt więcej okrągły (*Rundköpfe*). Stosunek ten zmienia się u starszych głuchoniemych i podczas gdy u najmłodszych stosunek wymiaru przednio-tylnego do poprzecznego wyraża się cyfrą 92 (w stosunku do 100), to u starszych głuchoniemych wynosi tylko 88. W miarę wzrostu dziecka, przewaga wymiaru poprzecznego głowy ciągle się jednak utrzymuje, tak, że obwód głowy u starszych głuchoniemych nie zmienia się tak znacznie, jak to normalnie powinno mieć miejsce, i różnica od normalnej wynosi około 3^o/_o.

jące przykłady wpływu pokrewieństwa rodziców na powstawanie głuchoniemoty, które podaje HARTMANN.

FALK¹⁾ opisuje przypadek głuchoniemoty w jednej rodzinie 6-ga dzieci. Rodzice tych dzieci byli zupełnie zdrowi, ojciec liczył lat 26, matka 21 w chwili pobrania się; pomiędzy krewnymi ojca i matki nie było przypadków głuchoniemoty. Przy szczegółowych poszukiwaniach okazało się, że rodzice tych dzieci głuchoniemych, oraz ich dziadkowie i pradziadkowie byli pomiędzy sobą ciotecznymi dziećmi.

DEVAY wspomina o przypadku spostrzeganym przez MENIER'A. Z małżeństwa pomiędzy ciotecznymi dziećmi urodziło się 8-ro dzieci, z których 4-ro było głuchoniemych, jedno idyjotą, jedno zmarło w 5-tym roku życia na chorobę mózgową, dwoje ogłuchło w późniejszych latach.

Ciekawy również przypadek spostrzegano w Hessyi²⁾. Zdrowsilny mężczyzna miał dwie żony, które obiedwie były w stosunku do męża cioteczne rodzeństwem. Z pierwszej żony urodziło się dwóch synów, z tych jeden głuchoniemy; z drugiej żony urodziło się 16-ro dzieci, z których troje było prawidłowych, 9-ro urodziło się nieżywych, czworo głuchoniemych.

Zobaczmy teraz co mówi w tym względzie statystyka. HARTMANN zestawił odpowiednią statystykę dla Irlandyi i Niemiec i znalazł, że na 6,515 głuchoniemych, w tem 4,790 od urodzenia, 336 było zrodzonych z małżeństw, w których rodzice byli pomiędzy sobą blizkimi krewnymi. Odpowiada to zatem procentowej cyfrze 5,2% *resp.* 7,0%.

Według HARTMANN'A, dla rozstrzygnięcia tej kwestyi, należałoby przy zbieraniu statystyki brać pod uwagę względną częstość małżeństw pomiędzy krewnymi wogólności i odpowiednio do tego obliczać stosunek zrodzonych z takich małżeństw dzieci głuchoniemych.

Uczył to H. SCHMALTZ dla Saksonii, w której ogólna ilość małżeństw w pokrewieństwie z sobą będących wynosiła 4%, ilość zaś tychże małżeństw z dziećmi głucho-

¹⁾ Archiv f. Psychiatrie, Bd. III, s. 407.

²⁾ Archiv d. deutsch. Gesell. f. Psychiatrie, XVII, s. 569, 1870.

niemymi wyniosła 2,5 ogólnej sumy. Na mocy swoich poszukiwań przychodzi SCHMALTZ do wniosku, że małżeństwa, w których rodzice są pomiędzy sobą krewnymi, nie wpływają na częstość przypadków głuchoniemoty, t. j., że dzieci zrodzone z takich małżeństw nie są w wyższym stopniu zagrożone głuchoniemotą.

Inaczej przedstawia się ta kwestyja w pracach duńczyków, J. MYGGE i H. MYGIND'A.

MYGGE wykazał krytycznym rozbiorem różnych danych statystycznych, że częstszymi są przypadki głuchoniemoty w małżeństwach, w których rodzice są z sobą w pokrewieństwie, oraz, że prawdopodobieństwo urodzenia się z takich małżeństw dzieci głuchoniemych jest 2 — 4 razy większe niż z małżeństw, w których rodzice nie są między sobą krewnymi.

Jeszcze wyraźniej występuje ten wpływ w statystyce MYGIND'A dla głuchoniemoty wrodzonej. Na 210 głuchoniemych dzieci 19, t. j. 9,05%, pochodziło z małżeństw będących z sobą w pokrewieństwie (pomiędzy stryjem i siostrzenicą, ciotką i siostrzeńcem, ciotecznymi dziećmi i cioteczno-ciotecznymi dziećmi), zaś na 54 dzieci z głuchoniemotą wrodzoną 12, t. j. 22,2%, urodziło się z takichże małżeństw. Wypada z powyższego, że częściej występuje głuchoniemota wrodzona u dzieci zrodzonych z małżeństw będących z sobą w pokrewieństwie. Częstość głuchoniemoty wrodzonej w takich małżeństwach występuje nie tylko w stosunku do ilości tych małżeństw porównywanych z małżeństwami mieszanymi (w których nie masz pokrewieństwa), lecz i w stosunku do ilości urodzonych głuchoniemych dzieci, t. j., że w małżeństwach spokrewnionych z sobą więcej się spotyka głuchoniemych dzieci.

MYGIND na mocy swoich poszukiwań przychodzi do wniosku, że pokrewieństwo pomiędzy rodzicami jest ważnym czynnikiem w powstawaniu głuchoniemoty wrodzonej.

Zdaje się zatem nieulegać wątpliwości na mocy najnowszych badań, że małżeństwa zawarte pomiędzy bliskimi krewnymi, odgrywają ważną

rolę w przyczynach powodujących głuchoniemotę, zwłaszcza wrodzoną, a różnice poglądów widanych statystycznych w tej kwestyi pomiędzy autorami, zależne są od trudności poszukiwań w tym kierunku.

Co do innych przyczyn głuchoniemoty wrodzonej, jak np. różnych chorób u rodziców, pijaństwa, różnic wieku pomiędzy rodzicami, zachowania się matki podczas ciąży it. p., na pytania te statystyka nie daje nam dotąd żadnych pewniejszych danych. (D. n.).

PRZESTROGA PRZY UŻYWANIU WIANKÓW MACICZNYCH.

Sprawozdanie z kazuistyki pewnych ujemnych działań wianków macicznych źle wybranych, zaniedbanych i zapomnianych, oparte na zestawieniu 262 przypadków, zebranych z literatury i praktyki.

podał

Dr. med. **Frauciszek Neugebauer.**

Fors et haec olim meminisse juvabit!

W S T Ę P.

Dzisiejsza ginekologija i giniatryja, czyli nauka o chorobach właściwych kobietom, oraz o ich leczeniu, jako specyjalna gałąź wiedzy lekarskiej dopiero we współczesnej erze zdołała się wyzwolić z rąk terapeutów i chirurgów. Charakter dzisiejszej giuekologii w porównaniu z dawniejszą jest przeważnie chirurgiczny, tak, że studyja ginekologiczne dziś wymagają z konieczności przedwstępnych studyjów chirurgicznych. Wobec dzisiejszego przeważnie chirurgicznego kierunku i prądu — już nie mówiąc o *furor operativus*, przeciw któremu nie tylko STRATZ wystąpił w swoim czasie, lecz i wielu innych lekarzy, specyjalnie pewien amerykanin, przypominając towarzyszom ginekologom, że kobieta oprócz macicy, jajowodów, jajników i pochwy, posiada jeszcze inne organa, jak: serce, płuca, wątrobę, nerki, kiszki, śledzionę, mózg i mlec, oraz nerwy, i że nie wszelką newrozę, psychopatyję etc. można

leczyć lekkomyślną kastracją—powiedzieć można, że w dzisiejszych klinikach panuje motto: „*nulla dies sine linea*“—ma się rozumieć *linea alba... caesa!*—Przyszło nawet do podziału ginekologii na tak zwaną małą ginekologję, „*die kleine Gynaekologie*“, której symbolem dla chirurga, poniewierającego nią, jest irygator i tampon z gliceryną,—oraz tak zwaną większą, czyli operacyjną ginekologję.

Następstwem dzisiejszych poglądów i dzisiejszego kierunku są ogromne postępy z jednej strony, a ważne braki w klinicznym uczeniu ginekologii z drugiej strony, braki ważne, odczuwane nie tylko przez cierpiące kobiety, przez leczone, lecz i przez młodsze pokolenie lekarzy—przez leczących! Mianowicie, że przedstawiciele katedry specjalności naszej, porwani ogólnym prądem dążenia do statystyk cięć brzusznych nie 15 do 20, lecz pierwszej, drugiej setki, pierwszego, drugiego tysiąca!—prawie w zupełności zapominają w nauce klinicznej o tak zwanej małej ginekologii, dla przeciętnej praktyka stokroć ważniejszej.

Ponieważ nie każdy lekarz może być chirurgiem, ponieważ nie każda choroba kobieca wymaga leczenia nożem,—ponieważ dalej nie każda chora zechce poddać się leczeniu chirurgicznemu wytrawnego chirurga, a tembardziej młodego, niedoświadczonego prowincjonalnego lekarza, *ut primitias vel rudimenta ponat in castris*, aby nauczony doświadczeniem pierwszego przypadku, w drugim inaczey operował,—ponieważ wreszcie, szczególnie na prowincyi, warunki ogólne dla operacyj chirurgicznych, szczególnie ważniejszych, niezawsze są sprzyjające, nie tylko co do gwarantowania antyseptyki i aseptyki, lecz i co do umiejętnej pooperacyjnej opieki i t. d., kierunek ten wyłącznie chirurgiczny uważam za wielki błąd w nowoczesnej nauce ginekologii.

W dzisiejszych warunkach student czwartego kursu, do którego dziś przedmiot ginekologii należy, w przeciągu roku szkolnego, czyli przez 7½ miesięcy wykładów, widzi prawie tylko operacje—widział zdaleka, w odstępach 2—5 łokci, w audytoryjum wykonaną setkę cięć brzusznych u chorych, których ani przed operacją nie widział i nie badał, ani też po operacji nie zobaczy (z wy-

jątkiem jednego lub dwóch kuratorów, chyba ubraną już opuszczającą klinikę była pacjentkę, lub też trupa na stole marmurowym; widział 6 ekstyrpacyj pochwo-
wych macicy (*a tergo!*), 60 amputacyj w przeciągu roku szyi macicznej zwyrodniałej lub przerosłej, z potrzebą lub bez potrzeby wykonanych, kilkanaście operacji plastycznych na pochwie i kroczu dokonanych, szereg operacji przetok i 46 wyskrobań jamy macicznej — i na tem koniec! Wyjeżdża młody kolega po ukończeniu kursów na prowincyję (do Ka-
łuszyna lub Zawichosta) i — tęskni za Warszawą, aby się gdziekolwiek, chociażby w przytułku położniczym lub w ambulansie szpitalnym nauczyć małej, dla niego stokroć ważniejszej ginekologii! Szczęśliwy, komu się uda przyplątać do jednego z ordynatorów szpitalnych — znów chirurgów — gdyż oddziałów specjalnych ginijatricznych, oprócz małej kliniki założonej przez ś. p. Ojca mojego w szpitalu Św. Du-
cha, kliniki uniwersyteckiej w szczupłym instytucie położniczym i oddziału w szpitalu Starozakonnych, dziś w Warsza-
wie jeszcze niema, — albowiem zakład zjednoczonych gine-
kologów, od niedawna przy ulicy Marszałkowskiej istnie-
jący, jest zakładem prywatnym.

Ileż rok rocznie młodych lekarzy zgłasza się do nas z prośbą o poradę względem wypełnienia tych braków!

Do tak zwanej małej ginekologii zaliczam między in-
nemi leczenie zbroczeń w położeniu organów miednicy, ma-
cicy, pochwy, jajników, pęcherza, odbytnicy etc. przy po-
mocy środków i przyrządów mechanicznych, wianków ma-
cicznych. Otóż na tem polu dają się odczuwać również ważne
braki w nauce klinicznej. Jeszcze za czasów asystentury u ś. p.
Ojca mojego, zwracałem specjalną uwagę na tak zwaną ma-
łą ginekologiję, starając się, o ile materyjał nasz i środki
na to pozwalały, ułatwić studentom ówczesnym, dzisiejszym
już kolegom, zapoznanie się z dyjagnostyką i terapiją w ma-
łej ginekologii, pamiętając o tem, że *vox viva*, rysunek i prak-
tyczna demonstracyja dla uczącego się często więcej są warte,
niż obszerna teoretyczna książka, przepełniona sporami ró-
żnych autorów i literaturą. Już wtenczas powziąłem zamiar
opracować dokładniej i uprzystępnąć dla studentów naukę
leczeniu zbroczeń pessaryjami. Od owego też czasu datuje

się zarodek dzisiejszej pracy mojej, stanowiącej pewną część tej kwestyi, wychodząc z punktu widzenia czysto praktycznego, aby—*primum non nocere!*—uwydatnić pewne ujemne działania wianków nieumiejętnie wybranych, zaniedbanych i zapomnianych. *Exempla docent—errando discimus!* Takich przykładów zebrałem przeszło 260 z literatury i praktyki, które w streszczeniu pozwałam sobie przedstawić czytelnikowi.

W odczycie moim w dniu 21 Lutego r. b., poprzedziłem wykład tej kazuistyki, nader ciekawej i pouczającej nie tylko dla ginekologa, ale i dla chirurga i terapeuty, streszczeniem dzisiejszych poglądów na tak zwane normalne położenie macicy przy zachowanej swobodnej ruchomości, oraz na teoretyczne poglądy na etjologiję, symptomatologiję, dyjagnostykę i terapię zbroczeń w położeniu; mówiłem również o warunkach fizjologicznych położenia normalnego i o równowadze pomiędzy parciem wewnątrzbrzusznem, oraz rezystencyją, oporem, wytrzymałością części miękkich, a mianowicie: 1) *parietes abdominis*, 2) *diaphragma pelvis* (*m. levator ani*, którego włókna przechodzą po części aż na boczne ściany pochwy, *m. coccygeus*, *m. pyriformis*, dalej *sphincter ani externus*, *constrictor cunni* i *transversus perinaei* — dalej *fascia pelvis*, *fascia perinaei* z jej różnemi warstwami); 3) więzy szerokie (*ligg. lata et infundibulo-pelvica* w stanie prawidłowym stosunkowo nieznaczną rolę co do położenia macicy odgrywające), czyli boczne, *ligg. rotunda*, więzy obłe, czyli przednie. *ligg. rectouterina*, czyli tylne, ważniejsze wobec wchodzących w budowę ich włókien mięśni; 4) całość, nietkniętość krocza, obecność trójkąta podstawowego pochwy (w sagitalnem przecięciu ciała boki trójkąta tworzą *perinaeum*, przednia ściana *intestini recti*, oraz część tylnej ściany pochwy); 5) stopień nachylenia miednicy i prawidłowe kształty takowej.

Stosunek siły i odporności wyżej wyliczonych czynników w stosunku do siły uciskającej od góry, w patologicznych warunkach zwiększonej, albo przez powiększony ciężar samej macicy, oraz jej przydatków (*metritis chronica s. infarctus uteri*, *subinvolutio*, *neoplasmata uteri et partium annexarum*) z jednej strony, albo też przez ciężką pracę fizyczną przy utrudnionem oddechaniu (podczas dźwignania

ciężarów i t. d.), wady serca (*ascites*), płuc (*emphysema, bronchitis chronica, asthma*), wątroby lub nerek (*Ascites*), obecność przepuklin (*herniae umbilicales, inguinales, crurales etc.*), wskazuje z góry na warunki sprzyjające zбочzeniom w położeniu macicy i t. d. Nawiasem jeszcze przypomniałem o zбочzeniach kręgosłupa, kifozie, skoliozie, kifoskoliozie, *pelvis fissi* wpływających również na położenie macicy. Po scharakteryzowaniu zбочzeń w położeniu macicy (podług SAENGER'A):

- I. Elevatio, Descensus, Prolapsus.
- II. Antropositio, Retropositio.

Dextro	}	positio, Lateripositio.
Sinistro		
- III. Anteversio, Retroversio.

Dextro	}	versio, Lateriversio.
Sinistro		
- IV. Anteflexio, Retroflexio.

Dextro	}	flexio, Lateriflexio.
Sinistro		
- V. Torsio uteri.
- VI. Inversio uteri.
- VII. Ectopia uteri (in hernia).

(SAENGER ostatnie trzy odmiany patologiczne zalicza do jednej grupy), skreśliłem w krótkich zarysach zasady leczenia chirurgicznego tych zбочzeń, poczynając od operacji pośrodkowego zeszcicia pochwy przy opadnięciu macicy. Pierwotnie była ona przez GÉRARDIN'A w Metz proponowaną, a poraz pierwszy wykonaną przez ś. p. Ojca mojego, i następnie jako wynalazek rzekomo nowy, własny, przez LEFORT'A w Paryżu; kazuistyka tej operacji, wdzięcznej dla wiekowych kobiet, mało znana, obejmuje już przeszło 80 przypadków, z których największa część przypada na klinikę Ojca mojego, CUZZONI degli ANCARANI, SŁAWIAŃSKIEGO i LEFORT'A. Następują potem różne metody i odmiany częściowej resekcji pochwy w celu zwężenia jej, proponowane i wykonane przez MARSCHALL HALL'A, IRELAND'A, LELOUTRE'A, VELPE'A, JOBERT'A, BELLIN'A, sztucznego zwężenia pochwy przez kauteryzację *ferro candente* (EVORY KENNEDY, DIEFFENBACH, COLLES), lapisem (CRAMPTON)

acido nitrico fumante (PHILIPS), na drodze sztucznej infekcji tryprowej (CHIPPENDALE), na drodze wywołania bliznowatego zwężenia przez „*pincement du vagin*“ (DESGRANGES i NÉLATON), i amputacji szyi macicznej (BRAUN ¹⁾), Epi-siorrhaphia FRICKE'go, spojenie warg sromowych przez kółko metaliczne.

Następuje dalej cały szereg sposobów i odmian nowszych *kolporrhaphiae anterioris, posterioris, uni-bilateralis*, oraz ich kombinacyj — *quot capita tot sensus!* Prawie każdy wybitniejszy operator ma swój sposób odmienny. [Operację tę zawdzięczamy części MARION'owi SIMS'owi, który, chcąc dla zwężenia pochwy zrobić sztucznie przetokę pęcherzowo-pochwową i w tym celu resekując część przegrody pęcherzowo-pochwowej dla następnego zeszywania przetoki, ze zdumieniem spostrzegł, że pomimo wycięcia obszernego płatu z przedniej ściany pochwy, ściana pęcherza pozostała nietkniętą, czyli, że łatwo daje się odseparować ściana pochwy od ściany pęcherza]. Dalej skreśliłem obraz rozwoju różnych sposobów rekonstrukcji *perinaei insufficientis*, pękniętego lub rozluźnionego krocza *perinaeosynthesis, perinaeoauæsis cruenta* (LANGENBECK, DIEFFENBACH, SIMON, HEGAR, BAKER BROWN, BISCHOFF, WINCKEL, FREUND, MARTIN (kombinację tej operacji *cum kolporrhaphia—kolpoperirinaeorrhaphia*), sposób rekonstrukcji krocza bez wycinania substancji — „*Lappenmethode*“ (SIMPSON, LAWSON-TAIT, SAENGER), oryginalny bardzo racjonalny sposób KUESTNER'A, dalej cały rozwój operacji uniesienia stałego opadniętej macicy przez skracanie jej więzów *a*) więzów obłych (ALQUIÉ, ALEXANDER, ADAMS), *b*) skrócenie więzów obłych przez zeszywanie jednego z drugim, lub sfałdowanie (BOLDT, BODE), *c*) skrócenie więzów tylnych, *ligg. recto-uterina* przez sfałdowanie i szew (FREUND, FROMMEL), przez przyszywanie rogów macicy lub dna macicy (bądź przedniej, bądź tylnej ściany) do ściany brzusznej przedniej—*ventrifixatio uteri, hysteropexis, hysterorrhaphia*—po, lub bez kastracji; resekcji przydatków (KOEBERLÉ, SCHROEDER, TAIT,

¹⁾ Jednego z operatorów powszechnie znanych wskutek tego, że więcej jak *larga manu* stosował kiedyś amputację szyi macicznej przy leczeniu opadnięcia macicy, nazwano w mieście: „*der blutige August oder Halsabschneider*.“

P. MUELLER, OLSHAUSEN, SAENGER, KELLY, TERRIER, POZZI). Wspomniałem przyszywanie obustronne *lig. lati, rotundi, ovarici* (OLSHAUSEN, SAENGER, KELLY) i samej macicy (CZERNY, TAIT, LEOPOLD), bez resekcji przydatków do przedniej ściany brzusznej na drodze cięcia brzuszego; przyszywanie dna macicy do ściany brzusznej bez cięcia brzuszego poprostu przez ścianę brzuszną przekłuwając igłę (CANEVA, KELLY) lub też ekstraperitonealnie po przecięciu ściany brzusznej aż na otrzewną (KALTENBACH, KUESTNER); cięcie brzuszne oraz skracanie *lig. sacrouterinorum* przez sfaldowanie ich i szew (W. A. FREUND i FROMMEL), nareszcie przyszywanie wierzchołka pęcherza moczowego do ściany brzusznej, *hysteropexis*.

Oprócz tych operacji wymieniłem jeszcze otwieranie przedniego sklepienia pochwy wraz z odseparowaniem pęcherza i plastyczną operacją (v. RABENAU), otwieranie tylnego sklepienia pochwy i tamponację jamy DOUGLAS'A gazą jodoformową w celu wywołania zapalnej obliteracji tej jamy (SAENGER, ŚWIĘCICKI), oraz tak zwaną ligaturę pochwową (przeszywanie przedniej ściany macicy aż do przedniego sklepienia pochwy — SAENGER, SCHÜCKING, THIEM), wykonaną przez SCHÜCKING'A i THIEM'A 68 razy bez przypadku śmiertelnego, operację *kolpohysterorrhaphiae* BYFORD'A, oraz ekstypację opadniętej macicy i pochwy *en bloc* szczególnie przy znacznej *enterocele*.

Dla zupełności tylko wspomniałem na końcu o propozycji PAJOT'A — *incredibile dictu* — wywołania chronicznej obstrukcji, w celu wypełnienia *ampullae recti* kałem przez regularne używanie opium w małej dawce przeciw tyłopochyleniu macicy — i systematyczne zatrzymywanie uryny przy przodopochyleniu macicy. Przytaczałem zaś propozycję tę tylko jako *curiosum!*

Po skreśleniu różnych dróg terapii operacyjnej i wzmiance o znaczeniu masażu podług THURE BRANDT'A dla pewnych form zbroceń w położeniu macicy, szczególnie po zapalnych sprawach unieruchomionej, przystąpiłem do historii leczenia zbroceń w położeniu macicy, pochwy, jajników, pęcherza i kiszki stolcowej przyrządami mechanicznie działającymi czyli pessaryjami.

Co to znaczy pessaryjum?

Zwykle przyjęta etymologija brzmi $\pi\epsilon\sigma\sigma\acute{o}\varsigma$, *Damenstein*, kamień do gry w arcaby, pieszy, *Fussgänger*. Zdaje mi się, że etymologija, ogólnie zresztą przyjęta, jest niewłaściwą, a że wyraz „pessaryjum“ pochodzi raczej od greckiego $\pi\acute{\epsilon}\sigma\sigma\omega$ —gotuję, rozmiękczam. Pessaryjum znaćbyło więc tyle co „*emolliens*,” lekarstwo rozmiękczające, przeciwzapalne, przeciw stwardnieniom używane. Rzeczywiście w dawniejszych czasach przez wyraz *pessarium*, *pessus* nie oznaczano przyrządów mechanicznych, przeciw zбочeniom w położeniu macicy używanych, lecz kawałki płótna, szerści i t. d., różnymi lekami, i środkami przeciwzapalnymi nasycane etc. i wprowadzane do pochwy, lub też rurki ołowiane albo drewniane wypełnione lekarstwem etc. Tak osobiście pojmuję etymologiję wyrazu „pessaryjum.“

Chociaż bezwątpienia tak dawno jak ludzie na świecie istnieją i człowiek o pępku się rodzi, istniały zбочenia położenia macicy, opuszczenia, wypadnięcia i t. p., a zatem prawdopodobnie i środki przeciw takiemu kalectwu skierowane, jak np. w starożytnych czasach noszenie jabłka, pomarańczy etc. w pochwie, to rzeczywiście u autorów najdawniejszych ile razy jest mowa o pessaryjach, mówią oni o pessaryjach nie mechanicznie, lecz przez lekarstwa działających (*pessaires medicamenteux* francuzów).

Co do wianków mechanicznie działających, w starożytnej literaturze znajdujemy prawie tylko zalecanie założenia jabłka granatowego do pochwy (nasyconego winem, terpentyną etc. [patrz dalej]) i jedną jedyną zaledwo wzmiankę, wskazującą na leczenie opadnięcia macicy, napotykamy w pracy „O narzędziach starożytnych chirurgicznych i gynijatrycznych, odnalezionych w ruinach miast rzymskich Pompei i Herkulanum“ [odbitka z Pam. Tow. Lek. Warsz., t. 78, 1882 r., str. 167] napisanej przez ś. p. Ojca mojego, który z natury odrysował w muzeum narodowym w Neapolu model terrakotowy macicy wypadłej, powleczonej pochwą, znaleziony pomiędzy tak zwanymi darami wotywnymi w świątyni Jowisza w Pompei. Jako dary wotywne składali tam pacjenci wdzięczni bogom za uleczenie odlewy, modele etc. odpowiednie, cierpiącej części ciała.

W dawnych czasach urządzano tego rodzaju pessaryja w kształcie męzkiego prącia i nazywano je *priapiscus* (*Priapus*), *balanus*, *pessus*, *suppositorium uterinum*, *annulus*. Składały się one z płótna, wełny lub szerści nasyconej *Myrrha*, *Asa foetida*, *Mastix*, miodem, siarką, odwarem bluszczy, liści wierzby, octem, winem, terpentyną, różnymi olejami, odwarami ziółek etc.

Po takim wstępie kreślę wkrótce historję wianków, używanych w celu mechanicznego leczenia, poczynając od jabłek granatowych zalecanych w starożytności i pierwszego pessaryjum, podanego w wiekach średnich, zrobionego z wosku owiniętego płótnem w kształcie prącia. Zaleca takowe przeciw opadnięciu macicy MATTHEU de GRADI. Pessaryjum jego było imitacją starożytnych cylindrycznych pessaryjów cylindrycznego kształtu lecz pustych w środku — dla napełnienia lekiem — jego zaś pessaryjum cylindryczne jest pierwsze pełne i miało przez dłuższy czas pozostawać w pochwie, gdy tymczasem pessaryja lecznicze wyjmowano już pokrótkim czasie (patrz AUVARD: Ind. bibl. l. c.). Już określenie słowa *pessaire* przez LITTRÉ'go w *Dictionnaire de la langue française*: „Instrument dont on se sert pour maintenir la matrice en sa situation naturelle; il s'est dit dans l'ancienne chirurgie des médicaments introduits à l'aide du pessaire“ dokładnie uwydatnia różnicę pomiędzy pessaryjami starożytnymi i pessaryjami GRADI'ego. Dawniej pessaryjum służyło jako *vehiculum medicaminis*, u niego zaś jako przyrząd ortopedyczny. Prawie w 100 lat później FRANCO, przy opisywaniu opadnięcia macicy, jeszcze nie zna innych pessaryjów prócz leczniczych, a dopiero w trzy lata po ostatniem wydaniu podręcznika FRANCO, AMBROZJUSZ PARAEUS przedstawia nam rysunki pessaryjów owalnych (niecylindrycznych pierwotnych).

Czy pessaryjum owalne było jego wynalazkiem, pisze AUVARD, niewiadomo. Zdaje się jednak, „que des pessaires de diverses formes étaient depuis longtemps dans la pratique suivie des chirurgiens, au moins des barbiers et des femmes. C'est ainsi qu'en parlait en 1581 l'un des amis de PARÉ, ROUSSET,“

Ze względu na ciekawość kwestyi, przytaczam treść dokładnie podług cytaty AUVARD'A:

„Or n'est-il de merveille, s'il en a jamais esté par les Anciens rien parfaitement escrit, car il y a une infinité de petits et gentils aydes experimentez par les femmes, aussi industrieuses à se secourir en telles maladies et necessités d'elles-mêmes, comme de leur nature vérécondes à s'en descouvrir aux hommes, lesquels sout secrets entre elles; de sorte que la plus part de leurs médecins mesmes ne les sçavent pas, et croy que cestuy en a esté un pour longtemps. Mais aujourd'huy quelques chirurgiens en font livres et leçons, et ce diversement: sçavoir est, quant à la matrice (sous doute matière), de quoy ils sont faits, quant à la figure et à l'usage, car les uns le font de seule cire, quelques-uns d'argent, ou d'or creux et pertuisé, les autres liège ciré. Item, les uns le font rond, les autres en ovale, les autres triangle ou quadrangle unéquilatéral, à angle obtus; les uns en forme de coeur aplati; quelques uns de rondeur oblongue et tronquée; les uns rond ou plat, pertuisé au milieu ou non. Aussi plusieurs l'appliquent avec une cordette pour l'attirer mieux au dehors, quand ils veulent; les autres seuls, sans qu'on soit gueres empesché de l'oster qui voudra, aussi bien qu'il y avoit un cordon, les autres ne l'ostent nullement.“ (De l'enfant. Caesarien, p. 176).

Dalej, podług AUVARD'A, ROUSSET na str. 180 cytuje kobietę, którą widział w roku 1579, która od 40 lat nosiła pessaryjum *en liège*, sporządzone przez jej ojca w 1539 r. Ojciec nazywał się Joannet Herauldieu (*dil Finet*) i był cybernikiem w Gisors.

„Suivant BAUHIN, l'appendice qu'il joignit à sa traduction latine de ROUSSET, les femmes allemandes se servaient d'un peloton de fil recouvert de cire vierge, d'autres d'une noix vidée et recouverte de cire à l'extérieur, de manière à lui donner la forme et presque le volume d'un oeuf de poule, et c'est d'un pessaire de ce genre, ajoute-t-il, que l'on se sert pour les grandes dames d'Allemagne quand elles ont une chute de matrice.“

Teściowa BAUHIN'A „femme très versée dans la pratique de la médecine,“ podobnie jak później pani Rondet w Paryżu w naszym wieku, fabrykowała na sprzedaż pessaryja obrączkowe „avec la racine de la vigne sauvage, recouverte de cire vierge, à la quelle elle ajoutait un peu de poix blanche ou de térébenthine. Enfin Jean BAUHIN, le frère de l'anatomiste, avait imaginé de soutenir la matrice avec un cercle en fil d'argent arrondi, supporté par une fourche à trois branches.“ „C'est la assurément la mention la plus ancienne,“ pisze AUVARD, „de nos pessaires à tige,“ powiedziałbym „en bilboquet.“ „BAUHIN en cite d'autres encore faits de fer-blanc, recouverts de cire; il pense que certains pessaires sont poussés jusque dans la cavité utérine.“ (?); mais pour qu'il a pu mieux étudier, savoir le pessaire ovale de fil ou de coque de noix, le pes-

saire circulaire de sa belle-mère, et le pessaire à tige de son frère, il exprime très nettement l'idée qu'ils sont placés dans le vagin ou comme on s'exprimait alors, *in collum nteri*."

Poczynając od owych czasów, postarałem się w odczycie moim przedstawić w głównych zarysach okres historii rozwoju pessaryjów, demonstrując przytem bądź to *in natura*, bądź na rysunku różne formy dotychczas wynalezionych używanych i nieużywanych wianków, których rysunków przedstawiłem przeszło 370. Nie wchodzę dziś w szczególności tej kwestyi, ponieważ ma ona stanowić temat oddzielnej pracy, ilustrowanej rysunkami, — o ile się to da uskutecznić, a przystępuję teraz do głównej treści pracy mojej, do skreślenia ujemnego działania pessaryjów źle wybranych, zaniedbanych, oraz zapomnianych.

Niechaj każdy lekarz stosujący wianki maciczne pamięta o niżej wymienionej kazuistyce, i udzieli klientce swojej dokładnych przepisów przy noszeniu wianka, co do kontroli lekarskiej, zachowania czystości i t. d., jeśli nie zechce narazić się na to, że przyrząd założony dla usunięcia jednego kalectwa wywoła drugie, często jeszcze gorsze od pierwszego cierpienia. Nie mam bynajmniej zamiaru ogłosić tutaj odczytu o leczeniu pessaryjami wogóle, o formach i wielkości pessaryjów, o materyjale, z którego mają być zrobione, ani o wskazaniach i przeciwwskazaniach do ich użytku. Nie wspominając o specjalnych pracach na tem polu, odsyłam czytelnika do podręczników gynecologicznych, gdzie ta kwestya bardzo treściwie bywa wyłożoną; znajduje się tam i arcyciekawa historia pessaryjów od najdawniejszych czasów do chwili obecnej, historia uderzająca również różnością zdań, jak i krańcowymi poglądami niektórych autorów, a także zmiennością tych zdań.

Tak naprzykład niektóre pessaryja dawniej przyjęte z zachwytem jako dobrodziejstwo dla cierpiącej ludzkości, powędrowały później do muzeum osobliwości, „*in die Kuestkammer medicinischer Folterwerkzeuge*." Za przykład słu-

żyć może głośne kiedyś pessaryjum skrzydełkowane ZWANCK'A, zmodyfikowane później przez SCHILLING'A, którego pierwotny model BRESLAU znalazł w 1853—1854 r. w Berlińskiej Charité. (*Beitraege zur Geburtskunde herausgegeben von v. Scanzoni. Wuerzburg, 1860, Bd. 4, s. 275*). BRESLAU widział owo pessaryjum, mające prawdopodobnie już około 50 lat, wzbiorach klinicznych bez napisu. Wianek był drewniany, wyrobu bardzo prostego, i w tej chwili przypomniał mu pessaryjum ZWANCK'A. Pessaryjum ZWANCK'A, które przez propagandę wychodzącą z Hamburga i z klinik MAYER'A (ojca), CHIARIE'go, Karola BRAUN'A, SCANZONI'ego, CREDÉ i VEIT'A, zawojowało sobie szybko cały nieomal świat, dziś jako najniebezpieczniejsze ze wszystkich, prawie ogólnie jest opuszczone, chociaż tu i owdzie sprzedają je i czasami nawet lekarze go używają. Inne znowu pessaryja, dawno zarzucone, zostały na nowo wprowadzone w użycie, jak np. jajowate pessaryja z zeszłego stulecia (LEVRET'A), zostały na nowo w praktykę wprowadzone przez BREISKY'ego. K. MAYER, jeden z najpoważniejszych fachowców swego czasu, pisze: „Ogólnie wiadomem jest, że pessaryja, mocno siedzące i podtrzymujące należycie części dyzlokowane, stale utrzymują górną część pochwy w nienaturalnem rozciągnięciu i nateżeniu, drażniąc macicę i pochwę, wywołują przy tem stan zapalny, ekskoryjacje i t. p. Wzmagają się naturalne wydzieliny, zjawiają się obfite brudne i cuchnące upławy, wreszcie złośliwe owrzodzenia, nowotwory, przedziurawienia kiszki stolcowej i pęcherza moczowego. Szczególniej nadmienić wypada, że na górnej powierzchni wianka, skierowanej ku macicy, zbiera się część wydzielin patologicznych, tworząc z czasem osad wapnisty, inkrustujący same pessaryjum, tak, że z czasem zatyka się otwór wianka przeznaczony dla odpływu wydzielin; następuje dalej zupełna inkarceracyja wianka, który zrasta się nieruchomo z macicą i pochwą, szczególnie w sklepieniach pochwy. Dalsze następstwa bywają jaknajgorsze.“

„Wiedząc o tem, że nawet wykształcone kobiety z najmniejszych warstw, nienawidzą potrzeby oczyszczania wianka, mając dalej na uwadze nieczystość,—niedbałość i lenistwo ubogich kobiet pod tym względem, nie może nas za-

dziwić, że owa procedura oczyszczania wianka prawie nigdy się nie odbywa, albo zwykle dopiero wtedy, kiedy już chora odczuwa ujemne następstwa. Kto zaś chociaż raz jeden miał okazyję wyciąć, wyciągnąć lub wydobyć tego rodzaju inkrustowane, fatalnie cuchnące, z macicą lub pochwą prawie zrosnięte pessaryjum, powinienby raz na zawsze stracić chęć do używania wianków.“

Str. 138 pisze dalej: „Po raz pierwszy, będąc jeszcze asystentem tutejszej kliniki blisko 30 lat temu, miałem sposobność być świadkiem tego rodzaju operacji u nieodżałowanej pamięci E. v. SIEBOLD'A, a później też niejednokrotnie obserwowałem podobne przypadki. Musiałem raz wydobyć zrosnięte z pochwą pessaryjum kuliste przy pomocy wyświdrowania w niem dziury; przy wydobyciu nie obeszło się bez pokaleczeń pochwy. Wyłamywałem okrągłe i owalne kółka drewniane, korkowe, powleczone woskiem, elastyczne; z wielką trudnością wydobyłem raz pessaryjum porcelanowe na trzonku czyli nóżce osadzone, które spowodowało wielką przetokę pęcherzową; widziałem jak nie jedna chora tego rodzaju kończyła życie w okropnych męczarniach, i dlatego w mojej długiej praktyce nigdy(?) pessaryjów nie używałem.“ Podczas gdy MAYER (syn) z zasady zarzuca wszelkie pessaryja, które zastąpić pragnie zalecaną już przez Hippokratesa gąbką z bandażem podpierającym, inni autorowie wystąpili tylko przeciw niewłaściwemu materyjałowi na kółka, niewłaściwej formie i niewłaściwemu używaniu. Tak np. w naszych czasach HEGAR wystąpił przeciw kółkom gumowym MAYER'A; SAENGER pisze: „HEGAR ist stolz darauf sagen zu können, dass heute in ganz Freiburg kein Mayer-scher Ring mehr in Handel zu haben sei!“

MENDE pisze:

„Narzędzia, które utrzymują się na ścianach pochwy nie mają ani jednej z wymaganych własności i żadnej absolutnie wartości nie posiadają. Nigdy nie będziemy mieli prawa spodziewać się lepszych rezultatów w leczeniu opadnięcia macicy i pochwy, dopóki nie usuniemy zupełnie wszelkich pessaryjów bez nóżki (*die ungestielten Pessare*), pozostałości z chirurgii dawnych czasów. Wianki nóżką opatrzone są lepsze, lecz chore ich nie znoszą, nigdy nie będą

one pospolicie używane, a pozostaną tylko świadkami sprytu lekarzy.“

Nareszcie MENDE, na miejsce całej armii wianków macicznych wszelkiego rodzaju i postaci, które pragnąłby raz na zawsze złożyć pomiędzy wyszlęmi z użycia narzędziami w muzeach, opisuje i zaleca nowy przyrząd bardzo prosty i nieskomplikowany: nowe pessaryjum!!!

OSLANDER również występuje ostro przeciw używaniu wianków w zasadzie. Toż samo czyni bardzo wielu znakomitych autorów w różnych krajach. FRICKE pisze: „że niezawsze udaje się usunąć opadnięcia macicy i pochwy przez „machiny,“ i pomiędzy całym szeregiem przyrządów *ad hoc* wynalezionych nie ma ani jednego, któryby nie był w stanie czasami jeszcze gorszego położenia rzeczy wywołać.“ FRITSCH znowu mówi: „Jeszcze dziś wiele złego robią akuszerki wstawianiem wianków (*Mutterkraenzesetzen*). Gdy byłem asystentem, należało do zjawisk pospolitych, że przy krwawo-ropnem zapaleniu pochwy musieliśmy wydobywać najosobliwszego rodzaju i najniewłaściwsze pessaryja; posiadamy znaczny zbiór kulistych wianków, kółek woskowych, kłębków płóciennych pokrytych skórą, wałków ze szerszi lub konopi, z mniejszą lub większą trudnością wydobytych z pochwy. Trudne operacje kleszczowe i nacinania krocza czasami musiały zwolnić chorą od kółka.“ Wobec wielu nieszczęśliwych przypadków spowodowanych przez wianki, nawet FRITSCH, na str. 224, domaga się, aby również jak sprzedaży trucizn, zabroniono z wolnej ręki sprzedaży tych narzędzi. Tyle nieszczęść pessaryja już narobiły.

Wielki przewrót na niekorzyść wianków spowodowała chirurgia ginekologiczna, przez operacyjne leczenie zboczeń w położeniu macicy i pochwy, ograniczając znacznie wskazania do użycia wianków. Uważam jednak za niewłaściwe zupełne usunięcie pessaryjów, jak tego niektórzy pragną. Pomimo znacznych postępów, operacyjne leczenie zboczeń położenia macicy i pochwy niezawsze jednakże daje pożądane rezultaty, pomimo najróżniejszych sposobów operowania i najróżniejszych kombinacyj operacyjnych na kroczu, pochwie, więzach lub samej macicy od strony pochwy lub

też jamy brzusznej, pomimo wentrofikracji, sztucznej zapalnej obliteracji jamy DOUGLAS'A, przesywania przedniej ściany macicy i przedniego sklepienia pochwy, pomimo nawet ekstyrpacji macicy i pochwy.

Liczba przypadków recydywy conajmniej wyrównywa do dziś dnia liczbę wyników dobrych, szczególnie jeżeli obok wypadnięcia macicy i pochwy istnieje równocześnie *hernia umbilicalis, cruralis, inguinalis* etc., *emphysema pulmonum, bronchitis chronica, ascites*, a tembardziej u kobiet biednych i ciężko pracujących. Widziałem na własne oczy chorą, u której jeden z najzdolniejszych operatorów niemieckich na skutek opadnięcia wyciął macicę *per vaginam*, w rok później byłem obecny przy podwójnej kolporafii dokonanej wskutek wypadnięcia pochwy i *enterocele vaginalis*. Ileż istnieje przypadków, gdzie operator po roku już ujrzy recydywę opadnięcia i zadowolony jest, jeżeli wówczas, po rekonstrukcji *perinaei insufficientis*, pessaryjum się utrzyma i wyprowadzi go tem samem z fatalnej konieczności powiedzenia chorej i sobie, że pomimo operacji, macica znów wypada.

Niedawno ТЮРЛОВ w Kazaniu opisał przypadek, gdzie w klinice docenta LWOW'A, wskutek *prolapsus uteri*, dokonano przyszcycia dna macicy do przedniej ściany brzucha. Aby nie narazić rezultatu operacji, dla ostrożności przy opuszczaniu przez chorą kliniki, założono celuloidowe pessaryjum obrączkowe. Po kilku miesiącach już pessaryjum było wrosnięte w pochwie, po wydobyciu zaś jego macica i pochwa ponownie wypadły. Zaproponowano chorej teraz zeszyte pośrodkowe, sposobem ś. p. Ojca mojego, lecz nauczona jednym doświadczeniem, chora nie chciała się już poddać operacji drugiej, chociaż prognoza tej operacji jest pewniejszą od prognozy uprzednio wykonanego ręczny. Czyż mało istnieje takich przypadków? Szczególniej wyniki *ventrofixationis uteri* są bardzo wątpliwe, niepe-
wne, a częstokroć bardzo ujemne pod względem następ-
czych zaburzeń w oddawaniu moczu, jak to niedawno
widziałem u pacjentki rok temu w Poznaniu opero-
wanej. Tenezmy pęcherza i wieczna potrzeba urynowania,
przyprawdzały chorą do rozpacz i wysokiego rozstroju
nerwowego. Znam podobną pacjentkę drugą, która po

operacyi takiej musiała nająć osobną sługę na to, aby jej wszędzie towarzyszyła z kateterem w kieszeni. Co to znaczy—łatwo sobie wyobrazić. Wobec takich, częstokroć ujemnych wyników, szukano coraz to nowych dróg i sposobów leczenia operacyjnego; jedną z ostatnich prób było otwieranie jamy DOUGLAS'A i tamponowanie jej w celu wywołania zapalnej obliteracyi tej jamy, dla unieruchomienia ciała macicy *in retropositione* przeciw tyłozgięciom (SAENGER, ŚWIĘCICKI).

Istnieją setki i tysiące przypadków, gdzie dobrze wybrane i należycie kontrolowane pessaryjum, dla chorej ma znaczenie odrodzenia, — sama powiada, że czuje się jakby odrodzoną, że teraz może pracować swobodnie na chleb, swobodnie oddawać mocz i t. p. W wielu przypadkach pessaryjum w zupełności odpowiada wymaganiom chorej i nauki. Dalej w wielu przypadkach albo chora nie zgadza się na operacyję, albo też warunki niezależne od niej i lekarza nie pozwalają na taki zabieg, szczególnie na prowincyi, gdzie nie każdy lekarz jest operatorem; operacyja zaś, jeśli ma być skuteczną, z pewnością wymaga wielkiej biegłości ze strony operatora i specjalnego doświadczenia.

Z drugiej znów strony istnieją przypadki, gdzie ani operacyja, ani też pessaryjum nie usunie zboczenia macicy, np. przy *pelvis flssa*, przy *Ascites cum enterocele vaginali*, jaki widziałem niedawno w mej własnej praktyce.

Krańcowa różność zdań o wartości leczenia zboczeń w położeniu macicy i pochwy przy pomocy wianków jest tak uderzającą, że objaśnić się daje li tylko tem, iż krańcowe zdania w części polegają na przesądach,—w każdym pojedynczym przypadku koniecznie trzeba indywidualizować, aby trafić na właściwe postępowanie.

O ile dobrze wybrane i stosownie kontrolowane pessaryjum będzie dobrodziejstwem dla chorej, o tyle ono narobi szkody bez zadosyćuczynienia następującym warunkom: bezwarunkowe wskazanie, właściwa forma i wielkość kółka, odpowiedni materyjał, stała kontrola lekarska, utrzymanie w należytej czystości.

Niechaj mi będzie pozwolonem zestawić na tem miejscu pewien szereg przypadków, ilustrujących ujemne dzia-

łanie źle wybranych, zaniedbanych i zapomnianych pessaryjów, zebrany z literatury i praktyki. Nadmieniam przytem, że sprawozdanie moje odnosi się jedynie do wianków pochwowych, a nie do pessaryjów wewnątrzmacicznych, ponieważ tę samą kwestyję co do takich gruntownie opracował WINCKEL kilka lat temu. Dalej zwracam uwagę na to, że specjalista w broszurce mojej nic nowego nie znajdzie. Dla specjalisty praca niniejsza może mieć wartość tylko jako kazuistyczna ilustracja do nauki o ujemnem działaniu wianków, jako zestawienie kazuistyki rozproszonej po czasopismach całego świata. Nie specjalista zaś powie sobie przy każdym stosowaniu wianka: „*Fors et haec olim meminisse juvabit.*“

Praca niniejsza jest jedynie wycieczką naukową na pole kazuistyki używania wianków. Powodem zaś bezpośrednim ogłoszenia jej było dla mnie współpracownictwo w rocznikach ginekologicznych FROMMEL'A (*Jahresbericht ueber die Fortschritte der Geburtshuelfe nnd Gynaekologie*), specjalnie przypadek opisany w roku 1891 przez dra TYSZKO, który znalazł pessaryjum w pęcherzu moczowym.

Przypadek I. Tyszko (1891). Ciężki poród u 22-letniej pierwsiatki, trwający 60 godzin. Baby wiejskie, przy pomocy różnych manipulacji (jakich?), wydobyły nareszcie dziecko. W krótkim już po porodzie czasie chora zauważyła, że mocz wycieka przez pochwę. Po 11-tu miesiącach wprowadzono chorej, dla mniemanego opadnięcia macicy, wianek do pochwy. Wianek był zrobiony z pręcika drewnianego w kółko złożonego, owiniętego konopiami. Mimowolna utrata moczu jednak dalej trwała, i przyłączyły się *vulvitis* i *ekzema urinosum*; powstała nadzwyczajna hyperestezyja pochwy i sromu. (Hyperestezyję tego rodzaju dotąd widziałem tylko trzy razy przy przetokach moczowych, raz w klinice prof. TRÉLAT w Paryżu, gdzie chora ani palcem dotknąć się nie pozwoliła, raz u chorej przysłanej do mego ojca przez prof. KRASSOWSKIEGO, która już kilkakrotnie poprzednio w Petersburgu była operowaną bez skutku, wreszcie u chorej z przetoką moczowodu, u której pod chloroformem przez odpowiednie rozłupanie *septi vesicovaginalis* od samej przetoki aż na 1½ ctm. poniżej a następnie przez odpowiednie rozłupanie moczowodu od strony pęcherza dokonałem zmiany przetoki *uretero-vaginalis* za *resicovaginale*. Tę ostatnią w kilka lat później (1890 r.) zaszył ostatecznie kol. BORYSSOWICZ. Są to przypadki takiej hyperestezyi, że bez chloroformu nawet zbadać chorej nie można). Tyszko pod chloroformem wydobył pessaryjum jednak nie z pochwy, lecz z pęcherza moczowego. Przetoka była wielkości miedzianej 5-kopiejki. Przez otwór przetoki prawdopodobnie nastąpiło *inversio vesicae*, którą baby wiejskie wzięły

za wypadnięcie macicy. Wianek miał usunąć cierpienie. Chora nie zgodziwszy się na zeszytanie przetoki pęcherzowej, opuściła klinikę bez operacji. Wianek okazał się pokryty inkrustacjami tak, że częściowo światło jego było zamknięciem. Rozmiary: $3\frac{1}{2}$ i $4\frac{1}{2}$ cent. Nie było żadnych objawów zgnilizny.

Zupełnie analogiczny przypadek w roku 1879 opisał ś. p. mój Ojciec w „Gazecie lekarskiej” (rok 14, t. 27, Nr. 23, 25 i 26), trzeci zaś miałem sposobność sam obserwować w klinice mego Ojca w kilka lat później.

Przypadek II. L. NEUGERAUER (1877). Dnia 6-go Listopada 1877 roku przybyła do kliniki w szpitalu Św. Ducha 30-letnia pierwiastka, wieśniaczka, Tekla Sarnowska, skarżąc się na niemożność zatrzymania moczu. Była ona dotknięta przetoką pęcherzowo-pochwową po porodzie. Urodziła 1-go Lutego 1877 r. dziecko nieżywe; poród był bardzo długotrwały i ciężki. *Incontinentia absoluta lotii* przy tak znacznym bliznowatym zwężeniu ujścia pochwy, że zaledwie przepuszczało palec. Na całe powyższe ujście pochwy palec skonał do znacznych rozmiarów dziurę w ścianie pęcherza, o brzegach twardych, niepodatnych, bliznowatych, w pęcherzu zaś wymacał ciało obce, twarde, obrączkowate, szorstkie na dotyk, swobodnie ruchome. Węższy koniec owalnego ciała obcego sterczał w otworze przetoki. Powyżej przetoki pochwa okazała się jeszcze bardziej zwężoną. Chora narzekała na bóle w pęcherzu, powiększające się znacznie przy poruszaniu ciała obcego palcem. Opowiada, że kilka dni temu znajoma wieśniaczka zrobiła jej w domu własnoręcznie wianek i takowy do pochwy wsunęła, ponieważ macica „wylażała.” Wianek został wydobyty stosunkowo łatwo palcem zagiętym w pochwie. Wnet po wyjęciu wianka pęcherz wycisnął się do pochwy jako miękki guz, o gładkiej ciemno-czerwonej, jakby aksamitnej, powierzchni silnie przekrwionej. Widocznie wieśniaczka owa brała wycisniony pęcherz za wypadłą macię. Wianek zrobiony był z kawałka fiszbinu, złożonego w kółko, obwinętego konopiami i zatopionego w wosku. (Grubość 10–11 milim). Elipsa mierzyła 7 i 4 centymetry. Inkrustacje były bardzo nieznaczne, gdyż wianek zaledwie kilka dni spoczywał w pęcherzu. Wobec znacznych rozmiarów przetoki, niepodatnych i bliznowatych brzegów, absolutnej ich nieruchomości, przetoki bezpośrednio zaszyte niepodobna było, na proponowaną zaś *kolpokleisin* chora się nie zgodziła; chora zatem opuściła szpital 14 Listopada bez usunięcia przetoki pęcherzowej.

Ojciec mój podówczas, w roku 1879, zebrał 13 przypadków zabłąkania się wianków macicznych do pęcherza, do których dołączył 14 przypadek KOERTNITZ'A, nieogłoszony poprzednio, i kilka spostrzeżeń przedziurawienia kiszki stolcowej przez pessaryja. Wyliczę najprzód przypadki zestawione przez Ojca mego.

Przypadek III. Spostrzeżenie FISCHER'A w Goettingen, opisane przez KLINGE'go. (Patrz wykaz bibliogr. przy końcu pracy). 37-letnia

kobieta, żona żołnierza. Opadnięcie macicy po porodzie; pessaryjum. Po 14-tu latach noszenia wianka nagle uczuła boleści w brzuchu, stolec i mocz zaczęły się wydzielać przez pochwę. W klinice FISCHER'A skonstatowano perforację przedniej i tylnej ściany pochwy przez pessaryjum. Dla wydobycia trzeba było skruszyć pessaryjum; inkrustacje były znaczne. Drewniane *pessaire en bilboquet* SURET'A. Obie przetoki pozostały nadal.

Przypadek IV. DESORMEAUX (patrz DESORMEAUX [ojciec]), ojciec słynnego późniejszego profesora Maryi Aleksandra DESORMEAUX, musiał w jednym przypadku poprzecinać liczne *végétations fongueuses* w pochwie, aby wydobyć pessaryjum, które przedziurawiło ścianę pęcherza i kiszki stolcowej.

Przypadek V. DUPUYTREN (patrz wykaz bibliogr.). W paryskim szpitalu Hôtel Dieu wydobyl on z pochwy *pessaire en bilboquet* z kości słoniowej. Po wielu latach noszenia kółka nóżka się ułamała i wypadła, chora dalej nosiła swój wianek bez dolegliwości. W następstwie DUPUYTREN przy badaniu chorej znalazł w pochwie tylko dwie z czterech sprzączek wianka podtrzymujących samo kółko, trzecia zaś leżała w pęcherzu, a czwarta w kiszce stolcowej. Przytem wianek okazał się tak mocno wrośniętym w pochwę, że ani uryna, ani kał przez pochwę się nie wydzielały. DUPUYTREN przełamał wianek cęgami umyślnie dla tego celu zrobionemi, przełamując najprzód część w kiszce stolcowej położoną, następnie część leżącą w pochwie, i tak szczęśliwie wydobyl go, że ani mocz, ani stolec w pochwie się nie ukazały. Chora opuściła szpital zupełnie uleczona.

Podług Ojca mojego MEISSNER mylnie podaje dwa przypadki w tem miejscu, albowiem jeden i ten sam przypadek DUPUYTREN'A został dwa razy opisany, naprzód przez BRESCHET'A, a później dopiero przez samego DUPUYTREN'A.

Przypadek VI. Czwarty z dawniejszych przypadków obserwował w 1817 r. CHAMPION, opisany 1821 r. przez MURAT'A. Stara kobieta, nosząca kółko przeciw opadnięciu macicy, zgłosiła się do kliniki na skutek niezatrzymywania moczu. Pessaryjum było korkowe. CHAMPION skonstatował znacznych rozmiarów kamień pęcherzowo-pochwowy, wydobyl takowy i w środku kamienia znalazł resztki owego korkowego pessaryjum. Kamień ważył 1 funt i dwie uncje.

Przypadek VII. BÉRARD, LISFRANC i RICORD obserwowali wspólnie w roku 1830 następujący przypadek: Kobieta 61 lat licząca oddawna nosiła *pessaire en bilboquet*. Nóżka była ułamana; od owego czasu chora już kółka wyjmować nie potrafiła, tembardziej, że pochwa była wypełniona granulacyjami. Nareszcie zgłosiła się do BÉRARD'A, tenże odesłał ją do LISFRANCA; LISFRANC zastał pochwę do tego stopnia zwężoną, że zaledwie palec mógł wprowadzić, lecz udało mu się następnie wymacać część kółka w kiszce stolcowej a część skonstatować w pęcherzu przy

pomocy kateteru. Przeciął zatem *septum recto-vaginale*, dolny odcinek kiszki stolcowej, robiąc sobie dostęp do ciała obcego, które wydobył kleszczami, używanymi po lithotomii. Chora zmarła wskutek zapalenia otrzewnej. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono wielką kloakę pęcherzo-pochwowo kiszkową. Pessaryjum z kości słoniowej miało dwa cale w wymiarze poprzecznym i częściowo było grubo inkrustowane, częściowo zaś wolne od złogów.

Przypadek VIII. LAROCHE w Paryżu obserwował przypadek, opisany następnie przez CLOQUET'A. LAROCHE znalazł przy seceji starej kobiety pessaryjum *en bilboquet* z kości słoniowej, którego obręczka leżała w kiszce stolcowej, nóżka w pęcherzu, a trzonek w pochwie. Podług CLOQUET'A, część leżąca w kiszce była pokryta białymi kryształami i brunatną masą stolcową, część zaś leżąca w pęcherzu żółtawo-brunatną warstwą o powierzchni gładkiej, złożoną z uratów.

Przypadek IX obserwował Karol MAYER w Berlinie, opisał go zaś DIEFFENBACH. Pessaryjum porcelanowe nóżkowate, bardzo długo już noszone, przedziurawiło pęcherz. Wianek był tak obrośnięty, że okazał się nieruchomym, MAYER'owi jednak udało się kółko wydobyć w całości. Na części kółka, która leżała w pęcherzu, zaginęła zupełnie glazura porcelanowa; nóżka leżała w pochwie. Pozostała przetoka moczowa dawniejsza.

Przypadek X. JOBERT. Do paryzkiego szpitala Saint-Louis, dnia 14 Stycznia 1848 r. wstąpiła 42-letnia kobieta, która 6 lat temu odbyła bardzo trudny poród, po którym pozostała przetoka pęcherzowa znacznych rozmiarów. Przez otwór przetoki wyucicował się w następstwie uazewnątrz pęcherz. Lekarz jakiś biorąc widocznie wycinowany pęcherz za wypadłą macicę, wprowadził chorej pessaryjum bezwiednie do pęcherza. JOBERT'owi udało się wydobyć dopiero przy użyciu dwóch par cążków. Pessaryjum było miękkie, zaledwie inkrustowane. Mierzyło ono wpoprzek 8 i 4 centymetrów, miało zaś obwodu 18 cent.; wianek sam była grubości 1½ cent. Przetoka później miała być osobno operowaną.

Przypadek XI. STORER w Nowym-Yorku. Inny lekarz założył chorej przy *inversio vesicae urinar. per urethram*, wianek w kształcie podkowy, przez samą cewkę silnie rozszerzoną do pęcherza. Z wielką tylko trudnością udało się STORER'owi wydobyć.

U WAGA. Zapewne lekarz ów brał wycinowany pęcherz, sterzący w otworze sromuym za wypadłą macicę i w dobrej wierze założył pessaryjum. Pomyłka tego rodzaju objaśnia się po części nieświadomością, poczęści zaś rzadkością wycinowania pęcherza przez cewkę. Ojciec mój w roku 1879 pisze, że oprócz tego przypadku zna tylko przypadki opisane przez de HAEN'A, DESGRANGES'A, ROUGEMONT'A i Karola SIMON'A. WINCKEL na stronie 91 swego dzieła „O cierpieniach cewki i pęcherza“ bardzo szczegółowo traktuje *inversionem vesicae cum prolapsu, exocystin, cystoptosin*, i cytuje przypadki NOEL'A, CROSSE'A, STREUBEL'A, WEINLECHNER'A, OLIVER'A, THOMPSON'A i PERCY.

W roku 1891 w „Jahresbericht ueber die Fortschritte der Geburtshuelfe“ stręściłem osobiście przypadek opisany przez kol. MARS'A w Krakowie. Nareszcie w 1892 r. KLEINWAECHTER w szczegółowej pracy zajął się kwestyją *prolapsus urethrae muliebris* dowodząc, że ta ostatnia bynajmniej tak rzadką nie jest, jak dotąd przypuszczano; co prawda traktuje on tylko wycisowanie cewki, a nie samego pęcherza.

Antoni de HAEN: „Ratio medendi in nosocomio practico, quod condidit Maria Theresia,“ Paris I, pag. 89—96. Vindobonae I, 59. „Uteri Vaginae prolapsus.“ Patrz również Ant. de HAEN: „Heilungsmethode in dem kaiserlichen Krankenhause zu Wien.“ Herausgegeben von PLATNER, Leipzig 1799, str. 68.

DESGRANGES: „Journal de Médecine.“ Mai 1793, N. 2. Patrz VOIGTEL: „Handbuch der pathologischen Anatomie,“ Band 3, str. 245. Halle, 1805.

ROUGEMONT, patrz VOIGTEL.

Karol SIMON: „Umstuelung der Harnblase mit Vorfal,“ Med. Jahrbuecher d. k. k. Oesterr. Staates, 27. Bd. 2, Stueck, Wien 1848, patrz „Allgem. Repertorium der ges. deutschen med. Journalistik,“ red. von Neumeister, 14 Jahrgang, 1840, Maiheft, str. 174.

WINCKEL: „Die Krankheiten der weiblichen Harnroehre und Blase.“ Stuttgart, 18, str. 91—92.

NOEL: „Mémoires de l'Academie de chirurgie,“ t. 4, pag. 1.

BURN'S?

CROSSE, „Transactions of the provincial med. and surgical Assoc,“ 14, N. 2, 1846.

STREUBEL: „Schmidt's Jahrbuecher Band,“ str. 224—227.

WEINLECHNER: „Jahrbuch fuer Kinderheilkunde, 8, 52, 1871.

OLIVER: „Edinburg med. Journal,“ February 1875, Vol. XXII, str. 769.

THOMPSON: Lancet, 9, 1875

PERCY: „Chirurgie de Boyer, Vol. 9, str. 82.

MARS: „Przegląd lekarski,“ 1890.

Ludwik NEUGEBAUER; „Kilka słów o zabląkaniu się wianków macicznych do pęcherza moczowego,“ Gazeta lekarska, rok 14, t. 27: Nr. 23.

Oprócz przypadków wyżej wymienionych, znalazłem jeszcze kilka nowszych w bardzo ciekawej dysertacji Wilhelma PILGRAM'A z kliniki TRENDELENBURG'A w Bonn: „Ueber Bildungsfehler der weiblichen Blase und Urethra mit besonderer Berücksichtigung der Inversio vesicae urinariae cum prolapsu per urethram.“ D. J. Bonn 1892. Są to mianowicie spostrzeżenia TRENDELENBURG'A, LEVRET (Journ. de méd. T. XI, 69), LOWE (Referat: Langenbeck's Archiv f. Klin. Chirurgie, Bd. V, pag. 365) i Jos. PATSON (Gibraltar) [Referat: Schmidt's Jahrb. Bd. 100, pag. 225].

U S T A W A

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

DZIAŁ I.

Postanowienia ogólne.

§ 1. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie stanowi sobie za cel: przykładanie się do wydoskonalenia nauk lekarskich, zbliżenie do siebie osób poświęcających się tymże naukom i wzajemne udzielanie sobie uwag, rzeczy lekarskiej mianowicie dotyczących się.

§ 2. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ma zostawać pod wiedzą Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Duchownych.

§ 3. Towarzystwo obiera sobie za godło: *Societas Medica Varsaviensis*, którem oznaczona będzie pieczęć, mieszcząca prócz tego na sobie łaskę Eskulapa, wężem obwiniętą.

§ 4. Towarzystwo Lekarskie, złożone z osób sobie równych pod względem powołania, zgromadzających się w jednym zamiarze, stanowi sobie za główne prawo: na zgromadzeniach nie uważać na żadną wyższość, jakąby urzędy, majątek lub opinia publiczna komu z członków nadać mogły. Nie będzie przeto na zgromadzeniach Towarzystwa Lekarskiego pomiędzy jego członkami inna uważana różnica, jak ta, którą rządy jego wewnętrzne nadają jego urzędnikom.

DZIAŁ II.

Skład Towarzystwa.

§ 5. Towarzystwo składać się będzie z członków czynnych, korespondentów, honorowych i przybranych z grona aptekarzy.

§ 6. Członkiem czynnym jest każdy lekarz w Warszawie zamieszkały, prawnie przez głosowanie do grona Towarzystwa przyjęty.

§ 7. Członkiem korespondentem jest każdy lekarz na prowincyi lub zagranicą zamieszkały, prawnem głosowaniem przyjęty.

§ 8. Członkowie czynni, obierający zamieszkanie stałe po za obrębem miasta Warszawy, bez nowego głosowania przechodzą w poczet członków korespondentów.

§ 9. Członkowie korespondenci przesiedlając się do Warszawy, bez nowego głosowania, za dopełnieniem niżej wymienionych formalności, przechodzą w poczet członków czynnych.

§ 10. Członkami honorowymi są lekarze krajowi lub zagraniczni, którym Towarzystwo tytuł ten jako zaszczyt udziela. (Reg. § 120).

§ 11. Członkami przybranymi są aptekarze, których ze względu na odznaczenie się w nauce, Towarzystwo do grona swego przybierze.

DZIAŁ III.

Urzednicy Towarzystwa.

§ 12. Z pomiędzy członków czynnych obrani zostaną na rok jeden: Prezes Towarzystwa, Wiceprezes, Sekretarz doroczny.

§ 13. Z pomiędzy tychże członków obrani zostaną na czas nieograniczony: Sekretarz stały, Podskarbi i Bibliotekarz.

§ 14. Urzednicy stali pełnić będą swe obowiązki, dopóki sami nie zażądają uwolnienia. (Reg. § 127).

§ 15. Prezes, Wiceprezes i Sekretarz doroczny potwierdzani być mają przez Komisję Rządową Spraw Wewnętrznych i Duchownych, po przedstawieniu przez Inspektora Głównego Służby Zdrowia protokołu o ich wyborze. (Reg. § 122).

§ 16. Urzędnicy wychodzący mogą być na nowo obierani.

§ 17. Do Prezesa należy zagajać i rozwiązywać posiedzenia, czuwać nad dobrym porządkiem rozpraw, zwoływać posiedzenia nadzwyczajne, gdyby tego zaszczyt potrzebował, pisywać i odpowiadać imieniem Towarzystwa i podpisywać wszelkie czynności.

§ 18. Obowiązkiem Wiceprezesa będzie zastępować Prezesa w jego nieobecności i na zawezwanie dopomagać mu w jego czynnościach.

§ 19. Sekretarz doroczny ma redagować protokoły posiedzeń w języku polskim, rozsyłać kartki, uwiadamiające o dacie posiedzeń, wymieniając w nich przedmioty w porządku dziennym objęte, kandydatury i t. p. W końcu roku ułoży ogólne sprawozdanie z czynności Towarzystwa.

§ 20. Sekretarz Stały zajmować się będzie utrzymywaniem archiwum i pieczęci, korespondencyją naukową i urzędową, redakcją aktów administracyjnych Towarzystwa. Do niego należy obowiązek skreślenia biografii członków zmarłych. (Reg. § 102).

§ 21. Podskarbi zawiaduje Kasą Towarzystwa, prowadzi rachunki z wpływów i wydatków, które w końcu roku na posiedzeniu administracyjnym przedstawia ma razem z budżetem wydatków na rok następujący. (Reg. § 102. A. 6).

§ 22. Biblijotekarz utrzymuje w porządku biblijotekę i dokładny spis książek w niej zawartych. Wydaje z biblijoteki książki członkom za ich pokwitowaniem. Do niego też należy rozsyłanie pism peryjodycznych, przez Towarzystwo utrzymywanych. Na posiedzeniu administracyjnym corocznie składa sprawozdanie o stanie biblijoteki. (Reg. Dz. VI §§ 64—84).

DZIAŁ IV.

Czynności Towarzystwa.

§ 23. Towarzystwo zbierać się będzie dwa razy na miesiąc, a mianowicie: we Wtorek po 1-ym i 15-ym każdego miesiąca, albo w też dnie, gdyby na Wtorek przypadały, o godzinie 6-iej wieczorem. Po odczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia i podpisaniu go przez Prezesa, nastąpi rozbiór korespondencji, a potem odczyty lub rozprawy z kolei, jaką w porządku dziennym zapisane będą. (Reg. §§ 1, 7, 9, 124).

§ 24. Żaden z członków nie ma prawa głosu zabierać, jak po upoważnieniu danem do tego przez Prezesa.

§ 25. Raz w rok, to jest w pierwszej połowie Stycznia, Towarzystwo odbywać będzie posiedzenie publiczne, na którym, po zagajeniu przez Prezesa, Sekretarz doroczny zda sprawę z całorocznych czynności Towarzystwa. Poczem członkowie czytać będą rozprawy.

§ 26. Wszelkie rozprawy czytać się mające na publicznem posiedzeniu, odczytane być muszą poprzednio na osobnym ku temu wyznaczonym Komitecie.

§ 27. Rozprawy, czytane na zwyczajnych posiedzeniach Towarzystwa, wypracowane być mogą w języku, w którym autor najwięcej ma biegłości. Rozprawy na publicznych posiedzeniach tylko w języku polskim czytane być mogą i wszystkie do akt Towarzystwa złożonemi będą.

§ 28. Towarzystwo podług uznania swego wyznaczać będzie zadania konkursowe na nagrody.

§ 29. Zadania mogą być jakiegokolwiek treści lekarskiej, ale przedewszystkiem mające na celu korzyść dla kraju.

§ 30. Zadania wyznaczane będą podług zapasu funduszów z nagrodą nie mniejszą, jak rubli srebrem sto pięćdziesiąt.

§ 31. Rozprawy konkursowe powinny być po polsku lub po łacinie napisane, nigdzie drukiem nie ogłoszone i na naznaczony czas *franco* na ręce Sekretarza stałego nadesłane. Do rozprawy opatrzonej dewizą, dołą-

czoną będzie koperta opieczetowana z tą samą dewizą, zawierająca imię, nazwisko i zamieszkanie autora.

§ 32. Rozprawa uwieńczona należy do Towarzystwa i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora. Rozprawy, którym nie przyznano nagrody, bez otwarcia kopert zwracane będą autorom za ich zgłoszeniem się.

§ 33. Rozprawa najlepsza po uwieńczonej uznana będzie jako zasługująca na zaszczytną wzmiankę i za zezwoleniem autora może być w Pamiętniku wydrukowana.

§ 34. Przedmioty do zadań przez członków na piśmie proponowane, oddane zostaną pod rozpoznanie osobnego Komitetu, którego przedstawienie głosowane będzie na posiedzeniu i rozstrzygane prostą większością.

§ 35. Do oceny rozpraw w terminie na 1 Września oznaczonym, wybrany będzie Komitet najmniej z pięciu członków czynnych, przez Prezesa przedstawionych. Wyłączają się z tego Komitetu członkowie biorący udział w konkursie.

§ 36. Otwieranie kopert uwieńczonej lub zaszczytnie wzmiankowanej rozprawy, odbędzie się przez Prezesa na publicznem posiedzeniu.

§ 37. Towarzystwo wydawać będzie pismo peryjodyczne kwartalne w języku polskim pod tytułem: „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“. (Reg. Dz. V §§ 52—63).

§ 38. Towarzystwo ustanowi Redakcję Pamiętnika, złożoną z jednego lub kilku członków, mających pełnić tę czynność honorowo, a przewyżka dochodów przeznaczoną będzie na nagrody za rozprawy konkursowe. Wrazie nieznaleszenia redaktorów honorowych, przewyżka ta przyznana zostanie redaktorom, jako wynagrodzenie za ich pracę.

§ 39. Treść Pamiętnika stanowić będą:

- 1) Rozprawy czytane na posiedzeniu publicznem.
- 2) Rozprawy członków nowowstępujących.
- 3) Sprawozdania Komitetu dla chorób panujących.
- 4) Sprawozdania szpitalne.

5) Rozbiory dzieł i rozpraw Towarzystwu nadsyłanych.

6) Wiadomości rządowe.

7) Rozprawy lub spostrzeżenia oryginalne lub tłumaczone, przez członków dostarczane.

8) Protokół Towarzystwa i t. d.

§ 40. Żadna rozprawa w Pamiętniku drukowana być nie może, jak tylko po zatwierdzeniu Towarzystwa, bądź na posiedzeniu, lub na zasadzie rozbioru zrobionego przez jednego z członków.

§ 41. Gdyby autor jakiej pracy nie poprzestawał na zdaniu sprawozdawcy, wyznaczonego przez Prezesa, ma prawo zażądać innego sprawozdawcy.

§ 42. Pamiętnik wychodzić będzie w czterech kwartalnych poszytach *in* 8°, objętości najmniej 10 arkuszy druku.

§ 43. Wydawcą Pamiętnika może być który z członków, lub osoba do składu Towarzystwa nienależąca, z którą Prezes i Sekretarz stały ułożą kontrakt w tym przedmiocie, Towarzystwu do zatwierdzenia przedstawiany.

§ 44. Na posiedzeniach prywatnych znajdować się mogą lekarze do Towarzystwa nienależący, przez członków wprowadzeni i przed rozpoczęciem posiedzenia Prezesowi przedstawieni. Lekarze wprowadzeni mogą na tychże posiedzeniach, za upoważnieniem Prezesa, odczytywać swoje wypracowania. Goście ustępują, jeżeli Towarzystwo zajmuje się wyborami lub administracją wewnętrzną. (Reg. § 8).

§ 45. Ostatnie posiedzenie każdego roku przeznaczone być ma do roztrząsania przedmiotów administracji wewnętrznej Towarzystwa. Podskarbi złoży rachunki z roku ubiegłego i przedstawi budżet na rok następujący. Biblijotekarz złoży sprawozdanie o stanie biblijoteki, o pismach peryjodycznych przez Towarzystwo utrzymywanych. Na tem posiedzeniu obecni być mogą tylko członkowie czynni.

§ 46. Na pierwszym posiedzeniu po publicznym, odbywać się będą wybory urzędników Towarzystwa.

§ 47. Towarzystwo ma prawo czynić raz na rok wnioski względem zmian w ustawie, któreby za stosowne uznało. (Reg. § 138).

§ 48. Wnioski do zmian w ustawie przedstawione będą przez członka czynnego na piśmie, z wyłuszczeniem powodów i to na pierwszym posiedzeniu po publicznem i po wyborze nowych urzędników.

§ 49. Projekt do zmian w ustawie oddany będzie do rozbioru i sprawozdania osobnemu Komitetowi, którego zdanie, po uwiadomieniu o tem członków, na następującem posiedzeniu roztrząsane będzie.

§ 50. Każdy projekt, gdyby nawet przez Komitet odrzucony został, na żądanie projektującego głosowany będzie.

§ 51. Po gorliwości członków Towarzystwa spodziewać się należy, że jak chętnie przystępują do utrzymania jego bytu, tak wszystkich przyłożą starań do jego wzrostu i chwały. Uczęszczać pilnie na zgromadzenia, udzielać spostrzeżeń do nauk lekarskich odnoszących się, wzbogacać o ile można sztukę, starać się wyjaśnić to, co jeszcze wyjaśnienia i udoskonalenia potrzebuje, oto są powinności, których każdy lekarz przystępujący do Towarzystwa dopełniać obowiązuje się. (Reg. § 125).

DZIAŁ V.

a) Kandydatury.

§ 52. Członkiem czynnym może być każdy lekarz w Warszawie zamieszkały, posiadający stopień naukowy w kraju nabyty lub potwierdzony (Reg. § 121).

§ 53. Członkiem korespondentem może być każdy lekarz i aptekarz w kraju lub zagranicą zamieszkały, posiadający stopień naukowy, z pism drukiem ogłoszonych lub prac swoich nadesłanych Towarzystwu znany.

§ 54. Członkiem honorowym może być każdy lekarz, wysokiem stanowiskiem lub znakomitą zasługą odznaczający się. (Reg. § 120).

§ 55. Członkiem przybranym może być każdy aptekarz w Warszawie zamieszkały, mający stopień naukowy i z prac swych Towarzystwu znany.

§ 56. Oprócz kandydatów na członków honorowych, każdy kandydat obowiązany jest na ręce jednego z członków czynnych złożyć oświadczenie piśmienne, że życzy sobie być przyjętym do grona Towarzystwa, że wrazie przyjęcia, poddaje się istniejącym dla członków przepisom ustawy; do tego dołączy wiadomość o swoim stopniu naukowym, rys życia, wykaz swych prac naukowych, tudzież rozprawę w jakimkolwiek przez siebie obranym przedmiocie. (Reg. § 121).

§ 57. Nazwisko kandydata i jego zalety naukowe przedstawione będą przez dwóch członków czynnych, a głosowanie odbędzie się na jednym z następujących posiedzeń, po uwiadomieniu wszystkich członków o kandydaturze. (Reg. § 121).

§ 58. Na członków honorowych przedstawia Prezes łącznie z jednym z członków czynnych, z wyszczególnieniem kwalifikacyi kandydata, a głosowanie odbywa się tak, jak na innych członków.

b) Głosowania.

(Reg. Dz. III §§ 37 — 45).

§ 59. Głosowanie odbywa się przez balotowanie tajne.

§ 60. Do wyboru potrzeba obecności najmniej $\frac{1}{3}$ członków czynnych, a otrzymane $\frac{2}{3}$ głosów przychylnych stanowią wybór.

§ 61. Prawo głosowania i wyborów, tudzież wpływ na administracyję wewnętrzną Towarzystwa, służy wyłącznie członkom czynnym i osobiście obecnym na posiedzeniu.

§ 62. We wszystkich kwestyjach i dyskusyjach, gdy przystąpionem będzie do głosowania, na żądanie jednego z członków odbyć się ono musi przez balotowanie tajne.

§ 63. W zwyczajnych głosowaniach rozstrzyga prosta większość głosów. Przy równości głosów, głos Prezesa przeważa.

c) Wybory urzędników.

§ 64. Wybory urzędników odbywają się corocznie na pierwszym posiedzeniu po publicznem.

§ 65. Dla prawności wyboru konieczna jest obecność najmniej $\frac{1}{3}$ członków czynnych; większość głosów stanowi wybór.

DZIAŁ VI.

(Reg. Dz. VIII §§ 96—109).

Administracja wewnętrzna i Kasa.

§ 66. Ostatnie posiedzenie w Grudniu każdego roku poświęcone będzie przedmiotom administracji wewnętrznej. Na tem posiedzeniu Podskarbi przedstawi stan kasy i budżet na rok następujący, z usprawiedliwieniem wydatków, zrobionych w roku ubiegłym. Następnie Bibliotekarz złoży sprawozdanie o stanie biblioteki, przyczem postanowionem będzie względem utrzymywania pism peryjodycznych z kasy Towarzystwa.

§ 67. Każdy z członków nowowstępujących czynnych i przybranych opłaca tytułem wstępnego rs. 6.

§ 68. Członkowie czynni opłacają składkę roczną w kwocie rs. 12, w ratach kwartalnych z góry po rs. 3. (Reg. § 123).

§ 69. Nieuiszczający się z dwóch kolejno po sobie przypadających rat, po wzmiance zrobionej o tem przez Podskarbiego, wezwany będzie przez Sekretarza stałego o dopełnienie zaległości (Reg. § 106—107).

§ 70. Nieuiszczający się przez rok cały z zapłaty składkowej pomimo wezwania, wyłączony będzie z grona Towarzystwa, jako nie stosujący się do przyrzeczonych ogólnych zobowiązań. Wszelako Towarzystwo zachowuje sobie w tym przedmiocie uwzględnienie wyjątkowych okoliczności, z powodu których Prezes mocen jest zaproponować czasowe lub zupełne uwolnienie którego z członków od składki, co większością głosów na posiedzeniu administracyjnem rozstrzygane będzie.

§ 71. Członkowie honorowi i korespondenci wolni są od wszelkich składek i opłat. (Reg. § 120).

§ 72. Członkowie korespondenci, przechodzący na członków czynnych, opłacają wstępne i składki roczne.

§ 73. Członkowie przybrani opłacają tylko wstępne.

§ 74. Żaden z urzędników Towarzystwa nie ma prawa dawać zlecenia Podskarbiemu do wypłat za obrębem zatwierdzonego budżetu, bez upoważnienia Towarzystwa. W razie nagłej potrzeby wolno Prezesowi żądać z kasy zaliczenia nie przechodzącego rs. 15, na które na następnem posiedzeniu, po złożeniu powodów wydatku, żądać będzie potwierdzenia.

REGULAMIN

objaśniający i rozwijający Ustawę Towarzystwa Lekarskiego
Warszawskiego.

DZIAŁ I.

Posiedzenia. Porządek dzienny.

(Ust. §§ 17, 18, 19, 23 — 27, 44, 45, 46, 66).

§ 1. Oprócz dwóch w miesiącu posiedzeń zwyczajnych, w ostatni Wtorek każdego miesiąca odbywa się stałe dodatkowe posiedzenie. (Ust. § 23).

§ 2. W razie potrzeby (np. w razie nagromadzenia materiału naukowego), Prezes zwołuje posiedzenie nadzwyczajne na drugi Wtorek miesiąca lub na którykolwiek dzień inny.

§ 3. Jeżeli we Wtorek przypada uroczyste święto kościelne, posiedzenie odbywa się nazajutrz, t. j. we Środę.

§ 4. W Lipcu i Sierpniu nie odbywają się posiedzenia stałe: zwyczajne i dodatkowe. W razie potrzeby Prezes zwołuje posiedzenie nadzwyczajne.

§ 5. Wykaz roczny dat posiedzeń stałych (zwyczajnych i dodatkowych) ma być wywieszony w lokalu Towarzystwa w miejscu widocznym. Wykaz ten ma być drukowany corocznie w Roczniku Zarządu. (Reg. 109 A. 4).

§ 6. Ostatnie posiedzenie każdego roku (administracyjne) odbywa się w myśl § 45 Ustawy, z tem jednak zastrzeżeniem, że złożenie rachunków przez Podskarbiego, *respective* odczytanie raportu Komisji rewizyjnej, jako niemożliwe do skutecznego przed zamknięciem kasowego rocznego okresu, przenosi się na jedno z przypadających przed 1-yim Marca posiedzeń roku następnego. (Reg. § 117). Gdyby nawał spraw administracyjnych nie pozwalał ich załatwić na jednym posiedzeniu, Prezydujący wyznacza w tym celu posiedzenie administracyjne nadzwyczajne.

§ 7. Na drugim posiedzeniu Październikowem załatwia się wszelkie sprawy redakcyi Pamiętnika dotyczące, *respective* co lat trzy wybór Redaktora. Sprawy dotyczące wydawnictwa, t. j. administracyjne i kasowe, podlegają sprawdzeniu Komitetu rewizyjnego, a Towarzystwo ma być o nich zawiadomione razem z ogólnym sprawozdaniem tego Komitetu o wykonaniu zamierzeń budżetowych. (Reg. § 117).

§ 8. Na posiedzenia naukowe Towarzystwa wstęp mają tylko osoby zaopatrzone w bilety imienne. Członkowie Towarzystwa mają bilety stałe, goście otrzymują na każde posiedzenie oddzielne bilety od członków wprowadzających. (Ust. § 44).

§ 9. Posiedzenia z a c z y n a j ą się punktualnie o godzinie 7-iej wieczorem, jeżeli z powodów szczególnych Prezes innej godziny w danym przypadku nie wyznaczy. (Ust. § 23).

§ 10. Każde posiedzenie powinno być formalnie o t w a r t e i zamknięte. Prezes dopełnia tego przez zadzwonienie i wyrzeczenie: „posiedzenie otwarte“;—„posiedzenie zamknięte“. Te tylko obrady lub czynności za sprawy Towarzystwa uznane być winny, a zatem i protokołem objęte być mają, które między temi dwoma orzeczeniami przypadną. Wszystko inne jest rzeczą prywatną.

§ 11. W razie ogólniejszego nieporozumienia lub innego nieprzewidzianego wypadku, Prezes mocen jest z a w i e s i ć posiedzenie lub z a m k n ą ć je przed wyczer-

paniem porządku dziennego. Wszystko, co podczas zawieszenia się stało, do protokołu posiedzenia nie wchodzi.

§ 12. W razie nieobecności na posiedzeniu Prezesa, zastępuje go z urzędu Wiceprezes, a w razie nieobecności i tego ostatniego, przewodniczy obradom najstarszy wiekiem z pośród obecnych członków Towarzystwa; w tym jednak ostatnim razie żadne uchwały obowiązujące (administracyjne, porządkowe i t. d.) stanowionymi być nie mogą.

§ 13. Przy powitaniu nowowstępującego członka czynnego, przewodniczący wręcza mu na posiedzeniu: dyplom, egzemplarz Ustawy i Regulaminu Towarzystwa, tudzież pełny zbiór wszelkich uchwał i postanowień Towarzystwa, zmieniających lub uzupełniających przepisy obowiązującej Ustawy lub Regulaminu, które od daty przyjęcia obowiązującego Regulaminu do daty przyjęcia nowego członka uchwalone zostały. (Reg. § 26).

§ 14. Przewodniczący obradom (Ust. § 17) czuwa nad tem, żeby dyskusja nie przemieniła się w rozmowę; rozdaje głosy według porządku zgłaszania się mówców; streszcza rozprawy i kieruje niemi. Jeżeli sam bierze udział w dyskusyi, to prawa przewodniczącego przez czas jej trwania przechodzą na Wiceprezesa.

§ 15. Wyjątkowo, z pominięciem porządku zgłaszania się, może być dany głos członkowi, pragnącemu zwrócić uwagę na zastrzeżenie w Ustawie lub Regulaminie, odnoszące się do toczącej się rozprawy. (Kwestyja porządkowa).

§ 16. Przewodniczący mocen jest głos mówcy odebrać, jeżeli ten od przedmiotu odbiega lub dotyka osobistości.

§ 17. Gdy wniosek z góry jest postawiony, a do głosu wielu zgłasza się członków, prezydujący ma prawo żądać od każdego, aby z góry oświadczył, czy zamierza przemawiać za, czy przeciw wnioskowi, a następnie głosy rozdaje naprzemian, poczynając od kategorii za wnioskiem.

§ 18. Jeśli w danej rozprawie kilka postawiono wniosków, to prezydujący zebrawszy je, po kolei do roztrząsania przedstawia, zaczynając od najogólniejszego.

§ 19. Posiedzenia odbywać się mają w porządku wskazanym w § 23 Ustawy, z zastrzeżeniem, że przedstawienia urzędowe lub gospodarcze mogą być rozbiegane zaraz po odczytaniu korespondencji.

§ 20. Na stole prezydyjaldnym znajduje się osobna księga, do której członkowie Towarzystwa zapisują tytuły rozpraw i demonstracyj, z którymi na posiedzeniach wystąpić zamierzają. Nieczłonkowie zapisują tytuły za upoważnieniem Prezesa. (Ust. § 44). Tytuły zapisanych rozpraw wchodzą do porządku dziennego posiedzenia w kolei zapisów.

§ 21. Bezpośrednio po każdym posiedzeniu Sekretarz doroczny układa porządek dzienny posiedzenia następnego. Oryginał podpisuje Prezes. Kopije rozsyłane być winny wciągu dni czterech członkom czynnym, oraz redakcyjom czasopism lekarskich polskich, wychodzących w Warszawie. (Reg. § 37).

§ 22. W przypadkach wyjątkowych Prezes ma prawo zmienić kolejne następstwo rozpraw w porządku dziennym wymienionych, gdy tego wymagają okoliczności szczególne, np. wykład przez osobę zamiejscową, przedstawienie chorych i t. p.

§ 23. Prezes ma prawo w każdym razie dopuścić do przedstawienia chorych (choćby o tem wzmianki w porządku dziennym nie było), ale pod warunkiem, aby objaśnienie ustne przedstawiającego trwało nie dłużej nad 10 minut. Dyskusyję w przedmiocie przedstawionych po za porządkiem dziennym chorych, dopuszcza się albo po zupełnem wyczerpaniu porządku dziennego, albo za wyraźną, na wniosek Prezesa, przez głosowanie jawne osiągniętą zgodą obecnych.

§ 24. Z uwagi na konieczność pomieszczenia na porządku dziennym każdego posiedzenia kilku wykładów i przedstawień, pożądaną jest rzeczą, by pojedyncze dłużej nad pół godziny nie trwały. Wykłady obszerne, które obejmują wyczerpująco całość danej kwestyi i mogą wypełnić całe posiedzenie, dopuszczone zostają nie w porządku, w jakim do księgi zapisane zostały, lecz w kolei przez Prezesa wyznaczonej.

DZIAŁ II.

P r o t o k ó ł y.

(Ust. § 19, 23).

§ 25. Wszelkie uchwały na posiedzeniach Towarzystwa zapadłe, mają być podane w protokółach w dosłownym odpisie tej ich autentycznej redakcyi, w jakiej przez Prezesa przed przystąpieniem do głosowania (Reg. § 38) w księdze protokółów na piśmie sformułowanemi i odczytanemi zostały. Motywa i dyskusyje nad wnioskami uchwał mają być pomieszczone w możliwie dokładnem i jasnem streszczeniu. Protokóły uchwał zawierać nadto mają liczebny rezultat głosowania (liczbę członków obecnych, ilu z nich oświadczyło się za, a ilu przeciw wnioskowi).

§ 26. Niezależnie od doręczenia w powyżej wskazany sposób zredagowanych protokółów uchwał Redaktorowi Pamiętnika (Reg. § 34), w celu zamieszczenia ich w tem czasopiśmie bezpośrednio po odczytaniu i przyjęciu tychże przez Towarzystwo, doręczy Sekretarz doroczny, dosłowny, przez Prezesa poświadczony odpis tych protokółów Sekretarzowi stałemu, celem bezzwłocznego zamieszczenia ich w księdze uchwał i postanowień Towarzystwa.

§ 27. Protokóły z czynności naukowych zawierać mają możliwie obiektywne i równomierne streszczenie wszelkich wykładów, rozpraw, demonstracyj i dyskusyj, jakie na posiedzeniu miały miejsce, a to zupełnie niezależnie od przeznaczenia, jakie autorzy pracom swoim nadać zamierzają w przyszłości.

§ 28. Sekretarz doroczny nie czyni w protokóle żadnej wzmianki o sprawach, które wskutek doraźnej decyzji większości obecnych na posiedzeniu członków, w e j ś ć do protokółu nie mają.

§ 29. Jeśli postanowienie odpowiednie zapada na następnem posiedzeniu po odczytaniu protokółu, przed jego przyjęciem. Sekretarz odnośne ustępy z protokółu wykreśla i wzmianki o tem nie czyni.

§ 30. Decyzyje niedrukowania pewnych ustępów protokółu zapadać mogą nie tylko na tem posiedze-

niu, na którym sprawy objęte temi ustępami protokołu traktowane były, lecz i na bezpośrednio następującem po odczytaniu protokołu, lecz przed jego przyjęciem.

§ 31. O ustępach dyskusyj lub postanowień, które z rozporządzenia Towarzystwa drukiem ogłoszone być nie mają, nie czyni Sekretarz doroczny w protokóle przeznaczonym do Pamiętnika żadnej wzmianki, lecz doręcza osobno zredagowany protokół tych postanowień lub rozpraw Sekretarzowi stałemu, celem zamieszczenia ich w księdze protokółów, przechowywanej w archiwum Towarzystwa.

§ 32. W razie zbyt specjalnego przedmiotu wykładu lub dyskusyi, mocen jest Sekretarz doroczny zażądać od autora podania sobie streszczenia wykładu na piśmie (a u t o r e f e r a t u) i jeśli otrzyma takowe przynajmniej na dwa dni przed następnem posiedzeniem, obowiązany jest pomieścić je w protokóle z wyraźną wzmianką, że dany ustęp jest autoreferatem. W przeciwnym razie, jeżeli wymagany autoreferat we właściwym czasie Sekretarzowi dorocznemu doręczony nie zostanie, obowiązany jest Sekretarz doroczny pomieścić w protokóle przynajmniej wzmiankę, że wykład pod oznaczonym tytułem miał miejsce i wymienić tych, którzy w rozprawie udział przyjmowali.

§ 33. Protokół winien mieścić w nagłówku spis rzeczy, a bezpośrednio pod tym spisem wyraźną liczbę członków na posiedzeniu obecnych.

§ 34. Protokół ma być podpisany przez Prezesa bezpośrednio po odczytaniu i przyjęciu go przez Towarzystwo, (Ust. § 23) poczem Sekretarz doroczny doręcza Redaktorowi Pamiętnika podpisany już przez Prezesa protokół, celem wydrukowania go bez najmniejszej zmiany w Pamiętniku. Po wydrukowaniu Redaktor zwraca oryginały protokółów dla zachowania ich w archiwum, układając z nich oddzielną księgę protokółów, do której włączy i ustępy wskutek decyzji Towarzystwa nie przeznaczone do druku.

§ 35. Jeżeli w okresie czasu między odczytaniem pracy na posiedzeniu Towarzystwa, *respective* złożeniem

rękopisu *in extenso* na ręce Sekretarza dorocznego, a drukiem odpowiedniego protokołu posiedzenia w Pamiętniku, a autor pracę swoją drukiem ogłosi, Redaktorowi Pamiętnika przysługuje prawo pomieszczenia na odpowiednim miejscu tylko krótkiego streszczenia, zamiast całej pracy *in extenso*.

§ 36. Sekretarz doroczny i Redaktor szczególnie się starać winni, aby do każdego zeszytu Pamiętnika weszły wszystkie o ile można protokoły posiedzeń z odpowiedniego kwartału, tak, aby co najwyżej pomieszczenia nie znalazły protokoły z ostatniego miesiąca, poprzedzającego datę wyjścia z druku danego zeszytu Pamiętnika, która na każdym zeszycie winna być wydrukowana.

DZIAŁ III.

Głosowanie.

(Ust. §§ 34, 57 do 63; wybory na urzędy §§ 64, 63).

§ 37. Pod głosowanie poddawane być mogą jedynie wnioski w sprawach zapisaanych na porządek dzienny. Wyjątek stanowią sprawy nieprzewidziane, a naglące. W tym przypadku członkowie obecni przedewszystkiem przez głosowanie rozstrzygnąć winni, czy je za takie uważają (Reg. § 21).

§ 38. Wniosek mający być poddany głosowaniu, winien być zawsze sformułowany na piśmie i przez Prezesa odczytany.

§ 39. Głosowanie tajne jest bezwzględnie konieczne we wszystkich sprawach, noszących choćby pośrednio charakter osobisty. Oprócz tego odbywa się zawsze na żądanie jednego z członków. (Ust. § 62).

§ 40. Głosowanie jawne odbywa się przez podniesienie ręki. Prezes zapytuje przedewszystkiem, kto jest za wnioskiem i liczy głosy; następnie w każdym przypadku zapytuje powtórnie: kto jest przeciw wnioskowi?

§ 41. Głosowanie tajne odbywa się z listy, a to przez wrzucanie galek do urny, albo przez składanie kartek z wyrażonym zdaniem.

§ 42. Przy głosowaniu **współcześnie** na **większą liczbę kandydatów** na członków Towarzystwa, głosowanie tajne należy odbywać przez składanie na ręce Prezesa list imiennych kandydatów. Prezes obliczanie zdań: tak lub nie, poruczy czterem *ad hoc* zaproszonym skrutatorom, którzy wynik tajnego skrutynium doręczą bezzwłocznie Prezesowi celem ogłoszenia na temże posiedzeniu.

§ 43. Przy każdym głosowaniu **liczba głosów** za i przeciw ma być zapisana w protokóle.

§ 44. Jeżeli wniosek **kilka §§** zawiera, to głosuje się najpierw nad przyjęciem wniosku w zasadzie, potem nad oddzielnymi §§ z osobna, wreszcie nad przyjęciem wniosku w ostatecznej redakcyi.

§ 45. Jeżeli przez głosowanie z większej liczby **jednogatkowych propozycyj** (np. tematy do konkursów) pewną liczbę wybrać przychodzi — głosujący oceniają względną ich wartość cyframi. Propozycję w swoim mniemaniu najlepszą oznaczają cyfrą najwyższą, równą ogólnej ich liczbie, inne niższemi, w porządku ich względnej wartości. Propozycyje, które otrzymały sumę cyfr najwyższą, zostają przyjęte.

DZIAŁ IV.

Komitety i sprawozdania.

(Ust. §§ 34, 35, 40, 41).

§ 46. Każdy Komitet winien mieć ściśle **oznaczone zadanie** i przekraczać jego zakresu nie może. Składa się **najmniej z trzech członków**, oprócz przewodniczącego.

§ 47. We wszystkich razach, w których niniejszy Regulamin innego sposobu wyboru nie stanowi, **członków Komitetu** **wyznacza** na posiedzeniu Pre-

z e s; na żądanie jednak jednego z obecnych, poparte przez trzech innych członków Towarzystwa, wybór ma być dokonany przez głosowanie na kartkach.

§ 48. We wszystkich Komitetach, aż do ukończenia powierzonych im czynności, przewodniczy członek Towarzystwa, będący jego Wiceprezesem w chwili zawiązania Komitetu. Sekretarza Komitetu wybierają jego członkowie.

§ 49. Prezes Towarzystwa przy zawiązaniu Komitetu oznacza termin, w którym zadanie powierzone Komitetowi ma być dokonane. Jeśli w terminie powyższym Komitet bez usprawiedliwionych powodów pracy nie ukończył, Prezes mocen jest zmienić skład Komitetu w sposób §§ 46 i 47 wskazany.

§ 50. Powyższe zastrzeżenie stosuje się również do pojedynczych sprawozdawców z prac lub dzieł w Towarzystwie złożonych.

§ 51. Prezes i Sekretarz stały zawiadamiani być mają o każdym posiedzeniu każdego z Komitetów i wszelkim obradom Komitetów z głosem doradczym asystować mogą. Każdemu Komitetowi wolno jest przybierać biegłych z głosem doradczym, bądź z pośród członków Towarzystwa, bądź nawet z osób po za jego obrębem stojących.

DZIAŁ V.

Wydawnictwo i redakcja Pamiętnika.

(Ust. §§ 32, 33, 37, 38, 39, 40, 43; Reg. § 7).

§ 52. Redaktorem Pamiętnika jest członek czynny Towarzystwa, wybierany na lat trzy na drugim posiedzeniu Październikowem z pomiędzy kandydatów, którzy się na listę zapiszą.

§ 53. Redaktor za pracę redakcyjną i administracyjną pobiera wynagrodzenie przewidziane w budżecie, lecz nie mniejsze od 150 rubli rocznie.

§ 54. Sumę potrzebną na wydawnictwo Pamiętnika Zarząd Towarzystwa zamieszcza corocznie w budżecie i przedstawia do zatwierdzenia Towarzystwu. Wysokość jej powinna wystarczać na pensyję Redaktora i koszt wydania najmniej 40 arkuszy druku w zeszytach kwartalnych. Liczba odbijanych egzemplarzy powinna być dostateczną dla rozesłania członkom czynnym, prenumeratorom, instytucjom, z pozostawieniem około 50 egzemplarzy w zapasie, które w bibliotece Towarzystwa złożone być mają.

§ 55. Listę instytucyj, redakcyj i osób, którym Pamiętnik wysyła się bezpłatnie, zatwierdza corocznie na przedstawienie Redaktora Zarząd Towarzystwa.

§ 56. Do kosztów wydawnictwa zalicza się, oprócz pensyi Redaktora: druk, papier, broszurowanie, przesyłka, koszt wykonania rysunków i tablic, oraz koszty odbitek dla autorów w liczbie co najwyżej 100 egzemplarzy. NB. Odbitki autorowie odbierać mogą dopiero po wydaniu odpowiedniego zeszytu Pamiętnika.

§ 57. Główne rachunki wydawnictwa (druk, papier) poświadczone przez Redaktora, regulowane są w kasie Towarzystwa. Na wydatki pomniejsze Redaktor otrzymuje na początku roku zaliczkę, z której rachunek Zarządowi Towarzystwa zdaje w końcu roku.

§ 58. Wszelkie wpływy z prenumeraty, których prawdopodobna wysokość w budżecie oznaczona zostaje, Redaktor wraz ze szczegółowym rachunkiem wnosi do kasy Towarzystwa obowiązkowo co kwartał. W księgach kasowych wpływ ten jako dochód pomieszczony będzie.

§ 59. Jakkolwiek za prace pomieszczane w Pamiętniku autorowie w zasadzie wynagrodzenia nie pobierają, to jednak, jeśli po wykonaniu ogólnych zamierzeń budżetowych okaże się remanent, jeśli zwłaszcza dochód z prenumeraty Pamiętnika wyniósł więcej, niż przewidywano, Zarząd Towarzystwa powinien, na przedstawienie Redaktora, przyznać pewne wynagrodzenie autorom za najlepsze prace, w Pamiętniku pomieszczone, z wyłączeniem tych rozpraw konkursowych, za które autorowie otrzymali już pieniężną nagrodę od Towarzystwa.

§ 60. Każdy zeszyt Pamiętnika zawierać winien wszystkie protokoły z posiedzeń Towarzystwa z ubiegłego kwartału (Reg. § 36), a nadto po ułożeniu i wydrukowaniu katalogu umiejętnościowego biblioteki, każdy zeszyt Pamiętnika zawierać winien spis wszystkich dzieł, które w ciągu ubiegłego kwartału do biblioteki przybyły. (Reg. § 67 p. 4). Spis ten ma być opatrzony paginacją, dalszym ciągiem paginacji katalogu będącą. W 2-im zeszycie każdego tomu Pamiętnika zamieszczony ma być rocznik Zarządu Towarzystwa (Reg. § 108), a w ostatnim dokładny spis rzeczy, w tym tomie zawarych.

§ 61. Corocznie w Pamiętniku zamieszczony będzie **Prze gl ąd pi ś m i e n n i c t w a** lekarskiego polskiego, t. j. obiektywne streszczenie prac oryginalnych, w danym roku drukiem ogłoszonych. Redakcją tego działu, po porozumieniu się i pod odpowiedzialnością Redaktora Pamiętnika, zawiadywać może inny członek Towarzystwa.

§ 62. **P r a c e** na konkursach Towarzystwa Lekarskiego **n a g r o d z o n e**, o tyle są własnością Towarzystwa i w Pamiętniku drukowane być muszą, o ile regulaminy do funduszków konkursowych się odnoszące, wyraźnie to wskazują.

§ 63. Po za wymaganiami w §§ 60 i 61 określonymi, Redaktor ma **s w o b o d ę** w **w y b o r z e** **p r a c** do Pamiętnika. Nie jest obowiązany do drukowania wszelkich prac, które w rękopiśmie jako kwalifikacje na członków Towarzystwa złożone zostały; ogłoszenie zaś pracy w innym języku jako rozprawy inauguralnej, nie stanowi przeszkody do ogłoszenia przekładu jej w Pamiętniku.

DZIAŁ VI.

Biblioteka i czytelnia.

(Ust. §§ 13, 22, 45, 46).

§ 64. Bibliotekarz jest bezpośrednim i odpowiedzialnym **z a r z ą d c ą** biblioteki i czytelni Towarzystwa.

§ 65. Bibliotekarz ma prawo przybrać z pośród członków Towarzystwa tylu pomocników, ilu za potrzebnych uzna. Bibliotekarz jest odpowiedzialny przed Towarzystwem za czynności swoich pomocników, o których wyborze, zmianie lub usunięciu bezzwłocznie Towarzystwo zawiadomić powinien. Unormowanie i rozkład zajęć całego personelu bibliotecznego należy do Bibliotekarza.

§ 66. Na wypadek dłuższej choroby Bibliotekarza, lub jego wyjazdu z Warszawy, może on, za uprzednią zgodą Prezesa i Sekretarza stałego, jednego ze swych pomocników mianować zastępcą czasowym. Zastępujący Bibliotekarza pomocnik ma prawo brać udział w posiedzeniach Zarządu, z głosem doradczym w sprawach biblioteczných.

§ 67. Obowiązkiem Bibliotekarza jest:

1. Utrzymywanie w całości i największym porządku biblioteki i czytelni Towarzystwa;

2. Staranie o najszybsze dopełnienie, ewentualnie wypracowanie katalogów: kartkowego, repozytoryjalnego i umiejętnościowego (podług treści) biblioteki i czytelni Towarzystwa;

3. Utrzymywanie w największym porządku i ciągle dopełnianie katalogów biblioteki;

4. Po ułożeniu i wydrukowaniu katalogu umiejętnościowego, drukowanie co kwartał w Pamiętniku spisu książek w tymże czasie do biblioteki przybyłych (Reg. § 60). Katalog biblioteki wydać się mający, ma mieć format Pamiętnika. Spisy kwartalne dzieł, w Pamiętniku zamieszczone, mają mieć osobną paginację, będącą przedłużeniem paginacji katalogu, tak, aby z łatwością z Pamiętnika wyłączone i do katalogu przyłączone być mogły;

5. Wypracowanie coroczne do Rocznika Zarządu dokładnego sprawozdania o stanie biblioteki i czytelni, i postępie robót katalogowych. (Reg. § 109. E. 17);

6. Przedstawienie coroczne do zatwierdzenia Towarzystwu na posiedzeniu administracyjnem:

a) projektu rozdziału przeznaczanego na bibliotekę funduszu;

b) wykazu czasopism prenumerować się mających, utworzonego na zasadzie wyboru dokonanego przez członków Towarzystwa na rozesłanych w tym celu okólnikach;

c) ogólnego planu, jakiego przy zakupie dzieł do biblioteki trzymać się zamierza;

7. Możliwe uwzględnianie życzeń członków w księdze zapotrzebowań wyrażonych, o ile te pogodzić się dadzą z wyrozumowanym planem bogacenia biblioteki, opartym na wszechstronnem uwzględnianiu jej stanu, potrzeb i funduszków.

§ 68. Celem zaprowadzenia ciągłej i bacznej kontroli nad stanem biblioteki i czytelnii, ustanawia się Komitet biblioteczny, którego zadaniem jest:

1. Ścisła rewizja (przy udziale Bibliotekarza), raz do roku odbyć się mająca, całego inwentarza i stanu biblioteki i czytelnii;

2. Zbadanie postępu w opracowywaniu i stanu katalogów;

3. Szczegółowe zbadanie sposobu użycia przez Bibliotekarza, przeznaczonych na bibliotekę i czytelnię funduszków;

4. Zbadanie księgi zapotrzebowań;

5. Prowadzenie szczegółowych i dokładnych protokółów z wyżej wymienionych czynności;

6. Wypracowanie corocznie sprawozdania na posiedzenie administracyjne i do Rocznika Zarządu, na podstawie pomienionych wyżej protokółów. (Reg. § 109. H. 20).

§ 69. Protokoły Komitetu bibliotecznego, stwierdzające całość i porządek biblioteki i czytelnii, za ostateczne pokwitowanie Bibliotekarza uważane być mają.

§ 70. Do składu Komitetu bibliotecznego należą z urzędu: Wiceprezes — jako przewodniczący, Sekretarz doroczny i Redaktor Pamiętnika, i z wyboru trzech z pośród członków czynnych Towarzystwa na lat trzy wybrani członkowie, których wybór i czas urzędowania w następującym § 71 został szczegółowo określony.

§ 71. Na posiedzeniu wyborczem z roku 1893 zostaną wybrani przez głosowanie tajne trzej członkowie Komitetu. Bezpośrednio po dokonaniu tego wyboru, Prezes wyciągnie pojedynczo z urny zamknięte kartki z nazwiskami nowowybranych. Ten, którego nazwisko wyciągnięte zostało z urny pierwsze z kolei, ustąpi z urzędowania po roku i na jego miejsce dopełni Towarzystwo w roku 1894 nowego wyboru; ten z nowowybranych, którego nazwisko wyciągnięte zostało drugie z kolei, ustąpi po dwóch latach urzędowania i na jego miejsce dopełni Towarzystwo w roku 1895 nowego wyboru. Ten w końcu, którego nazwisko wyciągnięte było trzecie z kolei, ustąpi po trzechletnim urzędowaniu i od tego czasu stale ustępować będzie ten członek Komitetu, którego trzechletnia kadencja urzędowania ukończoną została. Członek ustępujący nie może być bezpośrednio na nowo wybrany.

§ 72. Członkowie Towarzystwa w Warszawie zamieszkali, mają prawo wypożyczać z biblioteki dzieła i czasopisma. Członek Towarzystwa życzący sobie wypożyczyć dzieła z biblioteki, wypisuje na kartce tytuły dzieł i wręcza ją woźnemu bibliotecznemu, który wciągu trzech dni dzieła żądane za pokwitowaniem dostarcza. Pokwitowanie zwraca się wypożyczającemu bezzwłocznie po oddaniu przez niego książek do biblioteki.

§ 73. Zabieranie książek z biblioteki bez wiedzy Bibliotekarza lub jego pomocników, jest stanowczo niedozwolone.

§ 74. Książki mogą być wypożyczane najdłużej na dwa miesiące, po upływie tego czasu powinny być do biblioteki zwrócone.

§ 75. Jednorazowo więcej nad 10 dzieł lub czasopism w tomy oprawnych, żaden z członków Towarzystwa brać nie może. Wypożyczanie po za obręb biblioteki rękopisów dzieł rzadkich, Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego, encyklopedyi, sprawozdań rocznych, słowników i podręczników biblijograficznych, bezwarunkowo jest wzbronione. Z tego rodzaju dzieł wolno korzystać tylko w czytelnicy Towarzystwa. Wszystkie inne dzieła i czasopisma mo-

gą być wypożyczane. Osądzenie, czy dzieło jakie należy do rzadkości biblijograficznych, należy do Biblijotekarza.

§ 76. Członek Towarzystwa, opuszczający na dwa miesiące lub więcej Warszawę, winien przed wyjazdem dzieła lub czasopisma wypożyczone do biblijoteki zwrócić, bez względu na to, jak dawno je wypożyczył.

§ 77. Po za obręb Warszawy dzieła bezwarunkowo wypożyczane być nie mogą.

§ 78. Przed rozpoczęciem rewizji biblijoteki, wypożyczone dzieła powinny być zwrócone, a podczas jej trwania—biblijoteka zamknięta.

§ 79. Członek Towarzystwa wypożyczający dzieła lub czasopisma, wszelkie szkody jakie biblijoteka przez niego ponieśćby mogła, wynagrodzić winien.

§ 80. Osobom nienależącym do Towarzystwa żadnych dzieł ani czasopism wypożyczać nie wolno.

§ 81. Dla korzystania z czasopism służy czytelnia.

§ 82. Czytelnia otwartą jest codziennie, z wyjątkiem niedziel i świąt uroczystych, od godziny 12-ej do 4-ej po południu i od 6-ej do 10-ej wieczorem.

§ 83. Każdy numer tygodnika lub dwutygodnika będzie się znajdował w czytelnii przez tygodni cztery, miesięczniki zaś i kwartalniki przez miesiące trzy; po upływie tego czasu pojedyncze numera lub zeszyty czasopism wcielone zostaną do zbiorów biblijotecznych i mogą być wypożyczone.

§ 84. Członek Towarzystwa zabierający samowolnie czasopisma z czytelnii, traci prawo do dalszego z niej korzystania, o czem na przedstawienie Biblijotekarza Zarząd decydować będzie.

DZIAŁ VII.

P r a c o w n i a.

§ 85. Celem istniejącej przy Towarzystwie pracowni jest dostarczenie jego członkom możliwości prowa-

dzenia prac naukowych, bezpośrednio lub pośrednio odnoszących się do medycyny.

§ 86. Fundusz na utrzymanie pracowni przeznaczony, składa się:

1. Z procentów od zrobionych na ten cel zapisów;
2. Z ofiar, przeznaczonych w całości na pokrycie natychmiastowych potrzeb pracowni;
3. Z zasiłku, jaki Towarzystwo na wniosek Zarządu z funduszków bieżących na ten cel przeznaczy i do budżetu wnieść zaleci.

§ 87. Pracownia daje bezpłatnie pracującym: lokal, opał, światło, gaz, wodę destylowaną, oraz wszelkie narzędzia, aparaty i środki, jakimi w danej chwili rozporządza.

§ 88. Pracujący zaopatrzyć się muszą z własnych funduszków we wszelkie narzędzia, aparaty i utensylia, przetwory chemiczne i t. d., których pracownia dostarczyć im nie może, a przedewszystkiem w to wszystko, co do ich wyłącznego użytku służyć tylko może i ich niepodzielną własność stanowi. (Zakup i żywienie potrzebnych zwierząt, alkohol, barwniki, szkiełka mikroskopowe, miszeczki do barwników, naczynia do preparatów i t. p.).

§ 89. Pracownią zarządza, z tytułem Zarządzającego, członek Towarzystwa w tym celu wybrany. Zarządzający pracownią spełnia urząd swój bezpłatnie, jest urzędnikiem stałym Towarzystwa i członkiem Zarządu, w którym interesy i potrzeby pracowni reprezentuje. Zarządzający pracownią dostarcza do Rocznika Zarządu (Reg. § 109 G. p. 19) sprawozdanie szczegółowe o pracach w roku danym w pracowni prowadzonych i dokonanych, o stanie obecnym pracowni i wydatkach na pracownię poczynionych.

§ 90. Bezpośrednim nadzorem nad pracownią, zaopatrywaniem jej we wszystko, co do prowadzonych robót okaże się koniecznym i bezpośrednim kierownictwem prowadzonych badań zajmuje się Kustosz, pobierający za tę czynność wynagrodzenie, którego wysokość corocznie w budżecie oznaczoną zostanie.

§ 91. Kustosza, będącego bezpośrednim pomocnikiem Zarządzającego, wybiera ten ostatni z pośród członków czynnych Towarzystwa i o dokonany wyborze, ustąpieniu lub zmianie, bezwłocznie Towarzystwo zawiadamia.

§ 92. Kustosz obowiązany jest codziennie w oznaczonych godzinach przybywać do pracowni, skontrolować jej stan, wydać odpowiednie rozporządzenia, udzielać pracującym potrzebnych im rad i wskazówek, wydać im potrzebne do badań przyrządy, aparaty i naczynia, odebrać już zbyteczne i prowadzić szczegółową kontrolę takowych w przeznaczonej do tego księdze.

§ 93. Kustosz przedstawia Zarządzającemu: bieżące potrzeby pracowni i pracujących, ewentualnie potrzebę zakupu niezbędnych do prowadzenia danej roboty aparatów, utensyliów i środków, wydatkuje na potrzeby pracowni, za poprzednim porozumieniem się i w sposób przez Zarządzającego wskazany.

§ 94. Pod dozorem i zawiadywaniem Kustosza znajduje się biblioteka podręczna dzieł, specjalnie dla pracowni służyć mających.

§ 95. Obowiązki i prawa zajmujących się badaniami w pracowni określa szczegółowo regulamin wewnętrzny pracowni, przez Zarządzającego ułożony. Każdy mający zamiar zająć się badaniami naukowymi w pracowni, zgłosić się winien w tym celu do Zarządzającego, a po uzyskaniu stosownego pozwolenia i egzemplarza regulaminu wewnętrznego, stwierdzić winien własnoręcznym podpisem, przed przystąpieniem do roboty, obznajanie się z tym regulaminem i obietnicę ścisłego zastosowania się do jego rozporządzeń.

DZIAŁ VIII.

Administracja.

(Ust. §§ 17, 20, 21, 45, 66 do 74).

§ 96. Sprawami majątkowymi i administracyjnymi Towarzystwa zawiaduje Zarząd.

§ 97. Do składu Zarządu należą z urzędu: Prezes, Wiceprezes, Sekretarz stały, Sekretarz doroczny, Podskarbi, Zarządzający pracownią, Biblijotekarz i Redaktor Pamiętnika. Z wyboru (na posiedzeniu wyborczem) trzech członków czynnych Towarzystwa, których wybór i czas trwania urzędowania w § 71 określony został.

§ 98. Posiedzenia Zarządu odbywają się na wezwanie i pod przewodnictwem Prezesa lub Wiceprezesa. Wrazie równości głosów, głos Prezesa przeważa.

§ 99. Przedstawicielem Zarządu i wykonawcą jego uchwał jest Sekretarz stały.

§ 100. Zarząd przybiera według własnego uznania radców prawnych, o których zaproszeniu lub ustąpieniu Towarzystwo zawiadamia. Dla załatwienia czynności biurowych Zarząd mianuje urzędników kancelaryi.

§ 101. Zarząd spisuje protokoły posiedzeń. Do ważności uchwał potrzebną jest obecność przynajmniej sześciu członków Zarządu.

§ 102 Sekretarz stały:

A. Jako przedstawiciel Zarządu, *respective* Towarzystwa, w sprawach administracyjnych, prawnych i majątkowych:

1. Podpisuje wraz z Prezesem prawomocnie wszelkie akty urzędowe, hypoteczne, notaryjalne, sądowe i administracyjne;

2. Podpisuje wszelką korespondencję i asygnacje na wydatki;

3. Odbiera wszelkie przynależności i wpływy Towarzystwa i z odbioru prawomocnie kwituje;

4. Wystawia wraz z Prezesem prawomocne pleni-potencyje:

a) celem rewindykacji na właściwej drodze wszelkich przynależności Towarzystwa;

b) celem objęcia w posiadanie wszelkich ruchomych i nieruchomych darowizn;

c) celem zawiadywania, administracji i wydzierżawiania wszelkich zamiejscowych posiadłości Towarzystwa;

5. Wszelkie pobrane sumy wnosi bezzwłocznie do kasy Towarzystwa;

6. Przedstawia wraz z Podskarbim (Ust. § 21) do zatwierdzenia na posiedzeniu administracyjnym projekt budżetu, ułożony przez Zarząd, który to projekt przynajmniej na dwa tygodnie przed posiedzeniem członkom rozesyłany być winien;

7. Czuwa bezpośrednio nad wykonaniem budżetu;

8. Przedstawia w czasie właściwym Zarządowi; *respective* Towarzystwu, do zatwierdzenia swoje wnioski, odnoszące się tak do wszelkich spraw majątkowych Towarzystwa, jak i funduszków nagrodowych, stypendyjalnych i t. p.

9. Czuwa nad zachowaniem archiwum i pieczęci Towarzystwa.

B. Jako stróż Ustawy i Regulaminu:

10. Czuwa nad ścisłym zachowaniem przepisów Ustawy i Regulaminu;

11. Prowadzi i przechowuje księgi uchwał i postanowień (Reg. § 26) i księgę protokółów (Reg. § 31).

C. Jako reprezentant naukowy Towarzystwa:

12. Prowadzi w imieniu Towarzystwa korespondencję krajową i zagraniczną z innymi Towarzystwami i instytucjami naukowymi.

§ 103. Dziennik kasowy ma być prowadzony w dwóch egzemplarzach: jeden przez Podskarbiego, drugi w kancelaryi Zarządu.

§ 104. Wszelkie wydatki są dokonywane przez Podskarbiego nieinaczej, jak za a s y g n a c y j a m i podpisane przez Sekretarza stałego i przez Prezesa.

§ 105. Rozdział szczegółowych zajęć i obowiązków pomiędzy członków Zarządu pozostawia się wzajemnemu ich porozumieniu i bliższemu określeniu w Regulaminie wewnętrznych czynności Zarządu, który to regulamin określać również winien atrybucyje urzędników kancelaryi.

§ 106. Członek czynny, nie uiszczający się przez rok cały z opłaty składkowej, zanim w myśl § 70

Ustawy z grona członków wykreślony zostanie, zostaje dwukrotnie przez Sekretarza stałego o wniesienie zaległości wezwany i nie przedzej, jak w miesiąc po drugim wezwaniu, z decyzji Zarządu może być z liczby członków wykreślony, o czym piśmiennie zawiadomić go należy.

§ 107. O czasowem lub stałem z w o l n i e n i u członka o d s k ł a d k i decyduje Zarząd, lecz w sprawozdaniu kasowem nazwiska członka zwolnionego nie wymienia.

§ 108. Zarząd układa corocznie R o c z n i k Z a r z ą d u T o w a r z y s t w a, który Sekretarz stały przed upływem Marca doręcza Redaktorowi Pamiętnika dla ogłoszenia drukiem w 2-gim zeszycie.

§ 109. Do rocznika Zarządu dostarczać mają :

A. Wiceprezes :

1. Listę urzędników i Komitetów Towarzystwa;
2. Listę członków honorowych, rzeczywistych i korespondentów;
3. Spis członków, którzy w roku poprzedzającym przybyli i ubyli;
4. Wykaz posiedzeń stałych na rok dany.

B. Sekretarz stały:

5. Dosłowny wypis z księgi uchwał (Reg. § 26) wszelkich postanowień Towarzystwa, jakiegokolwiek zmiany lub uzupełnienia Ustawy lub Regulaminu stanowiących;

6. Sprawozdanie z obrotu funduszków Towarzystwa i funduszków pod administracją Towarzystwa będących za rok ubiegły;

7. Bilans funduszków i własności Towarzystwa;

8. Sprawozdanie szczegółowe o nowych zapisach i darowiznach;

9. Sprawozdanie o nagrodach konkursowych, stypendyjalnych i t. p., przyznanych w roku ubiegłym z funduszków pod Zarządem Towarzystwa zostających;

10. Zawiadomienie o konkursach i nagrodach wakujących;

11. Zawiadomienie o zadaniach konkursowych;

12. Wspomnienia pośmiertne o członkach w roku ubiegłym zmarłych;

C. Przewodniczący w Komitecie rewizyjnym:

13. Protokoły rewizji rachunków i funduszków, własnością Towarzystwa będących i pod jego opieką zostających za rok ubiegły (Reg. § 116);

14. Uwagi w przedmiocie wykonania budżetu;

15. Wnioski w sprawach odnoszących się do majątku, administracji i czynności Towarzystwa;

D. Sekretarz doroczny:

16. Sprawozdanie szczegółowe z czynności naukowych Towarzystwa;

E. Bibliotekarz (Reg. § 67 p. 5):

17. Sprawozdanie o stanie biblioteki i czytelnicy, i postępie robót katalogowych.

F. Redaktor Pamiętnika:

18. Sprawozdanie z części naukowej i administracyjnej Pamiętnika (Reg. § 7).

G. Zarządzający pracownią:

19. Sprawozdanie szczegółowe o pracach naukowych w pracowni prowadzonych i dokonanych, i wydatkach na pracownię poczynionych (Reg. § 89).

H. Przewodniczący w Komitecie bibliotecznym:

20. Protokoły z rewizji biblioteki i uwagi nad jej stanem i prowadzeniem (Reg. § 68, p. 8), nadto w pierwszych rocznikach pomieszczone być mają spisy inwentarza majątku Towarzystwa.

DZIAŁ IX.

Komitet rewizyjny.

§ 110. Komitet rewizyjny składa się z trzech członków czynnych Towarzystwa, nienależących do składu Zarządu. Sposób wyboru członków tego Komitetu i czas

trwania ich urzędowania ma być ten sam, jaki został szczegółowo w § 71 tego Regulaminu postanowiony.

§ 111. W Komitecie przewodniczy najstarszy wiekiem, najmłodszy jest sekretarzem.

§ 112. Przynajmniej raz do roku z urzędu, a nadto ilekroć Prezes tego zażąda, Komitet obowiązany jest dopełnić rewizji rachunkowości i funduszków Towarzystwa.

§ 113. Obowiązkiem Komitetu jest sprawdzenie wykonania zamierzeń budżetowych i obrotu funduszków tak własnością Towarzystwa będących, jak pod jego opieką zostających, przyczem za podstawę służyć mają Regulaminy i postanowienia Towarzystwa. Nadto obowiązkiem Komitetu jest sprawdzenie inwentarza ruchomości Towarzystwa z wyjątkiem biblioteki.

§ 114. O dniu i godzinie przystąpienia do czynności przewodniczący Komitetu zawiadaniać winien Prezesa i Sekretarza stałego, a nadto tego z urzędników Towarzystwa, w którego zakresie czynności rewizyjna ma być dokonana, ewentualnie Zarządzającego kasą wsparcia, (p. art. 11 i 12 Ust. kas. wsp.), którzy na każde żądanie Komitetu udostępniać winni przejrzenie ksiąg, kontrol, dokumentów i nie odmówić swoich wyjaśnień.

§ 115. Przy każdej rewizji Podskarbi składa do obliczenia i stwierdzenia cały zasób znajdujący się w kasie gotowizny i papierów procentowych, oraz dowody depozytowe i to zarówno znajdujące się w kasie Towarzystwa, jak i w kasie wsparcia, a to bez względu, iż obie kasy są oddzielnie utrzymywane i rewidowane.

§ 116. Rezultaty rewizyj wnoszone są do protokołu, który przez członków Komisji podpisany być winien.

§ 117. Raport z dokonanej czynności Komitet składa w odpisie Prezesowi przynajmniej na tydzień przed odczytaniem go w Towarzystwie, co najdalej na ostatnim Lutowym posiedzeniu nastąpić winno (Reg. § 6).

§ 118. Jeżeli Komitet rewizyjny uważa za właściwe poczynić wnioski, powinien je zaopatrzyć usprawiedliwiającymi motywami na piśmie.

§ 119. Wrazie potrzeby, za uprzedniem porozumieniem się z Prezesem i Sekretarzem stałym, Komitet rewizyjny ma prawo zaprosić do udziału w czynnościach, z głosem doradczym, osoby w buchalteryi i biegle.

DZIAŁ X.

Postanowienia treści rozmaitej.

§ 120. Do §§ 5, 10, 12, 13 i 71 Ustawy.

Członkowie honorowi wybrani z pośród członków czynnych, nie tracą, póki zechcą, praw członka czynnego (wybory na urzędy), podlegając w tym razie i obowiązkom płacenia składki.

§ 121. Do § 6, 52, 56 i 57 Ustawy.

Nazwisko kandydata, pragnącego zostać członkiem Towarzystwa, ma być przynajmniej przez cztery tygodnie wywieszone na odpowiedniej tablicy w lokalu Towarzystwa, a to rachując od daty przedstawienia jego podania na posiedzeniu Towarzystwa do daty wyboru. Bezpośrednio obok nazwiska kandydata wypisane być mają na tej samej tablicy nazwiska członków Towarzystwa: przedstawiającego i popierających kandydata. Pragnący zostać członkiem Towarzystwa, może jako wymaganą przez Ustawę pracę naukową, kwalifikującą, złożyć swoją rozprawę inauguralną, w jakimkolwiek języku opublikowaną.

§ 122. Do § 15 Ustawy.

Potwierdzenie Prezesa, Wiceprezesa, Sekretarza dorocznego, zależy od Warszawskiego Generał Gubernatora.

§ 123. Do § 68 Ustawy.

Członkowie czynni opłacają składkę roczną w kwocie rs. 16. Poborca składki winien być zaopatrzony w kwity tymczasowe, które przy odbiorze pieniędzy wydaje. Wymiana kwitów tymczasowych na formalne, następować winna najdalej wciągu miesiąca.

§ 124. Do § 23 Ustawy.

Członkowie czynni Towarzystwa mają prawo z b i e r a ć s i ę w j e g o l o k a l u dla rozpraw naukowych i demonstracyj w zakresie pewnej specjalności pod następującymi warunkami:

1. Podanie do Prezesa, zawiadamiające o zamiarze takich zebrań nosić winno przynajmniej dziesięć podpisów;

2. Oznaczenie dni i miejsca (w lokalu Towarzystwa) takich zebrań następować może tylko za porozumieniem z Prezesem, który daje w tym względzie odpowiedź na piśmie, pod adresem pierwszego na podaniu podpisanego;

3. O każdym posiedzeniu Prezes Towarzystwa oddzielnie przez pierwszego podpisanego na podaniu zawiadomiony być winien;

4. Każdy członek Towarzystwa ma prawo na posiedzeniach takich być obecny;

5. Protokoły obrad, jeśli je zbierający się członkowie spisują, nie mogą być jako takie odczytywane na posiedzeniach Towarzystwa, ani jako takie drukowane, a wezwania członków na obrady, bez pośrednictwa kancelaryi i służby Towarzystwa rozsyłane być mają.

§ 125. Do § 51 Ustawy.

P o d a w a n i e przez członków Towarzystwa wiadomości do pism jakichkolwiek o sprawach wewnętrznych i administracyjnych Towarzystwa, jest stanowczo wzbronione. Wiadomość o wykładach i dyskusjach naukowych, a nawet całe protokoły z posiedzeń naukowych Towarzystwa, mogą być zamieszczane, ale jedynie w pismach lekarskich.

§ 126. N a o k ó l n i k a c h rozsyłanych imieniem Zarządu, członkowie nie powinni czynić u w a g i p r z y p i s k ó w. Interpelacje w sprawach w okólniku wyluszczonej, czynić powinni na posiedzeniu po zapisaniu się na porządek dzienny.

§ 127. Do § 14 Ustawy.

Wrazie śmierci, ustąpienia, lub dłuższej nieobecności jednego z urzędników Towarzystwa, Zarząd wybierze bez-

zwłocznie z pośród swoich członków tymczasowego zastępcę, który aż do prawomocnego wyboru następcy ubylego urzędnika, pełnić będzie zastępczo jego obowiązki.

DZIAŁ XI.

Zastrzeżenia dyscyplinarne. Załatwianie sporów.

§ 128. Wrazie z a ż a l e n i a n a j e d n e g o z c z ł o n k ó w Towarzystwa o wykroczenie przeciwko uczciwości, obowiązkom powołania lub koleżeństwa, Prezesowi przynajmniej przez pięciu członków Towarzystwa na piśmie podanego, Prezes wezwie oskarżonego kolegę na najbliższe posiedzenie Zarządu, aby tenże usprawiedliwił się z uczynionych mu zarzutów.

1. Wrazie, jeśliby usprawiedliwienie się oskarżonego, poparte należytych dowodami, przez większość Zarządu za dostateczne uznane zostało, Prezes sprawę umarza, decyzję uniewinniającą na akcie oskarżenia spisuje i podpisuje i zawiadamia o takowej na piśmie oskarżonego i pierwszego z podpisanych na akcie oskarżenia. Oryginał aktu oskarżenia z decyzją uniewinniającą przechowywanym być ma w archiwum Towarzystwa.

2. Wrazie, jeśli usprawiedliwienie się oskarżonego i materiały dowodowy przez niego dostarczony za niedostateczne uważane zostaną, a wina oskarżonego udowodnioną będzie, Prezes wniesie na posiedzenie Towarzystwa do zatwierdzenia przez głosowanie tajne (komplet nie mniejszy od $\frac{1}{3}$ wszystkich członków — prosta większość) uchwałę Zarządu, wnoszącą o skazanie obwinionego na napomnienie ustne, napomnienie z zapisaniem do protokołu lub wykreślenie z grona członków, a to stosownie do ciężkości udowodnionej winy. Towarzystwo po wysłuchaniu odczytanego przez Prezesa aktu oskarżenia, tudzież motywów i projektu wyroku Zarządu, przystąpi bez wszelkiej dyskusji do głosowania nad wyrokiem.

3. Wrazie, gdyby oskarżony, bez dostatecznie udowodnionej przyczyny na dwukrotne wezwanie Prezesa się

nie stawiał, Zarząd, nie przystępując wcale do rozbioru sprawy *in merito*, a jedynie po udowodnieniu faktu, że dwukrotne wezwania rzeczywiście oskarżonemu doręczone zostały, wykreśli oskarżonego z grona członków Towarzystwa i o decyzji tej Towarzystwo zawiadomi. W drugim i trzecim razie (wrazie udowodnienia winy lub niestawienia się oskarżonego) akt oskarżenia ze spisaniem na nim umotywowanym projektem wyroku Zarządu i wyrokiem Towarzystwa, oraz wszelkie akta tej sprawy przechowywane będą w archiwum i pod żadnym pozorem opublikowane, ani rozgłaszane być nie mogą. Odpis ostatecznego wyroku podpisem Prezesa i Sekretarza stałego stwierdzony, doręczony być ma skazanemu. Gdyby który z członków Zarządu czuł się osobiście dotkniętym inkryminowanym czynem oskarżonego, miał z nim poprzednio jakie zajście, czuł do niego wyraźną niechęć, lub przeciwnie, gdyby pozostawał z oskarżonym w stosunkach pokrewieństwa lub przyjaźni, to członek lub członkowie tacy powinni się sami w imię bezstronności od sądu uchylić, ewentualnie przez postanowienie Zarządu od udziału w sądzie usunięci być mają, a Zarząd przez powołanie w miejsce usuniętych, nowych członków sądu, do rozbioru sprawy przystąpi.

§ 129. Jeśli lekarze należący, lub nienależący do Towarzystwa, w sporze, ze stosunków zawodowych wynikającym, odwołują się do sądu polubownego Towarzystwa, sąd ten ustanowiony będzie według zasad, w następujących §§ wyluszczonych.

§ 130. Każda ze stron przedstawia na piśmie swoje do strony przeciwnej pretensyje, oraz piśmienne zarczenie, że się wyrokowi sądu bez zastrzeżeń podda i wymienia dwóch arbitrów z liczby członków czynnych Towarzystwa. Arbitrowie, podani przez strony, wraz z Prezesem, Wiceprezesem i Sekretarzem stałym Towarzystwa stanowią Komitet sędzący i ostatecznie wyrokujący.

§ 131. Sędziowie po dokładnem rozpoznaniu sprawy, albo wyrok wydają, albo uchylają się od wyro-

kowania, pozostawiając stronom swobodę dochodzenia wzajemnych pretensyj na właściwej drodze.

DZIAŁ XII.

Zmiany Regulaminu i Ustawy.

(Ust. §§ 47, 48, 49, 50).

§ 132. Uchwały, mające Towarzystwo stale obowiązywać, to jest zmieniające lub uzupełniające Ustawę i Regulamin, zapadać mogą na każdym posiedzeniu, pod warunkami, w następujących §§ określonymi.

§ 133. Wniosek zmiany w Regulaminie, bez względu czy pochodzi od Zarządu, czy od członków Towarzystwa, (w ostatnim przypadku opatrzony być musi przynajmniej pięciu podpisami), powinien być zawsze przedstawiony na piśmie z treściwymi motywami i z motywami w reprodukcji członkom czynnym rozesłany, z wymienieniem daty, w której pod dyskusyję i głosowanie poddany zostanie.

§ 134. Wniosek taki podług uznania obecnych przy złożeniu go członków, może być odesłany do opinii osobnemu Komitetowi.

§ 135. Głosowanie nad wnioskiem dokonywać się winno na czwartym posiedzeniu, uważając za pierwsze to, na którym wniosek został złożony.

§ 136. Do powzięcia uchwały, t. j. przyjęcia wniosku, konieczną jest obecność $\frac{1}{3}$ członków czynnych, a zgoda $\frac{2}{3}$ obecnych. Jeśli liczba nie jest podzielna przez trzy (3), ułamek uważa się za całość.

§ 137. W braku potrzebnego kompletu, wniosek zapisuje się ponownie na porządek dzienny, póki w potrzebnym komplecie pod głosowanie poddany nie zostanie.

§ 138. Wnioski co do zmian w Ustawie (które wymagają zatwierdzenia Władzy) potrzebują tych samych dla przyjęcia warunków, co i wnioski zmian w Regulaminie. (Ust. § 44).

Nadto, wniosek raz przyjęty, niewcześniej jak po miesiącu ma być powtórnie na porządek dzienny wpisany, powtórnie poddany dyskusji i głosowaniu. Dopiero gdy ponownie przy komplecie najmniej $\frac{1}{3}$, ogólnej liczby członków stałych, zgodzi się na niego $\frac{2}{3}$, obecnych, uważa się za ostatecznie przyjęty i przez władze Towarzystwa do zatwierdzenia władzy rządowej przedstawiony zostaje.

(Regulamin powyższy w 138 §§ zawarty, przyjęty został na posiedzeniu Towarzystwa w dniu 6-ym Grudnia 1892 roku, a wszelkie uchwały i postanowienia w przedmiotach Regulaminem objętych, przed datą powyższą zapadłe, jednocześnie uchylone zostały).

Prezes Towarzystwa Dr. **E. Przewoski.**

Sekretarz stały Dr. **Brodowski.**

WYJAŚNIENIA AUTENTYCZNE

*do działu drugiego przyjętego w dniu 6 Grudnia 1892 roku
Regulaminu.*

W myśl przyjętego działu 2-go Regulaminu, mają być zaprowadzone i utrzymywane następujące księgi i akta :

1. Utrzymywana dotychczas i przez Prezesa prowadzona księga treści protokółów, w której wpisywaną ma być przez Prezesa krótka treść, a przynajmniej tytuły wykładów i przemówień, tudzież nazwiska wszystkich mówców w porządku, w jakim przez Prezesa do głosu dopuszczani zostali. W teźże księdze Prezes własnoręcznie wpisuje wszelkie wnioski uchwał przed podaniem takowych pod głosowanie (Reg. § 38), a po takowem rezultat głosowania.

2. Księga, a właściwie akta uchwał i postanowień Towarzystwa, utrzymywana przez Sekretarza stałego. Do tych akt dostarcza Sekretarz doroczny Sekretarzowi stałemu (bezpośrednio po przyjęciu ich przez Towarzystwo) (Reg. § 26) możliwie jasne i dokładne protokoły motywów i dyskusyj nad wszelkimi wnioskami uchwał, tudzież dosłowny odpis tychże uchwał z księgi protokółów przez Prezesa prowadzonej.

3. Akta i księga kopii protokółów.

Protokoły posiedzeń zredagowane w sposób przez §§ 25 i 27 Regulaminu wskazany i pisane na arkuszach jednego formatu atramentem do kopijowania, mają być bezpośrednio po odczytaniu, przyjęciu przez Towarzystwo i podpisaniu przez Prezesa i Sekretarza dorocznego, mechanicznie w księdze kopii protokółów skopi-

jowane i Redaktorowi Pamiętnika doręczone. Bezzwłocznie po ukończeniu druku pomienionych protokółów, zwraca Redaktor Pamiętnika powierzone sobie oryginały Prezesowi. Protokoły te, stosownie w kancelaryi zeszyte i ponumerowane, stanowią akta protokółów Towarzystwa.

Księga kopii protokółów znajdować się zawsze winna na stole prezydyjalnym i pod żadnym pozorem, również jak inne akta, z lokalu Towarzystwa wynoszona być nie może.

Prezes Towarzystwa **Dr. E. Przewoski.**

C Z Y N N O Ś C I
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

P R O T O K Ó Ł Y.

Rok 1892.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 13 Grudnia 1892 roku.

PREZES **Przewoski.**

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES zawiadamia, że kol. JAKOWSKI uproszony został przez zarząd do pełnienia zastępczo obowiązków podskarbiego do czasu nowych wyborów.

N a d e ś ł a n o podanie na członka czynnego WOŁKOWICZA, przedstawiają kol. JAWDYŃSKI, DUNIN, GRUNDZACH—sprawozdawca kol. JANOWSKI.

III. Wiceprezes MARKIEWICZ odczytał projekt sekcji lekarsko-technicznej komitetu obywatelskiego urządzeń sanitarnych na wypadek wybuchu cholery. Projekt ów obejmuje wybudowanie baraków na 900 chorych, urządzenie domu zdrowia płatnego dla chorych zamożniejszych na 60 łóżek, dostarczanie bezpłatne lekarstw w ambulatoryjach, urządzenie kamery dezynfekcyjnej, pralni publicznej, kąpieli natryskowych, budowę domu noclegowego na 150 osób, oraz otwarcie pomieszczeń izolacyjnych. Ogólny koszt powyższych urządzeń oznaczono na 283,000 rs.

Kol. FABJAN, jako sprawozdawca komisji wybranej przez towarzystwo do oceny powyższego projektu, odczytał referat tej treści. Komisja uznaje za potrzebne; 1) urządzenie stacyj izolacyjnych w początkach wybuchu epidemii, dopóki ogólna liczba chorych nie dosięga 50 dziennie; 2) z uwagi na biegunki choleryczne, istnienie domów noclegowych poczytuje za szkodliwe i proponuje zamknięcie owych domów z chwilą wybuchu epidemii; 3) na całość projektu komisja zgadza się, dodając, aby opłata w domu zdrowia była jak najtańsza, a nadto, aby przy każdym baraku znajdowały się oddzielne pokoje dla chorych w cenie 1 rs. 30 kop. dziennie.

Po przemówieniu prof. BARANOWSKIEGO, KOSIŃSKIEGO, BROWDSKIEGO i MARKIEWICZA, postanowiono rozstrzygnąć powyższą sprawę na posiedzeniu nadzwyczajnem w dniu 16-ym Grudnia r. b.

IV. Prof. KOSIŃSKI okazał preparat pęcherzyka żółciowego, wyciętego u kobiety 29-letniej, cierpiącej od kilku miesięcy na bóle i żółtaczkę, pojawiające się napadami. Pęcherzyk żółciowy wielkości dużej gruszki, o ścianach mocno zgrubiałych, opleciony był w kilku miejscach zrostami z siecią; z początku opróżniono przy pomocy trójgrańca zawartość gęstą podobną do ropy lub emulsyj, następnie oddzielono powrózkowe zrosty z siecią i wątroba, przecinając je między podwójnymi podwiązkami, wkońcu podwiązano przewód pęcherzykowy i odcięto pęcherz; w pozostałej szypule wyłuszczone pozostała część błony śluzowej i założono szew ciągły na błonę surowiczą. W pęcherzyku znajdowało się 8 kamieni, z tych 5 większych. Operacja wykonana była przed dwoma dniami, przebieg dotąd zupełnie pomyślny.

V. Kol. GABSZEWICZ przedstawił chorego ze złamaniem trzeciego kręgu szyjowego, powstałym przed 5-ma miesiącami skutkiem upadnięcia na schodach; ruchy obrotowe są niemożliwe, z przodu w gardzieli istnieje *lordosis*, z tyłu wyraźne zgrubienie.

VI. PREZES zawiadamia, że za parę tygodni przypada 70-ta rocznica urodzin PASTEUR'A, która ma być uroczystie obchodzoną. Zasługi tego wielkiego uczonego dla nauki są olbrzymie, przypomnę tylko niektóre najważniejsze fakty z jego działalności. Pierwsze jego prace nad fermentacją dokonane przed 30-tu laty wykazały z wielką ścisłością, że związek pomiędzy procesem fermentacji a życiem niższych organizmów, jest uzasadniony. Fakt to bardzo ważny, stanowiący epokę w nauce. Drugą pracą wielkiej doniosłości, były badania nad chorobami wina i piwa, które wykazały, że kwaśnienie zależy także od niższych ustrojów. Nakoniec w 1865 r. dokonane badania nad chorobami jedwabników znowu dowiodły ścisłego związku tej sprawy z niższymi organizmami. Badania te wstrząsnęły światem naukowym, pierwszy raz doświadczalnie stwierdzono przyczynę choroby zaraźliwej. Praca ta niezwykłego znaczenia popchnęła patologiję na nowe tory, od tego czasu datuje się rozwój nowej nauki — bakteryjologii. Następnie przypadają badania nad cholera kur. Wielkie czyny naukowe nie na tem się kończą, PASTEUR dowiódł nie tylko, że choroby zależą od żywych organizmów, ale że je można osłabiać, że można robić ochronne szczepionki (cholera kur, karbunkuł, wścieklizna). Każdy musi przyznać, że PASTEUR jest człowiekiem genialnym, jest potentatem naukowym, że zasługi jego są olbrzymie, dlatego proponuję, aby Towarzystwo nasze przyjęło udział w uroczystym obchodzie 70-ej rocznicy urodzin, przez wysłanie odpowiedniego adresu i dyplomu na członka honorowego.

Zebrani koledzy z najwyższym uznaniem przyjmują propozycję PREZESA. Kol. KRYSIŃSKI odczytuje projekt adresu, który przyjęto.

Kol. BENNI i BUJWID wyznaczeni zostali jako delegaci Towarzystwa na obchód uroczysty w Paryżu.

Kol. DUNIN proponuje, aby napisać obszerny życiorys PASTEUR'A, streszczenie prac jego i uczniów; byłby to obraz rozwoju parazytologii bardzo ciekawy i ważny.

Kol. ROTHE wniosek ten popiera i propozycję swą zwraca do kol. KRYSIŃSKIEGO, który obiecuje tą pracą się zająć.

VII. W końcu odczytali sprawozdania z prac nadesłanych: kol. GABSZEWICZ z pracy CIECHOMSKIEGO, ZAWADZKI — RYCHLIŃSKIEGO, KUCZYŃSKI—SAWICKIEGO z Grąjewa, JANOWSKI—KURTZA, WISŁOCKIEGO i STEINHAUSA, DMOCHOWSKI—CZAJKOWSKIEGO i ZIHLIŃSKIEGO, DUNIN—DĄBROWSKIEGO, SZUMLAŃSKI — IWANICKIEGO, TRZCIŃSKI — GIEDROICIA, ANDERS — ARNSTEINA z Kutna, KAMOCKI — B. R. GEPNERA, NEUGEBAUER — SZMAKFEFERA, PUŁAWSKI — St. KAMIEŃSKIEGO i PRUSZYŃSKI—BRONOWSKIEGO. Wszyscy sprawozdawcy polecają kandydatów na członków Towarzystwa.

Na tem posiedzenie ukończono.

Sekretarz *Wł. Sztejner*.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 16 Grudnia 1892 roku.

PREZES **Przewoski**.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Sekretarz stały odczytuje zaproszenie od sekcji medycyny i chirurgii Instytutu Francyi do wzięcia udziału w uroczystym obchodzie 70-ej rocznicy urodzin PASTEUR'A. Postanowiono zawiadomić o wysłaniu delegatów z adresem i dyplomem.

III. Kol. NEUGEBAUER streściwszy pomyślne wyniki symfizeotomii, okazał preparat miednicy kobiety zmarłej w 8-ym miesiącu ciąży, na której dokonał przy sekcji symfizeotomiję; kości łonowe rozeszły się przytem na 6 ctm., chociaż z powodu nierozważnego rozciągania spojenie krzyżowo-biodrowe uległo rozdzieleniu.

IV. W dalszym ciągu dyskusji nad oceną urządzeń sanitarnych, proponowanych przez sekcję lekarsko-techniczną komitetu obywatelskiego, po przemówieniach kol.: FABJANA, PREZESA, Sekretarza stałego, Wiceprezesa, KOSIŃSKIEGO, KONDRATOWICZA, DUNINA, BARANOWSKIEGO, KRAMSZTYKA Zyg., KRYSIŃSKIEGO i MAYZLA odnośnie punktu 1-go izolacji chorych, przyjęto orzeczenie komisji Towarzystwa lekarskiego z dodatkiem, aby izolacja była wykonywana wtedy, jeżeli ona za konieczną będzie uznana przez lekarza; izolację pozamiejską uznano za nieodpowiednią.

Co do punktu drugiego (domy noclegowe) Towarzystwo postanowiło, aby podczas epidemii nie były one zamykane, lecz znajdowały się pod pilną opieką lekarską i higieniczną.

Dalej przyjęto wniosek kol. KRAMSZYK'A Zyg. następujący: Towarzystwo lekarskie uprasza komitet obywatelski, aby pomyślał o środkach, któreby uczyniły niepotrzebnem zabieranie na czas epidemii szpitali ogólnych na rzecz dotkniętych cholera.

Nakoniec przyjęto wniosek, że w interesie dobra publicznego leży, żeby przeniesienie chorego na cholera do szpitala, było wykonywane wyłącznie z polecenia lekarza przywołanego do chorego.

Na tem posiedzenie ukończono.

Sekretarz *Wł. Sztejner*.

Posiedzenie administracyjne dnia 20 Grudnia 1892 roku.

PREZES Przewoski.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. **N a d e s ł a n o:** Zawiadomienie o mającym się odbyć obchodzie 25-letniej rocznicy założenia Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie—postanowiono posłać telegram.

III. Kol. SZUMIAŃSKI przedstawił chorą 50-letnią, uskarżającą się na szum w uchu; przy wysłuchiowaniu przez stetoskop przyłożony za uchem słycać szmer synchroniczny z tętnem; jest to rzecz rzadka, najczęściej się zdarza przy tętniaku tętnicy szyjowej wewnętrznej.

IV. Sekretarz stały zawiadomia o zamiarze wyjazdu z Warszawy na 3 tygodnie, zastępować go będzie kol. wiceprezes MARKIEWICZ.

V. Zastępca podskarbiego, kol. JAKOWSKI, odczytuje budżet Towarzystwa na rok 1893 przyjęty przez zarząd Towarzystwa. Po wyjaśnieniach kol. Sekretarza stałego, PREZESA i NATANSONA budżet przyjęto.

VI. Kol. MAJKOWSKI odczytał sprawozdanie komisji rewizyjnej kasy Towarzystwa lekarskiego i kasy wsparcia; na wniosek PREZESA złożono podziękowanie członkom komisji i jej sprawozdawcy.

VII. Bibliotekarz kol. PESZKE odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki za rok ubiegły. W dniu 20 Grudnia 1892 r. stan biblioteki Tow. lek. przedstawia się jak następuje:

1. Katalog główny numerów . . .	16,022	przybyło 857
2. Katalog folijantów Nr.	277	„ 10
3. Katalog rękopisów Nr.	73	„ 19
4. Szafa Placzkowskiego Nr.	117	—
5. Słowników Nr.	16	„ 5
6. Dzieł spisanych lecz nieliczb. Nr.	149	—
7. Dzieł sprawdzonych niespisanych Nr.	230	—
8. Dzieł niesprawdzonych	30	—

Razem Nr. . 16,914 Razem 891

W roku 1891 było razem 16,023

Zatem przyrost w r. b. wynosi Nr. 891.

Przyrost ten znaczny powstał przeważnie z darów, oraz z zamiany duplikatów i dzieł treści nielekarskiej. Większe ofiary dla biblioteki złożyli: 1) Kol. K. WIŚNIEWSKI: Księgozbiór ś. p. prof. chir. E. K. NOWICKIEGO, zawierający liczne dzieła cenne, dawniejsze, dotyczące przeważnie chirurgii 2) Pani Mianowska z Piotrkowa: Dzieła pozostałe po ś. p. d-rze MIANOWSKIM. 3) Prof. R. LEWANDOWSKI z Wiednia: 30 kilka prac swoich. 4) Akademia medyko-chirurg. w Petersburgu: Dyseratacje obronione w roku akad. 1891/92. 5) Redakcja Gazety lekarskiej: Stokilkadziesiąt broszur i odbić. Członkowie Towarzystwa kol. HOYER, DOBRSKI, KARWOWSKI i inni, także darami swemi wzbogacili nasz księgozbiór, również nie będący czł. Tow. kol. HEINRICH i DZIERŻAWSKI ofiarowali kilka dzieł dawniejszych, nadto kol. HEINRICH nadesłał dalszy ciąg Jahresbericht'ów VIRCHOW'A i HIRSCH'A.

Na wydatki biblioteczne w r. b. Tow. lek. asygnowało 835 rs, z sumy tej wydano do dnia dzisiejszego:

1) Na zakup dzieł i prenumeratę	rs. 638 kop. 33
2) Na oprawę książek	„ 92 „ 25
3) Na wydatki różne	„ 26 „ 53

Razem rs. 757 kop. 89, pozostaje zatem jeszcze rs. 77 kop. 89, które obrócone zostaną poczęści na zakup książek, poczęści na oprawę tychże.

W 1892 r. zakupiono dla biblioteki dzieła następujące: 1) EULENBURG'A—Real-Encyklopaedie, wyd. II. 2) Tegoż—Encyklopädische Jahrbücher, t. I i II. 3) Festschrift dla R. VIRCHOW'A. 4) Toż wyd. b. asystentów, 5) Dokończenie atlasu bakteryjolog. FRÄNKEL'A i PFEIFFER'A. 6) Archives de méd. expérimentale za lata 1889, 90 i 91. 7) Dalszy ciąg Arbeiten aus d. Kais. Gesundheitsamt, t. VIII, zes. 1 i 2. 8) LEYDEN i GUTTMANN—Influenza-Epidemie 1889/90. 9) PROUST—La défense de l'Europe contre le cholera. 10) Med.-Statistische Mittheilungen a. d. K. Gesundheitsamt, t. I, z. 2. 11) Charité-Annalen, t. XVII. 12) Deutsche Chirurgie, posz. 23. 13) JEZEK—Umsturz d. Harveyschen Lehre vom Blutkreislaufe. 14) MACÉ—Traité de bactériologie. 15) Kilka roczników Memorabilien f. prakt. Aerzte.

Prenumerowano pisma następujące: 1) Nowiny lekarskie. 2) Gazette hebdomadaire. 3) Gazette des hôpitaux. 4) Archives générales de Médecine, 5) Archives de médecine expérimentale. 6) Annales d'hygiène. 7) Revue d'Anthropologie. 8) Revue de Chirurgie. 9) Revue de Médecine. 10) Revue Scientifique. 11) Schmidt's Jahrbücher. 12) Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 13) Archiv Virchow'a. 14) Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. 15) Archiv f. Gynäkologie. 16) Deutsches Archiv f. Klin. Medicin. 17) Archiv f. Augenheilkunde. 13) Vierteljahresschrift f. öffentl. Gesundheitspflege. 19) Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. 20) Jahrbuch f. Kinderkrankheiten. 21) Deutsche Zeitschrift f. Klin. Medicin. 22) Berliner Klin. Wochenschrift. 23) Wiener med. Wochenschrift. 24) Wiener med. Presse. 25) Archiv f. experimentelle

Pathologie. 26) The Lancet. 27) British medical Journal. 28) American journal of the med. Sciences.

Proponuje się do prenumeraty: Deutsche medic. Wochenschrift (13,20) przyjęto.

Kol. PESZKE proponuje na członka korespondenta Towarzystwa prof. LEWANDOWSKIEGO Rudolfa z Wiednia; popierają kandydat urę kol. BRUNER Mik. i KRYSIŃSKI.

Po przemówieniach kol. KRYSIŃSKIEGO, sekretarza stałego, MAYZLA i STANKIEWICZA, postanowiono pisma dla Towarzystwa prenumerować na poczcie o ile to jest możliwe.

Na tem posiedzenie ukończono.

Sekretarz *Wł. Szteyner*.

Rok 1893.

Posiedzenie wyborcze dnia 3 Stycznia 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 100.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia administracyjnego, po odczytaniu przyjęto.

II. **N a d e s ł a n o:** a) Zatwierdzenie przez p. Kuratora Okr. Nauk. stypendyjum imienia prof. GIRSZTOWTA, przyznanego przez Towarzystwo studentowi Bełżyńskiemu; b) od kol. DOBRZYCKIEGO: „Medycyna“ za rok 1892, tom oprawny; c) Warszawskie Wiadomości Uniwersyteckie; d) Protokoły Towarzystwa Lekarskiego Kijowskiego, oraz opis jubileuszu rzeczonego Towarzystwa; e) PODWYSOCKI — W sprawie walki z cholera.

III. PREZES zawiadamia o śmierci członka czynnego od lat trzydziestu, profesora ROSÉGO, który był wiceprezesem Towarzystwa i proponuje uczczenie pamięci zmarłego przez powstanie; zebrani członkowie zadosyć uczynili żądaniu PREZESA.

IV. Sekretarz doroczny *Wł. SZTEYNER* odczytał sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa za rok 1892. (NB. Sprawozdanie to drukowanem będzie w zeszycie II).

V. Przystąpiono następnie do wyboru urzędników Towarzystwa na rok 1893. Wybrani zostali większością głosów: na Prezesa PRZEWOSKI Edward, na wiceprezesa MARKIEWICZ Stanisław, na sekretarza dorocznego SZUMLAŃSKI Witold.

VI. Na stały urząd podskarbiego Towarzystwa wybrany został KONDRATOWICZ Stanisław.

VII. Na członków Zarządu wybrani zostali: GEPNER Bolesław, JAWDYŃSKI Franciszek i KRAMSZYK Zygmunt. Stosownie do odbytego losowania, pierwszy na lat trzy, drugi na dwa, trzeci na rok jeden.

VIII. Na członków czynnych wybrani zostali: CIECHOMSKI Andrzej, DZIERŻAWSKI Bolesław, DĄBROWSKI Witosław, KURTZ Stanisław, WISŁOCKI Kazimierz, SZMAKFEFER Felicyan, ZIELIŃSKI Kazimierz, RYCHLIŃSKI Karol, STEINHAUS Julian, GIEDROYĆ Franciszek, KAMIENSKI Stanisław, IWANICKI Stanisław, BRONOWSKI Szczęsny, GEPNER Bolesław Ryszard.

IX. Na członków korespondentów wybrani zostali: ARNSTEIN Feliks z Kutna, CZAJKOWSKI Józef z Sosnowic i SAWICKI Jan Wacław z Grajewa.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. *E. Przewoski.*

Sekretarz *Wl. Szteyner.*

Posiedzenie nadzwyczajne d. 10 Stycznia 1893 r.

PREZES **Przewoski.**

Obecnych członków 82.

Prof. NENCKI Marceli wygłosił odczyt p. t. „Kilka słów o cholery i o środkach dezynfekcyjnych“. Z chwilą wybuchu epidemii cholery w Rosyi utworzone zostały w Baku i Astrachaniu czasowe oddziały Petersburskiego Instytutu Medycyny Doświadczalnej, do których wydelegowani byli lekarze: SZUBENKO, BLACHSTEIN, HAHN i CUMFT. Pierwszem zadaniem tych ekspedycji było badanie cholery pod względem bakteryjologicznym; a wyniki tych badań były następujące: Twierdzenie KOCH'A, że niema cholery bez typowych spirylli — przecinkowców, zostało potwierdzone; z tą jednak różnicą, że podczas, gdy KOCH, wszelkim innym drobnoustrojom znajduwanym w wypróżnieniach cholerycznych, odmawia wszelkiego znaczenia,—BLACHSTEIN co do tego do innych doszedł wyników. Badając wypróżnienia, znajdował on w jednych przypadkach prawie czyste hodowle przecinkowców,—w innych—przecinkowce w bardzo małej ilości, głównie zaś różne inne drobnoustroje. Fakt ten, jak również twierdzenie KOCH'A, że czyste hodowle przecinkowców nie wywołują cholery u zwierząt, lub wywołują ją dopiero po zubożeniu soki żołądkowego, zastrzyknięciu morfiny i wstrzymaniu dopływu żółci, a natomiast zgodnie z badaniami BOUCHARDA, małe nawet ilości wypróżnień cholerycznych zastrzyknięte pod skórę zabijają myszy, króliki i morskie świnki, to wszystko skłoniło BLACHSTEINA do zwrócenia baczniejszej uwagi na drobnoustroje spotykane obok przecinkowców w wypróżnieniach cholerycznych. Powtórzył on doświadczenia BOUCHARDA, i o tyle je dopełnił, że wydzielił z wypróżnień kilka innych bakteryj, które nazwał *Bacillus caspicus* α β i γ . Żaden z nich zastrzyknięty pod skórę zwierzęcia oddzielnie (myszy, morskiej świnki, królika, gołębia) nie wywoływał podobnie jak i czyste hodowle przecinkowców, ani objawów chorobowych, ani śmierci; mieszanina zaś jedno lub dwudniowej hodowli na buljonie

jednego z tych trzech drobnoustrojów z czystą hodowlą przecinkowców, zabijała zwierzęta w ciągu 1—3 dni. Doświadczenia te BLACHSTEIN wraz z CUMFTEM powtórzyli w Petersburgu, znaleźli te same drobnoustroje w wypróżnieniach cholerycznych i oprócz tego przekonali się, że nie tylko *bac. caspicus* ale i inne, np. dwa wydzielone z wody wodociągowej i jeden z ekskrementów krowy, zbliżony cechami do *bacterium coli commune*, po zmieszaniu z czystą hodowlą przecinkowców, działają na zwierzęta zabójczo. Na podstawie tych wyników prof. NENCKI prostuje teorię KOCH'A w ten sposób, że obok przecinkowców ważną rolę przy choleryce odgrywają i inne drobnoustroje, których obecność wpływa na różnorodny przebieg choroby. Dowodzą tego zresztą i te nieliczne doświadczenia na ludziach, jakie dotychczas posiadamy: ani lekarz Berliński, ani PETTENKOFFER, ani EMMERICH, u których po przypadkowym lub umyślnym spożyciu czystych hodowli przecinkowców, wystąpiły objawy choroby, eksperymentów swych nie przypłacili życiem właśnie dlatego, że wszyscy trzej spożyli tylko czyste hodowle spirylli, a w kiszkiach swych nie mieli tych drobnoustrojów, jakie w doświadczeniach BLACHSTEINA i CUMFTA zabijały zwierzęta. Dowodem wreszcie służyć może publikacya Dra REKOWSKIEGO ogłoszona w IV zeszytce Archiwu, wydawanego przez Instytut, w której zestawione są wyniki badań pośmiertnych, wykonanych na trupach cholerycznych z Petersburgskiego Szpitala Piotra i Pawła. Z zestawień tych widać że u 90% zmarłych na choleryę było przewlekłe zapalenie nerek, u 70% rozszerzenie żołądka, u 40% marskość wątroby. Dalsze dopiero poszukiwania bakteriologiczne zawartości kiszki, mogą wyjaśnić ostatecznie kwestyę, czy na rozwój i działalność przecinkowców wpływa samo tylko osłabienie ścian przewodu pokarmowego i całego ustroju, — czy też nagromadzenie większej ilości różnorodnych drobnoustrojów; zdanie jednak prof. NENCKIEGO przechyla się na korzyść tego ostatniego przypuszczenia.

Drugie zadanie ekspedycyi polegało na wypróbowaniu środków leczniczych. Badania w tym kierunku przekonały, że bardzo skutecznym i wielkie usługi oddającym środkiem w pierwszym okresie cholery, przy biegunce cholerycznej jest salol, który podawać należy w dawkach 3—4 grm. *pro die*. Dowodzą tego komunikaty HAHN'A z Astrachania i WOŁKOWICZA z Niżniego Nowogrodu. Zdania odmienne, uważające salol za bezskuteczny, objaśnić można tem, iż podawano go w okresach późniejszych przy zatruciu całego ustroju, kiedy nawet od większych dawek pomocy żadnej oczekiwać nie można. Lepsze jeszcze wyniki otrzymał w Baku SZUBENKO, podając nowe preparaty bizmutowe, mianowicie połączenia bizmutu z fenolem, wyrabiane przez fabrykę Dra W. HEIDEN'A w Radebeul pod Dreznem. Prof. NENCKI za najodpowiedniejsze uważa: β —*Naphtol*, — *metakresol* — i *phenolbizmut*. SZUBENKO stosował głównie pierwsze z tych połączeń w dawkach 2—4 grm. *pro die*, a prawdopodobnie dawkę tę można powiększyć; doświadczenia bowiem na zwierzętach wykonane przez Dra JASIŃSKIEGO dowiodły, że psom

średniej wielkości dawać można 5 — 6 grm. *phenolbismutu* na dzień bez najmniejszej szkody dla organizmu; co objaśnić można tem, że sole te rozkładają się dopiero w kiszka ch i mała ich część zaledwie zostaje wchłoniąona: $\frac{1}{1000}$ wprowadzonego bizmutu wydziela się przez nerki. Skuteczne działanie tych środków zależy prawdopodobnie od tego, że tworzą one z toksalbuminami i ptomainami związku nierozpuszczalne i nieulegające wchłonięciu.

Jednocześnie w Petersburgu Dr DZIERZGOWSKI dokonywał badań nad sposobem otrzymywania wody wyjałowionej; wyniki prac swych ma wkrótce ogłosić; prof. NENCKI nadmienia jedynie, że bardzo praktycznymi okazały się filtry inżyniera BERKENFELD'A, przewyższające pod wieloma względami używane dotychczas filtry CHAMBERLAND'A, które są drogie i filtrują wodę bardzo wolno; BERKENFELD glinkę CHAMBERLAND'A zastąpił ziemią krzemionkową wypaloną i wyprasowaną, przez którą nie przechodzą nawet najmniejsze drobnoustroje jak np. posocznicy myszy, i woda filtruje się znacznie szybciej. Koszt jednego filtru w Berlinie wynosi 30 marek, w Petersburgu 30 rs., świeca na zmianę kosztuje 5 m.; wyrabiane są w 2-ch formach: jedne do przyszlubowania do wodociągu, drugie do czerpania wody wprost ze zbiornika, choćby nawet z brudnej kałuży; te ostatnie kosztują 45 rs.

W m. Czerwcu r. z. t. j. z chwilą wybuchu epidemii w Rosyji wykupiono wszystkich prawie kwas karbolowy; tak że z konieczności należało postarać się o wynalezienie innego taniego i łatwodostępnego środka dezynfekcyjnego. W tym celu prof. NENCKI przedsięwziął badania nad dziegieciem; znał już własności dziegieciu bukowego; ze względu jednak na wysoką jego cenę, poddał badaniu gatunki tańsze: brzożowy i sosnowy. Badania były długie i mozolne, lecz uwieńczone zostały pomyślnym wynikiem. Okazało się mianowicie, że dziegieć sosnowy zawiera fenole, wrzące przy ciepłocie 190° — 230° głównie gwajakol, metylgwajakol, dymetylgwajakol i propylgwajakol; brzożowy zawiera również głównie fenole: gwajakol, metylgwajakol, małą ilość ksylenu albo dimetylfenolu i kresolu; a obok tego dwumetylpyrogallol i propylpyrogallol. Ostateczny rezultat tych badań przedstawia się w ten sposób, że dziegieć sosnowy jako 6 razy silniej działający i 10 razy tańszy, ma w antyseptyce przyszłość większą niż brzożowy. Najpraktyczniejszą w użyciu okazała się emulsya, otrzymywana przez klócenie w ciągu kilku minut 1-ej części dziegieciu z 10-a lub 15-a częściami wody; emulsya taka zaraz użyta zabija w ciągu kilku minut przecinkowce, inne bakterye kiszek w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny. Dziegieć przeto śmiało może konkurować z *acidum carbolicum crudum*, który często zawiera zaledwie kilka % fenolu; zapach ma niegorszy od kwasu karbolowego; a jako ogólnie w Rosyji znany, łatwiej zdobędzie zaufanie u ludu. Byłoby bardzo pożądanem, aby wydzielili z dziegieciu gwajakole i tę tylko część używać do antyseptyki, która się rozpuszcza w alkaliach i w działaniu antyseptycznem równa się czystemu fenolowi. Stanowi to zadanie łatwe; a podołać by mu mogli najlepiej farmaceuci, bardziej

wykształceni w kierunku chemicznym, w myśl reformy projektowanej przez Mówcę.

W dyskusyi kol. BUJWID zapytuje: 1-o Czy nie były robione próby z jodoformem, który na bakteryje cholery działa specyficznie i 2-o Czy filtrów BERKENFELD'A próbowano przez czas dłuższy, czy też tylko badano jak działają filtry nowe? Sam przekonał się, że świece filtrów BERKENFELD'A podobnie jak CHAMBERLAND'A szybko przerastają i po kilku dniach przepuszczają bakteryje.

Prof. NENCKI objaśnia, że z jodoformem prób nie robiono, bo chodziło o środek łatwo dostępny i tani, a jodoform takim nie jest. Co się tyczy filtrów, to robiono doświadczenia przez czas dłuższy — i okazało się, że zarówno przez filtr zupełnie świeży, jak i po 1—2-u tygodniowym użyciu, woda przechodzi zupełnie wyjałowiona, ale w mniejszej ilości niż z początku,—trzeba jedynie zgodnie z przepisem BERKENFELD'A filtry co dwa tygodnie czyścić, a osad zbierać szczotką zmaczaną w wodzie gorącej albo roztworze sody, a sam filtr wygotowywać; tak postępując, można jedną świecę używać przez 3—4 miesiące. Co do przerastania, to wogóle w filtrach BERKENFELD'A przy grubości ściany 1½ ctm., jest ono o wiele trudniejsze; prof. NENCKI, filtrując przez kilka dni roztwór błękitu lazuruwego, przekonał się, że ściana świecy zabarwiła się tylko na 2—3 mm., pozostała część była biała.

Kol. BUJWID. W filtrze CHAMBERLAND'A przerastanie odbywa się w 2—3 dni; w BERKENFELD'A w ciągu 4 dni. Samo oczyszczanie szczotką nie jest dostateczne, trzeba co 3—7 dni wygotowywać filtr w wodzie gorącej w ciągu godziny. Co się tyczy środków dezynfekcyjnych, to rzeczywiście dziegieć działa bardzo dobrze, u nas jednak brzożowy lepszy jest od sosnowego i od słabych roztworów fenolu. Surowy kwas karbolowy naszych aptek, zawierający 16% fenolu działa w ten sposób, że w stosunku 1 : 1000 zabija w ciągu kwadransa laseczniki chole-ryczne w czystych hodowlach i w wypróżnieniach; czysty robi to samo w stosunku 4 : 1000. U nas przy mniejszem rozpowszechnieniu dziegciu lepsze byłoby do dezynfekcyi wapno, które w stosunku 1 : 100 niszczy również w ciągu kwadransa przecinkowce.

Prof. NENCKI nie stawia dziegciu wyżej od wapna, ale poleca go tam, gdzie nie ma żadnego środka dezynfekcyjnego, tem więcej, że jest to środek bardzo tani; w Petersburgu 1 q kosztuje 5 kop. Wapno należy brać koniecznie niegaszone i stosować do dezynfekcyi tylko świeżo przygotowaną emulsję, niezawierającą grudek wapna.

Kol. FABIAN zapytuje, czy są dowody eksperymentalne na to, że istnieje nietylko Symbioza ale i Syngeneza bakteryj; t. j. że punktem wyjścia jest pewien drobnoustrój, który w pewnych okresach przejawia się jako *bacillus caspicus*, *coma-bacillus* i *bacterium coli commune*.

Prof. NENCKI w odpowiedzi podaje, że jest tylko mieszanina różnych bakteryj, które albo się wzajemnie niszczą albo wzajemnie wspomagają.

PREZES podaje, że wyniki badań anatomo-patologicznych, dokonanych w 3-ech przypadkach w Lublinie i we wszystkich 24-ch warszawskich odmienne były od tych, jakie otrzymał REKOWSKI. Z pomiędzy tych 27 przypadków, trzy dotyczyły położnic; w jednym znalazł zmiany w nerkach odpowiadające przewlekłemu zapaleniu, w jednym także chroniczne zapalenie nerek *cum degeneratione amyloidea*; w pozostałych były zmiany w różnych narządach, zależne li tylko od cholery.

Prof. NENCKI odpowiada, że przytoczył jedynie dane, poczerpnięte z pracy REKOWSKIEGO; różnica w wynikach sekcji wymaga dalszych badań i wyjaśnień; co do położnic, to REKOWSKI podaje również 5% przypadków po porodzie, albo po poronieniu.

PREZES wyraża podziękowanie prof. NENCKIEMU, że był łaskaw w przejeździe przez Warszawę wygłosić swój odczyt w Towarzystwie i zakomunikować wyniki swych badań nad cholera.

Na tem posiedzenie zakończone.

PREZES Dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański

Posiedzenie kliniczne d. 17 Stycznia 1893 r.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 73.

Treść: SOKOŁOWSKI i BRODOWSKI. Przyczynę do patologii i dyjagnostyki nowotworów śródpiersiowych.

PRZEWSKI. O sposobie połączenia komórek mięsnych w sercu u człowieka.

MAYZEL.—*Haemoglobinuria paroxysmalis*.

Wybory na członków różnych komitetów.

I. Protokoły 2-ech ostatnich posiedzeń: wyborczego i nadzwyczajnego klinicznego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano. Fr. NEUGEBAUER. Kilka słów o wskrzeszeniu cięcia łonowego czyli symfyseotomii. 2. Wł. ŚWIĄTECKI *Eine praktische Färbungsmethode der mikroskopischen Präparate*. 3. J. BABIŃSKI (z Paryża), a) *Paralysie hystérique systématique Paralysie partielle ou systématique des fonctions motrices du membre inferieur gauche*. b) *Paralysie hystérique systématique, paralysie faciale hystérique*. c) *Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les nevroses et diverses autres affections*.

III. PREZES wnosi, aby złożyć piśmienne podziękowanie kol. BRAUNOWI, długoletniemu Skarbnikowi i członkowi Zarządu Towarzystwa, który obecnie z powodu choroby zmuszony był ustąpić. Wniosek ten został przez obecnych na posiedzeniu jednomyślnie przyjęty.

IV. PREZES wita nowowybranych członków i wręcza im dyplomy

V. Kol, SOKOŁOWSKI (Autoreferat) opisuje historię choroby pacjenta, który w d. 10. X. 92 r. wstąpił do Szpitala Ś-o Ducha z powodu silnego kaszlu i duszności (zwłaszcza po jedzeniu) datującej się od 7-u miesięcy. Przed 27 laty przebywał przymiot, a wciągu lat 5-u dwukrotne zapalenie płuc. Przyjmując chorego znaleziono: J. W. lat 52 dobrego wzrostu i budowy, twarz zbrzęknięta i sina, prawa źrenica zwężona, obrzęki rąk i nóg (osobliwie prawej) gruczoły limfatyczne szyi, pod pachą i w pachwinach (szczególnie z prawej strony) mocno powiększone, pod skórą klatki piersiowej i brzucha znacznie rozszerzone żyły. Badanie fizykalne wykryło z prawej strony klatki piersiowej do 1 żebra z przodu i grzebienia łopatki ztyłu oraz na mostku absolutne stępienie z objawami oddechu oskrzelowego i bronchofonii. W pozostałych narządach, tudzież w moczu, krwi i bardzo skąpej śluzowej płwocinie nie nieprawidłowego nie wykryto.

Wciągu 6-o tygodniowego pobytu w szpitalu, stan chorego przy coraz częstszych napadach duszności, niedostatecznym odżywianiu oraz wzmagających się obrzękach i charłactwie znacznie się pogorszył. Wreszcie przyłączyło się bredzenie, wśród którego nastąpiła śmierć 20. XI. 92 r.

Na podstawie głównych objawów fizykalnych rozpoznano mięsak limfatyczny śródpiersia i prawego płuca, co zresztą w zupełności tłama-czyło objawy przedmiotowe i podmiotowe (duszność, obrzęki, zwężenie źrenicy, rozszerzenie żył, ogólne charłactwo i in.). Rozpoznanie to w zupełności zostało stwierdzone na sekcji, która nawet wyjaśniła jedyną wątpliwość rozpoznawczą, jaką przedstawiał wynik nakłócia próbnego, dokonanego w IV prawem międzyżebżu, przy którym otrzymano nieco ropy. W płucu bowiem wśród twardych guzów nowotworowych istniał szereg bronchektazji wypełnionych ropą, które były następstwem zapalenia o charakterze *paribronchitidis fibrosae* z rozszerzeniem oskrzeli, jak to zresztą wykryło badanie mikroskopowe; ku tym więc rozszerzeniom skierowane zostało niewątpliwie próbne przekłócie.

Opisany przypadek poucza: 1) że punkcya nie może (jak to powszechnie podawane jest w podręcznikach) być znakomitym momentem rozpoznawczym nowotworów śródpiersia (SENATOR—FRENKEL) 2) Obecność wysięków w opłucnej w pierwszych okresach choroby, jak to zresztą bywa najczęściej, nie stanowi warunku niezbędnego. W naszym wypadku wysięk wystąpił dopiero wciągu ostatnich dni życia chorego, wskutek tego, że przyrośnięte płuco po dawno przebytem zapaleniu przeszkadzało szerzeniu się nowotworu na opłucną z następczym wysiękiem, jak to najczęściej ma miejsce; lecz sprawa nowotworowa rozwijała się w samym płucu. 3) Zwężenie źrenicy samo przez się nie ma znaczenia rozpoznawczego; jednocześnie z pomienionym chorym podobny objaw spostrzegano u chorego, gdzie badanie zarówno przyżyciowe, jak i pośmiertne wykryło obecność tętniaka aorty. Etiologia naszego przypadku jest równie ciemną jak w większości przypadków tej kategorii. Powszechnie przyjmowane momenty etiologiczne, jak przymiot

i uraz i w danym wypadku wielkiej roli nie odgrywają, chociaż chory jako taki moment podawał uraz.

Sekretarz stały (Autoreferat) przedstawia preparat wyjęty przy badaniu pośmiertnem: Nowotwór zajmował przeważnie wnękę płuca prawego, przechodził na górną i prawą część śródpiersia i sięgał po prawej stronie szyi prawie do górnego brzegu chrząski tarczowej, uciskając z prawej strony wstępującą część aorty piersiowej, otaczając i uciskając prawie zupełnie tętnicę bezimienną, podobojczykową prawą i sąsiadującą z niemi żyły (bezimienną i szyjową wewnętrzną). Szerzył się on przeważnie po oskrzelach i zajmował niewielką część płuca prawego, głównie w postaci nacieku, wśród którego w pobliżu części naciecznej znajdowały się i guziki, oczywiście będące następstwem dysseminalacji. Górny i średni płat płuca prawego były mocno uciśnięte i mocno przyrosłe do klatki piersiowej; gruczoły limfatyczne znajdujące się na wúcie płuca lewego, były również znacznie powiększone, niektóre nawet wielkości śliwki, nie były jednak jeszcze ze sobą zlane. Nowotwór ten składał się widocznie ze zwyrodniałych gruczołów oskrzelowych, gruczołów górnych śródpiersia, nadobojczykowych i gruczołów szyjowych wzdłuż wielkich naczyń. Na rozkroju przedstawiał się jako złożony z licznych zrazików, ściśle ze sobą spojonych, co dowodziło zwyrodnienia nie tylko samych gruczołów lecz i znajdującej się między niemi luźnej tkanki łącznej; oddzielne guzy ściśle ze sobą połączone posiadały wogóle mały stopień spójności, powierzchnia ich przekroju była żółto-czerwona, niektóre, zwłaszcza większe, były bardzo miękie i wśród nich znajdowały się tu i owdzie bardzo nieregularne jamki wypełnione gęstą, żółtawym płynem. Wymiar jednej z tych jamek leżącej blisko powierzchni wynosił prawie 3 ctm. i z niej prawdopodobnie pochodził płyn, wydobywany za życia; jakkolwiek bowiem zawierał on wiele komórek, które mogły sprawiać wrażenie komórek ropnych, uległych w każdym razie zwyrodnieniu tłuszczowemu, to były jednak wśród nich komórki większe, płaskie, kątownate, także tłuszczujące, przypominające komórki nabłonkowe i dowodzące że płyn pochodził z samego nowotworu; rozszerzenia oskrzeli, z których jedno dochodziło wielkości jaja gołębiego, położone były tak głęboko, że wydostać z nich płynu przy nakłóciu próbnym nie było podobna. Nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mamy do czynienia z nowotworem złośliwym, który powstał z gruczołów oskrzelowych prawego płuca, rozszerzył się następnie na gruczoły śródpiersia, nadobojczykowe i szyjowe, a w ostatku i na oskrzelowe płuca lewego. Rzuca się więc mimowoli zgóry już myśl, że mamy do czynienia z tak zwanym mięsakiem limfatycznym (*lympho sarcoma malignum*) jak to kol. SOKOŁOWSKI za życia rozpoznawał. Pod lymfosarcomatem rozumiano dotychczas wogóle nowotwory patologiczne, różniące się od normalnej budowy gruczołów limfatycznych większą objętością komórek powstałych wskutek mnożenia się limfocytów i ich przerostu. Otóż obecnie nasuwa się wiele wątpliwości co do takiego powstawania tych nowotworów ze względu na zmiany, jakie zaszły pod wpływem

nowszych badań w pojęciach naszych co do powstawania limfocytów i dalszej ich roli, zarówno w sprawach fizjologicznych jak i patologicznych; dzięki bowiem badaniom FLEMMINGA wiemy, że początek dają im ośrodki rozrodcze (*Keimcentren*), w których to właśnie komórki mnożą się za pośrednictwem karyjomitozy, że więc limfocyty przybywają tylko z tych ośrodków, trwalsze z nich za pośrednictwem zatok limfatycznych dostają się do naczyń limfatycznych, stąd zaś do krwi, gdzie występują pod nazwą leukocytów; jakkolwiek limfocyty mnożą się jeszcze i w zatokach limfatycznych, a nawet we krwi i tkankach za pośrednictwem tak zwanej fragmentacji (tak zwane komórki wędrujące), to jednak te, jako bardzo krótkotrwałe, żadną miarą nie mogą być uważane za źródło jakiegobądź nowotworu. Minął już bowiem czas, kiedy te pierwiastki anatomiczne po wysiedleniu się z naczyń do tkanek łącznych uważane były za zawiązki tkanek trwałych i przytem nietylko tkanki łącznej ale nawet, podług mniemania wielu, należało przypuszczać możliwość powstawania z nich komórek nabłonkowych, jak np. w raku. Co do mnie, nigdy nie podzielałem tych poglądów i w wykładach mych stale zwracałem uwagę na niedostateczność argumentów, przytaczanych na ich korzyść. Ostałnimi czasy, dzięki przeważnie badaniom MARCHAND'A, RIBERT'A, AFANASJEFF'A pod kierunkiem ZIEGLERA i innych, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że powstałe z limfocytów leukocyty nie są w stanie dawać początku żadnym tkankom stałym, że zdolne są tylko do przemian wstecznych, pochłaniają niekiedy ciała obce rozmaitego pochodzenia, a nawet mogą służyć jako materiał odżywczy dla pierwiastków trwałych tkanek. Wiemy zaś skądinąd, że tak zwane *lymphosarcomata* czy *lymphomata maligna* należą do bardzo trwałych nowotworów, tak dalece, że VIRCHOW, opisując je, nadmieniał, że w bardzo rzadkich tylko przypadkach znajdował stłuszczenie komórek tych nowotworów i to w bardzo niewielkim stopniu, tak że nigdy nie widział rozpadu spowodowanego takim stłuszczeniem. Rodzi się więc podejrzenie, że tak zwane *lymphosarcomata* są mięsakami okrągłokomórkowymi (*sarcomata globocellularia*) ale powstającymi nie wskutek rozrostu limfocytów, i podejrzenie to tembardziej staje się uzasadnionem, że pomiędzy nimi spotykają się i trwałe *lymphosarcomata*, a więc takie, w których skład wchodziła znaczna ilość inoblastów czyli fibroblastów, t.j. takich komórek, które zdolne są dawać początek substancji włóknistej międzykomórkowej, a te ani z limfocytów ani z leukocytów powstać żadną miarą nie mogą. Nie idzie jeszcze zatem, ażebyśmy byli zmuszeni odrzucać stanowczo *lymphomata*, powstałe z gruczołów limfatycznych, ośrodki bowiem rozrodcze przy niezwykłych warunkach mogą dostarczać bezporównania większej ilości limfocytów, aniżeli w stanie normalnym; świadczy o tem leukocytoza, a poniekąd i leucaemia (*limphatica VIRCHOW'A*); gruczoły więc limfatyczne wskutek takiego niezwykłego wytworzenia się limfocytów a może jednocześnie i wchodzącej w ich skład retykularnej tkanki łącznej, mogą się bardzo znacznie powiększyć, ale się z sobą nie zleją i sąsiedniej tkanki zwyrodniać nie będą.

Co się tycze naszego nowotworu, to i ten gdyby był badany na skrawkach stwardnionych i pochodzących z miększych jego części, to także mógłby uchodzić za *lymphosarcoma*; składał się bowiem z komórek okrągłych, mało co większych od limfocytów przy zupełnym lub prawie zupełnym braku istoty międzykomórkowej. Inne wszakże były wyniki badań skrawków niestwardnionych lecz rozskubywanych; tu przeważnie były komórki krótkie wrzecionowate, o stosunkowo dużym okrągłym jądrze; komórki okrągłe były w znacznej mniejszości, a tu i owdzie trafiały się większe komórki płaskie, zawierające niekiedy po kilka jąder. Na skrawkach pochodzących z części nowotworu stwardnionych, zatopionych w parafinie i barwionych hematoksyliną i eozyną, albo też płynem Biondi'ego znajdowano podobne komórki wrzecionowate, jak w skrawkach świeżych, ułożone w pasemka równoległe swemi podłużnymi osiami; wielkość ich była różna; w nieco twardszych częściach nowotworu komórki były większe, w miększych zaś mniejsze, — obok nich trafiały się i komórki okrągłe, równające się wymiarami swemi największemu wymiarowi komórek wrzecionowatych, których większość nie była prawdopodobnie niczem innym, jak ukośnym lub poprzecznym przecięciem komórek wrzecionowatych; zdarzały się także i większe komórki kątowne, niekiedy także o kilku jądrach i gdzieś tam tylko komórki olbrzymie przeważnie okrągławe z owalnymi jądrami u obwodu; bardzo rzadko dawały się spostrześć komórki skupione, drobne, okrągłe o dużym stosunkowo jądrze, mocno barwiącem się hematoksyliną, niby szczątki follikułów limfatycznych; miejscami trafiały się również drobne szczątki czarnego barwnika gruczołów oskrzelowych. Część nowotworu wnikająca do płuca różniła się tem tylko od nowotworu znajdującego się wewnątrz, że składała się z daleko większych komórek, mniejsze i przeważnie kuliste spotykano głównie wśród tkanki łącznej międzyzrazikowej i międzyoskrzelowej płuc, które to tkanki stopniowo zamieniały się na taką samą tkankę sarkomatyczną, przy stopniowym zgrubieniu przegród międzypęcherzykowych, a niekiedy nawet wrastając do pęcherzyków i wypełniając je. Pośród bardzo miękkich części z pobliza jamek znajdowało się bardzo dużo znacznie zmniejszonych komórek, przedstawiających się w formie bryłek, często bardzo nieregularnych, pokruszonych, jednem słowem uległych rozpadowi prawdopodobnie wskutek stłuszczenia; niektóre z nich robiły nawet wrażenie komórek znajdujących się w stanie tak zwanej nekrozy koagulacyjnej.

Co się tyczy substancji międzykomórkowej, to wogóle było jej bardzo mało w postaci cienkich włókienek; miejscami jednak zdarzała się większa ilość tkanki włóknistej, zwłaszcza w nowotworze, wnikającym w płuco, gdzie miejscami widać było bardzo grube pasma włókniste, tak, że nowotwór zdawał się stawać mięsakiem włóknistym komórkowym, a nawet włókniakiem.

Badania przeto powyższe przekonywają, że mamy do czynienia nie z mięsakiem limfatycznym, lecz ze złośliwym mięsakiem gruczołów limfatycznych.

Rozstrzygnięcie pytania, jakie pierwociny gruczołów limfatycznych dały początek sprawie nowotworowej, trudne jest wobec tego, że nowotwór pochodził z trupa, t. j. badany był w warunkach, w których nie można się spotkać z karyjomytozą. GOLDMAN, który niedawno badał podobny nowotwór, usunięty drogą operacyi, utrwalony bezpośrednio po odjęciu zapomocą sublimatu, a następnie stwardniony w alkoholu, na mocy obecności obrazów karyjomytozy doszedł do wniosku, że początek temu nowotworowi dały komórki siatki gruczołów limfatycznych; są to, jak wiadomo, komórki stałe, znajdujące się w takim stosunku do siatki, w jakim komórki tkanki łącznej włóknistej pozostają do substancji międzykomórkowej. Prócz tego znajdował GOLDMAN, zwłaszcza w pobliżu naczyń, znaczną ilość komórek eozynofilowych. Mnie jednak, pomimo tych samych metod barwienia, nie udało się wykryć ani karyjomytozy, ani komórek eozynofilowych; na skrawkach wszakże, barwionych płynem BIONDI'ego, spostrzegano częstokroć w związku z siatką całe gromadki drobnych komórek kątowatych, pochodzących prawdopodobnie z mnożenia się komórek trwałych gruczołów limfatycznych; można przeto przypuszczać, że i tu początek naszemu nowotworowi dały te same pierwiastki anatomiczne, co i nowotworowi badanemu przez GOLDMAN'A. Ponieważ zaś na skrawkach wypłukanych z większej ilości komórek, już to zapomocą klócenia tych skrawków w próbówce z wodą, już to zapomocą pędzelkowania, znajdowaliśmy miejscami naczynia włosowate, składające się z bardzo wielkiej ilości komórek endoteljalnych, a nawet wyrostki ich z samych komórek wrzecionowatych bez wszelkiego śladu światła, mamy więc prawo przypuszczać, że i endoteljum naczyń krwionośnych dostarczyło niemałą ilość pierwocin do badanego przez nas nowotworu.

Nie można było również potwierdzić, jak to czynił GOLDMAN, pochodzenia komórek olbrzymich ze stałych komórek siatki gruczołowej; młode bowiem komórki olbrzymie, znacznie mniejsze od dojrzałych okrągławych, a już ze znaczną ilością jąder, nie znajdowały się w żadnym związku z siatką gruczołów limfatycznych.

W dyskusyi kol. HEWELKE podaje, że istnienie, a nawet odciążenie się wysięku opłucnej, nie może być uważane za objaw charakterystyczny dla nowotworu; na dowód tego przytacza przypadek spostrzegany wciągu lat 5-iu: 2 — 3 razy na rok skutkiem nagromadzenia się płynu, należało go wypuszczać; ostatecznie chory przybył do szpitala w stanie znacznego wyniszczenia i zmarł; przy badaniu zaś pośmiertnem nowotworu nie znaleziono; wysięk zawierał masę kryształów cholestearyny, która opadała na dno naczynia, tworząc obfite osady. Nie sądzi również kol. H., aby wobec istniejących zrostów przekłóćie próbne można było uważać za pewny środek rozpoznawczy.

Kol. JAWDYŃSKI zwraca uwagę na doniosłość przekłóćia próbnego przy rozpoznawaniu nowotworów klatki piersiowej. W przypadku, dotyczącym człowieka młodego, stępienie na klatce piersiowej zajmowało od przodu z prawej strony całą przestrzeń pomiędzy drugim zębem

i wątroba, całą boczną stronę, a z tyłu tylko wzdłuż kręgosłupa był pas odgłosu bębniściego. Rozpoznanie nowotworu było w danym razie o tyle łatwiejsze, że jedno z żeber uległo na pewnej przestrzeni zniszczeniu. W krwawym płynie, wydobytym przez nakłócie, kol. PRZEWOSKI znalazł komórki ułożone w grupy, co potwierdziło rozpoznanie. W drugim przypadku chory zdrow i silny, uległ złamaniu dwóch żeber z lewej strony; po roku zaczął chudnąć, wystąpiła duszność, napady ziębienia i gorączka, a wreszcie stępienie po stronie prawej, zajmujące całą połowę klatki piersiowej; przy nakłóciu w 9-tym międzyżebżu otrzymano czysty płyn surowiczy, przyrządem jednak PORIN'A więcej płynu nie dało się wydobyć; zrobiono nakłócie o jedno żebro wyżej i otrzymano pół szprycki krwi. Nakłócie takie powtarzano kilkakrotnie, zawsze z jednakowym wynikiem, co dowodzi istnienia przegródek. Na zasadzie tych objawów rozpoznano nowotwór, który rósł bardzo szybko i w następstwie przeszedł na wątrobę. Przypadek ten ciekawy jest i z tego względu, że gdyby nowotwór powstał w lewej połowie klatki piersiowej, możnaby fałszywie upatrywać związek z poprzednim złamaniem żeber. W 3-cim wreszcie przypadku, spostrzeganym niedawno z kol. SOKOŁOWSKIM, otrzymano przy nakłóciu trochę płynu krwawego, niewątpliwie z samego nowotworu. W żadnym przeto z tych przypadków nie było przesięku, a nakłócie próbne przyczyniło się w znacznym stopniu do rozpoznania nowotworów.

Kol. CIECHOMSKI opisuje przypadek mięsaka śródpiersia u 24-letniej zdrowej i silnie zbudowanej dziewczyny, u której na pół roku przed śmiercią wystąpiły objawy charakterystyczne dla skrofulozy: obrzmienie powiek, znaczne powiększenie gruczołów limfatycznych. Wysiłek był surowiczy po prawej stronie.

Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada, że wysięku nie uważa za objaw stały; nakłócie próbne jest bardzo ważne, ale należy je robić igłą bardzo grubą, która przebija nawet najgrubsze zrosty; otrzymanie płynu krwawego stanowi w większości przypadków moment rozstrzygający; w przypadku opisanym otrzymano płyn ropny, co w znacznym stopniu utrudniało rozpoznanie; często można nawet otrzymać płyn surowiczy, lecz i wtenczas nawet uwzględniając wszystkie inne objawy, a w przypadkach podejrzanych, badając płyn mikroskopowo, można rozpoznać nowotwór.

VI. PRZES wygłosił odczyt „O sposobie połączenia komórek mięsnych w sercu człowieka.“ Po wstępie historycznym, streszczającym poglądy na łączenie się komórek mięsnych serca, podał wyniki własnych swych badań dokonywanych na sercach zwierząt i ludzi zmarłych na cholere, których sekcje robiono w godzinę po śmierci, dzięki czemu można było wykluczyć zmiany postępowe; późniejsze wszakże badania serc wyjmowanych po 24-ch godzinach z trupów ludzi zmarłych na inne choroby dały wyniki identyczne.

Mięsień serca fiksowano w sublimacie, albo w płynie FLEMING'A, przenoszono potem do alkoholu, następnie na dobę do olejku anilinowego, wrzucano po osuszeniu na parę godzin do ksylolu, a wreszcie do parafiny z dodatkiem wosku; skrawki badano tylko bardzo cienkie (0,001 do 0,005 mm.) rozprostowywano na wodzie w ciepocie 45° C. i po przyklejeniu do szkiełka przez ucisk bibułą barwiono zapomocą hematoksyliny i eozyiny. Sposób barwienia eozyną protoplazmy komórek zmodyfikowany był o tyle, że preparaty pozostawały w rozcieńczonym barwniku przez 24—48 godzin, poczem dla usunięcia nadmiaru barwnika, trzymano je 24—48 godzin w wodzie przekrojonej. Na tak przygotowanych preparatach widać pod mikroskopem na brzegu każdej komórki *stratum granulosum terminale*, które przy silnem powiększeniu i mocnem oświetleniu przedstawia się jako szereg ziarenek okrągłych lub śliwkowatych, pozostających w stałym stosunku do włókienek mięsnych, a mianowicie w takim, że każdemu włókienku odpowiada jedno ziarno; szeregi ziarenek w dwóch sąsiednich komórkach ułożone są równolegle, grubość *strati granulosi* wynosi 0,001 mm. Ziarenka komórek przeciwległych łączą się zapomocą nitkowatych wyrostków protoplazmatycznych w ten sposób, że każde z dwóch ziarn łączy jedna nitka, idąca w kierunku osi pierwotnych włókienek mięsnych; długość tych nitek wynosi zwykle 0,002, niekiedy 0,003 mm.; średnica ich $\approx \frac{2}{3}$ średnicy włókienek mięsnych, nie przedstawiają ani śladu poprzecznego prążkowania, światła nie łamią. Przestrzenie pomiędzy wyrostkami protoplazmatycznymi są jasne, niezabarwione, słowem, przedstawiają się jako puste i odgrywają rolę szczelin sokowych, które wrazie nadmiernego powiększenia się ilości soku, co ma miejsce np. przy obrzęku serca, ulegają rozciągnięciu, a same wyrostki wydłużają się i rozszerzają. Istnienia kitu łączącego dwie sąsiednie komórki badanie nie wykryło; uważa je jednak mówca za prawdopodobne, że względu na historję rozwoju sieci mięśniowej w sercu i sądzi, że wyrostki składają się z dwóch części, należących do przeciwległych komórek i zespolonych małą ilością kitu.

Badania powyższe ustręczają jeszcze dwie następujące uwagi.

1. Z czterech teoryj objaśniających budowę protoplazmy, najwięcej zwolenników liczy dziś ta, podług której protoplazma składa się z dwóch głównych substancyj: twardej o budowie włóknikowatej i miękiej szklistawej; pierwsza, zwana zazwyczaj cytomitoplazmą, tworzy rodzaj siatki, druga — cytohyaloplazma wypełnia jej oczka. Wyrostki protoplazmatyczne, łączące dwie sąsiednie komórki, tworzy zawsze cytomitoplazma, t. j. włókienka substancyi twardej; to samo przyjąć należy i dla wyrostków łączących komórki mięsne serca, a że wyrostki te znajdują się w ścisłym związku z pierwotnymi włókienkami mięśniowemi, to włókienka te są również tylko zmienionemi włókienkami cytomitoplazmy, czyli innemi słowy, komórki mięsne różnią się od innych komórek tem, że w nich włóknikowata część protoplazmy zmieniła się w jednym kierunku w specyficzne organa kurczliwe, to jest organa ruchu.

2. Eozyna jest, jak wiadomo, barwnikiem niejako specyficznym dla haemoglobiny; przy dłuższem barwieniu tkanki, wszystkie krążki czerwone, jeżeli zawierają choć ślady haemoglobiny, barwią się na kolor miedziano-czerwony; w mięśniach poprzecznie prążkowanych chemija stwierdza obecność haemoglobiny, a ponieważ przy dłuższem ich barwieniu eozyną zabarwiają się mocno tylko pierwotne włókienka mięsne, sarcoplazma zaś i jądra barwią się słabo i odbarwiają bardzo łatwo, to z tego wynika, że histhaemoglobina włókien mięsnych związana jest tylko z pierwotnymi włóknkami mięsnymi. Uwaga ta może mieć pewne znaczenie dla zrozumienia szczegółów utleniania we włóknach mięsnych.

W dyskusyi kol. KRYSIŃSKI winszuje mówcy odkrycia, które po raz pierwszy nazwisko badacza polskiego utrwali w histologii; zapytuje, czy nie zaszła pomyłka w podaniu wymiarów ziarenek i włókien, które na preparatach przedstawiają się bez porównania większe niż 0,001:0,002 mm.; pyta dalej, czy badania robione były wyłącznie na sercach ludzi zmarłych na cholere, czy też dla porównania badano serca zwierząt i ludzi, których sekcye później robiono. Podnosi ciekawość faktu, że drogi limfatyczne w sercu idą w kierunku nie podłużnym, jak to według badań KLECKIEGO ma miejsce w kiszczkach, ale w poprzecznym.

Kol. MAYZEL zaznaczywszy doniosłość otrzymanych przez kol. P. rezultatów, zwrócił uwagę na konieczność uzupełnienia poszukiwań badaniem serc zwierząt i polecił też badanie serc u zarodków; również interesującym byłoby porównać obrazy na kawałkach serca, sztucznie rozciągniętych. Sądzi, że wyniki otrzymane zawdzięczać należy odpowiedniemu stwardnieniu i zabarwieniu preparatów, a również długiej maceracyi skrawków w wodzie. Przypomina wreszcie, że i we włóknach mięsnych gładkich opisane zostały połączenia boczne zapomocą ząbkowatych przedłużeń.

PREZES odpowiada, że ziarna i wyrostki mierzył bardzo dokładnymi narzędziami; tu wymiary mogą się wydawać odmiennie z powodu bardzo niekorzystnych warunków, w jakich odbywa się demonstracyja. Badał serca najrozmaitszych trupów i znajdował wszędzie te same obrazy; badania prowadzi dalej, wyników ich jednak teraz jeszcze podać nie może.

VII. Kol. MAYZEL (autoreferat) przedstawił mocz przy bardzo rzadko występującem cierpieniu *haemoglobinuria paroxysmalis*. Mocz mocno krwawej barwy występował kilkakrotnie u tego samego mężczyzny na pozór zdrowego w pewnych odstępach czasu, na polowaniu, przy forsownem chodzeniu; ostatnim razem w porze zimowej. Pojawieniu się haemoglobinurii towarzyszyły lekkie dreszcze i nieznaczne bóle w pachwinach. W anamnezie zdaje się być *lues*. Momentem wywołującym ten szczególny stan chorobowy było więc przeziębienie, a głównie zmęczenie (podobnie jak w przypadkach PRIOR'A, KAST'A, BASTIANELLE'go i innych). Mocz mocno krwawej barwy ciężaru 1,011, kwaśnego odczynu, z małą ilością mocznika zawierał niestosunkowo

znaczłą ilość białka (1,5 grm. pro mille). W widmie oksy- i methae-moglobina. Mocz nie zawierał wcale czerwonych ciałek krwi morfologicznie zachowanych; nie zawierał też elementów nerkowych, ani nąbłonna, ani cylindrów.

VIII. Wreszcie dopełnione zostały wybory na członków różnych komitetów. Większością głosów wybrani zostali:

1) Do komitetu kasy wsparcia: kol. prof. KOSIŃSKI, GEPNER i SOKOŁOWSKI, a z grona lekarzy, nienależących do Towarzystwa kol. WOLFF i LASOCKI.

2) Do komitetu stypendyjnego z legatów dra KOCZOROWSKIEGO i GOŁĘBIEWSKIEGO, kol. GEPNER i ROGOWICZ.

3) Do komitetu stypendyjnego imienia dra GIRSZTOWTA: prof. BRODOWSKI, prof. KOSIŃSKI, koledzy: JASIŃSKI, KIJEWSKI, SAWICKI i SZTEYNER.

4) Do komitetu bibliotecznego kol. KRYSIŃSKI.

5) Do komitetu rewizyjnego kol. MAJKOWSKI i PRZYSTAŃSKI.

6) Do komitetu konkursowego z legatu dra KOCZOROWSKIEGO: kol. PRZEWOŚKI, SOKOŁOWSKI, FABJAN, HEWELKE i JAKOWSKI.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie dodatkowe dnia 31 Stycznia 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 57.

T r e ś ć: SOLMAN. Przedstawienie chorej po operacji—*osteotomia supracondylica femoris* MAC-EWEN'A.

POLAK. Sprawozdanie z epidemii cholery w Warszawie w 1892 r.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. N a d e ś ł a n o: 1) Kol. ZWEIFBAUM—Verhandlungen des X internationalen Congresses in Berlin, t. III i IV. 2) JANOWSKI—Przeгляд krytyczny metod leczenia dysenterji. 3) „Medicuskija pribawlenia k morskemu Sborniku,“ Styczeń 1893. 4) Redaktor Pamiętnika trzy odbitki z tegoż: a) ROTHEGO — Rys dziejów psychjiatriji w Polsce, b) DOBROWOLSKIEGO—Guziczki limfatyczne błony śluzowej przetyku, żołądka, krtani, tchawicy i pochwy; c) MINKIEWICZA — Obyczaje Chewsurów w stosunku do ciężarnych i położnic.

III. Kol. SOLMAN przedstawił 16-letnią dziewczynkę, u której z powodu znacznego (146°) dwustronnego *genu valgum rachiticum*, dokonana została *osteotomia supracondylica utriusque femoris* metodą MAC-EWEN'A. Przebieg pooperacyjny aseptyczny; wynik czynnościowy i kosmetyczny doskonały. Kol. S. zaznacza następujące zalety operacji MAC-

EWEN'A: Leczenie jest skierowane na to miejsce, w którym zaszły główne zmiany patologiczne (MIKULICZ, HUMPHRY); operacja jest łatwa, nie przedstawiająca żadnych niemal niebezpieczeństw podczas wykonywania i w przebiegu następczym, jeżeli tylko wykonaną została typowo i aseptycznie. Powroty cierpienia prawie nigdy się nie wydarzają, a to dzięki temu, że po operacji MAC-EWEN'A wytwarzają się dobre statyczne warunki w stawie kolanowym, czego przy innych sposobach leczenia nie daje się tak łatwo osiągnąć. Leczenie nie jest zbyt długie, trwa około trzech miesięcy, a chory po upływie tego czasu może chodź z u p e ł n i e p r a w i d ł o w o b e z w s z e l k i e g o p r z y r z ą d u o r t o p e d y c z n e g o, nie obawiając się przytem ponownego skrzywienia.

Podnoszono niejednokrotnie przeciwko operacji MAC-EWEN'A zarzut, że kończyła przybiera często formę podobną do bagneta; łatwo jednak uniknąć powyższego wadliwego zrośnięcia się kości, przez odpowiednie leczenie pooperacyjne. REGNIER na zasadzie kilkunastu spostrzeżeń z kliniki prof. WOLFLER'A wykazał, że nie należy robić natychmiast po operacji zupełnego wyprostowania kończyny, gdyż wtedy dolny ośrodkowy koniec uda ulega znacznemu przemieszczeniu nazewnątrz i po wytworzeniu się kostnicy otrzymamy wadliwy kierunek uda. Jeżeli zaś po operacji nałożymy na 10 dni opatrunek unieruchamiający w położeniu pierwotnym i dopiero po słabem spojeniu kości wykonywać będziemy zwolna wciągu kilkunastu (10—12) dni wyciąganie, zawieszając stopniowo coraz większe ciężary (5, 10, 15 funtów) aż do zupełnego wyprostowania, wtedy przemieszczenia końców nie będzie. Gdy tym sposobem kończyła zostanie dobrze wyprostowana, nakładamy stały opatrunek unieruchamiający, pozostawiając go aż do zupełnego skostnienia w miejscu osteotomii. Po zdjęciu opatrunku, kąpielami i mięsieniem doprowadzamy staw kolanowy do wykonywania ruchów zginania, które zazwyczaj do zwykłego stopnia doprowadzić można.

Podług powyższych wskazówek odbywało się leczenie pooperacyjne w przypadku przedstawionym przez kol. SOLMANA; otrzymano dobry wynik świadczy o racjonalności zapatrywań REGNIER'A. (Autoreferat).

IV. Kol. POLAK odczytał Sprawozdanie z epidemii cholery w Warszawie w r. 1892. Streściwszy pokrótce historję cholery wogólności i historję pandemij cholerycznych w Europie w szczególności, przyczem zwrócił uwagę na różnicę w określaniu dat początku i końca pandemij u różnych autorów (CUNNINGHAM, FAYRER, PROUST, ARCHANGIELSKIJ), wskazującą na trudność ścisłego odgraniczenia epidemij cholerycznych, przechodzi mówca do epidemii w kraju obserwowanych, poczynając od cholery z r. 1831. MALEK niesłusznie wspomina, że żadnych danych co do niej w aktach nie pozostało, autor zaś wyszukał akta odnośne w archiwum b. Komisji Spraw Wewnętrznych i Rady lekarskiej i skreślił bardzo obszerną historję tej epidemii, która

rozpoczęła się wbrew rozpowszechnionym wiadomościom nie w Kwietniu, a w końcu Marca 1831 r. w twierdzy Zamościu, a od 10-go Kwietnia po bitwie pod Iganiami rozeszła się po wszystkich wojskach ruchomych. Wiele odnośnych raportów przytacza autor w oryginale, na czele zaś tych stoi raport głównego sztab-lekarza armii narodowej KACZKOWSKIEGO, który nader szczegółowo opisuje pierwsze przypadki cholery w wojsku polskim; w innych raportach przytoczony jest nawet opis sekcyj; dalej opisuje mówca środki profilaktyczne, stosowane w owej epidemii i działalność Centralnego Komitetu Zdrowia. Według zebranych przez kol. P. wiadomości, cholera nie skończyła się w roku 1831, lecz trwała sporadycznie lub z bardzo lekkim natężeniem epidemicznym do 1837 r., w którym dość znaczna epidemija wybuchła w Warszawie. Następnie przytacza kol. P. historję późniejszych epidemij, dochodząc kolejno do cholery z roku 1892. Z przedstawionych tablic graficznych wynika, że wogóle w Królestwie Polskiem, nie licząc sporadycznych przypadków lub minimalnych epidemij, lata choleryczne były następujące: 1831, 32, 36, 37, 43, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 66, 67, 70, 71, 72, 73 i 1892. W Warszawie obserwowano dotychczas 11 epidemij, z tych MALEK w swej znanej broszurze o cholery w 1867 r. kilka opuścił, w innych zaś parę błędów popelnił. Najgwałtowniejsza epidemija panowała w roku 1852 (11,042 chorych i 4,707 zmarłych); następne, biorąc kolejno podług absolutnych cyfr chorych grupują się tak: rok 1867, 73, 48, 55, 31, 66, 37, 49, 72 i 1892.

Obecna europejska epidemija cholery, która przyszła starą drogą przez Baku, rozpoczęła się w tem mieście 18 Czerwca (pierwsze przypadki na terytoryjum rosyjskiem zdarzyły się na stacyi Kaakcha drogi Zakaspijskiej), 25 Czerwca ukazała się w Tyflisie, 26-go w Szuszy, 30-go w Astrachaniu, 1-go Lipca w Saratowie, 5-go w Samarze, 6-go w Symbirsku, 7-go w Kazaniu, 10-go w Rostowie; gdy ludność robocza, zwłaszcza po buntach cholerycznych, rozpierchła się w różne strony z okolic Wołgi, szybko rozszerzyła się cholera na całe niemal Cesarstwo. Ogólna ilość chorych, zebrana na świeżo odbytym w Petersburgu zjeździe wynosiła przeszło pół milijona, ilość zaś zmarłych przeszło $\frac{1}{4}$ milijona. Najwięcej zachorowało we Wrześniu, najwięcej ucierpiała gubernia Saratowska (41,887 chorych, 21,091 zmarłych). W Królestwie zachorowało ogółem 8,703, zmarło 3,808, z tej liczby na gub. Lubelską przypada 5,683 chorych i 2,275 zmarłych. Przechodząc pokrótce epidemiję bieżącą w Europie, zatrzymuje się autor nieco dłużej nad jej ukazaniem się w Krakowie i w gub. Lubelskiej, poczem przechodzi do epidemii Warszawskiej, przedstawiając przytem główną tablicę obejmującą przeszło 5,000 danych, oraz tablicę graficzną przebiegu cholery. Przedewszystkiem ułożył autor statystykę niezłytu kiszek w okresie bezpośrednio poprzedzającym ukazanie się cholery, oraz początkowym okresie tej ostatniej. Z zestawienia cyfr przytoczonych porównawczo za okres czasu od roku 1888 wynika, że gdy w Lipcu 1892 r. śmiertelność z niezłytu kiszek była znacznie mniejsza niż lat poprzednich, to w Sierpniu (80 na 100,000

ludności), Wrześniu (82,8) i Październiku (48,5), niemal w dwójnasób przewyższała śmiertelność w tychże miesiącach lat poprzednich. Śmiertelność atoli dotyczyła głównie dzieci i terytoryjalnie zarówno podług cyrkulów, jak i pojedynczych ulic nie odpowiadała panowaniu cholery.

Skreśliwszy całkowity obraz profilaktyki zastosowanej w 1892 r., przechodzi mówca do wyników swej tablicy głównej, z której pokazuje się, że wszystkich przypadków cholery w Warszawie było 179, w tej liczbie mężczyzn 98, kobiet 81; dzieci do lat 5-ciu—28; chrześcijan 126, żydów 53. Zmarło osób 75. Z ogólnej liczby 56 przypadków miało miejsce na Szmulowiznie, świeżo do miasta włączonej, 23 pochodziło z poza obrębu miasta (w tem 8 z gminy Czyste); podług zajęć najwięcej było wyrobników (31). Dalej przytacza autor kolejno statystykę pojedynczych objawów klinicznych i powikłań: najstalszym z objawów była obecność lasecznika KOCH'A, gdyż brakowało go tylko w 5-ciu przypadkach; najcięższem powikłaniem była ciąża i okres karmienia (6 przypadków). Mówca solidaryzuje się w zupełności z ordynatorami oddziałów cholerycznych i zwierzchnikami szpitali w tem, że do liczby cholerycznych włączali przypadki typowej klinicznej cholery, w których nie wykryto lasecznika. W tym względzie lista cholerycznych różni się od sprawozdania ze szpitala Moabit, podanego przez GUTTMANN'A, który wyłącznie na podstawie danych bakteryjologicznych rozpoznaje cholere azyjatycką, przytaczając obok 30 przypadków tej ostatniej 54 przypadki cholery swojskiej, która za taką uważana była w wielu przypadkach typowych klinicznie i cięższych od pewnych przypadków biegunki z obecnością lasecznika. GUTTMANN i inni autorowie tej szkoły nie przyjmują oczywiście nawet przypadków, w których w danym tylko okresie mógł być lasecznik niewykryty. FÜRBRINGER opisuje przypadek, w którym u zdrowej kobiety nagle wystąpiły objawy właściwe cholere azyjatyckiej, w ciągu 24 godzin wystąpił typowy okres mrożenia, potem w 7 godzin śmierć; sekcyja wykryła obraz niedający się odróżnić od cholery azyjatyckiej, w stolcach znaleziono laseczniki zupełnie podobne do KOCH'owskich i dające odczyn czerwieni; przypadek ten atoli uznany został jako cholera *nostras*, gdyż hodowle różniły się nieco od właściwych lasecznikowi KOCH'A. W analogiczny sposób uznano za cholere swojską przypadek śmiercią zakończony w Hamburgu na parę dni przed skonstatowaniem siłie już rozwiniętej epidemii cholery. O ile więc, zdaniem kol. P., badanie bakteryjologiczne ważne jest bardzo w okresie poczynającej się epidemii, o tyle znowu należy być ostrożnym w wykluczaniu przypadków, w których nie wykryto lasecznika. LUBARSCH przytacza przypadek nieobecności laseczników KOCH'A u jednego z pięciu zapadłych na cholere członków rodziny, u których laseczniki zostały wykryte; ten tylko właśnie przypadek zakończył się śmiercią i autor uznał go za niewątpliwą cholere.

Analizując dalej pod względem etyologicznym przypadki Warszawskie, kol. P. przytacza te, w których nieodzownie należy przyjąć zarażenie od chorego; najbardziej typowym w tym względzie był przypadek

Buczackiej, która przyjechawszy z dotkniętej chorobą wsi Zawieprzycze, zamieszkała u matki męża przy ulicy Miedzianej i niebawem dostała cholery, przyczem natychmiast zachorowała i jej świekra; obiedwie zmarły w szpitalu Dz. Jezus. W liczbie 179 przypadków figuruje 26 u ludzi, którzy pili niefiltrowaną wodę wprost z Wisły; ten wpływ rzeki jest zatem niewątpliwy i zgodny z obserwacyjami, poczuyionemi zagranicą; tłomaczenie atoli faktu zapomocą teoryi baccyllarnej wydaje się kol. P. nienzasadnionem, ponieważ w przeciągu czasu pomiędzy chorobą Łyjaka a przypadkiem Ratkiego, nad Wisłą wydarzonym, przez dane miejsce przepłynęło około 15 milionów metrów sześciennych wody wiślanej; analogija zarazków znanych (bakteryje karbunkułu, przymiot, ospa, jady organiczne, mineralne i t. p.) wymaga pewnej ilości zarazka, analogija zaś usposobień nie pozwala przypuszczać w jcdnej rasie, jaką jest człowiek, tak olbrzymich różnie indywidualnych w usposobieniu, iżby mogły wytłomaczyć wpływ w wodzie zawartych laseczników na dane jednostki. Woda wiślana, zanieczyszczona ściekami kanałowymi może posiadać wpływ usposabiający do zachorowania na cholere, jak posiada go i względem innych chorób zakaźnych. Nadto sam pobyt w wilgotnej atmosferze i na gruncie wilgotnym może toż samo posiadać znaczenie; przecież nawet w epidemijach suchą drogą zanieionych cholera w Warszawie przeważała na Powiślu. Za wpływem miejscowości, podnoszonym przez PETTENKOFFER'A, przemawia epidemija na Szmulowiznie i w gminie Czyste; ludność bowiem tych miejscowości, znajduje się w bezustannych stosunkach z Warszawą, z niej przeważnie żyjąc, a jednak epidemija została tam zlokalizowana. Miasto samo wykazało niewątpliwie pewną odporność względem cholery, którą kol. POLAK w pierwszej linii przypisuje osuszeniu gruntu przez kanały, oraz wprowadzeniu czystej wody filtrowanej, jak również zastosowanym dla umiejscowienia zarazka środkiem policyjno-lekarskim. (Autoreferat).

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. *E. Przewoski.*

Sekretarz *Szumlański.*

Posiedzenie kliniczne d. 7 Lutego 1893 r.

PREZES **Przewoski.**

Obecných członków 51.

T r e ś ć: Wniosek Podskarbiego, aby kupić kasę ogniotrwałą.

Zrzeczenie się przez kol. ROGOWICZA wyboru na członka komitetu stypendyj alnego imienia KOCZOROWSKIEGO.

OLEUSZEWSKI—Przedstawienie wyleczonego jakały.

KLEJN—Kilka słów o klinicznym badaniu krwi.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano: PACANOWSKI. O stosowaniu wód mineralnych w chorobach przewodu pokarmowego.

III. PREZES oznajmia, że z d. 1 Lutego upłynął termin nadsyłania dzieł na konkurs imienia prof. CHALUBIŃSKIEGO i że do oceny tych dzieł należy wybrać komitet.

IV. Wniosek Podskarbiego, dotyczący kupna kasy ogniotrwałej do przechowywania funduszów Towarzystwa i kasy wsparcia, zaakceptowano.

V. PREZES odczytuje list kol. ROGOWICZA, w którym tenże przytacza § 8 testamentu ś. p. Dra KOCZOROWSKIEGO; podług tego paragrafu funduszem stypendyjalnym winien zawiadywać Komitet, złożony z PREZESA i 3-ch członków Towarzystwa; ponieważ zaś z urzędu do komitetu tego należą: Sekretarz stały, Vice-Prezes i Podskarbi, którzy wraz z PREZESEM stanowią wymagany komplet, przeto kol. ROGOWICZ zrzeka się wyboru na członka tegoż komitetu.

Po dyskusji, w której zabierali głos: Sekretarz stały, PREZES, Vice-Prezes, kol. DUNIN, KRYSIŃSKI i SZTEYNER, postanowiono zrzeczenie się kol. ROGOWICZA przyjąć do wiadomości, a dla skompletowania komitetu, do którego wchodzi: PREZES i kol. GEPNER (wybrany na posiedzeniu d. 17 Stycznia r. b.), wybrać na najbliższem posiedzeniu 2-ch jeszcze członków.

VI. Kol. OLTUSZEWSKI przedstawia chłopca 16-letniego, który jąkał się od 3-go roku życia; jękanie powstało skutkiem urazu t. j. przyczyny, wywołującej najcięższe i najpocząwszy formy tego cierpienia. Leczenie rozpoczęto w początkach Września r. z. i prowadzono systematycznie przez dwa miesiące, poczem jękanie zupełnie ustąpiło i do tego czasu, czyli po upływie 3-ch miesięcy od ukończenia kuracji, chory mówi zupełnie płynnie, co daje już gwarancję, że cierpienie nie powróci. Leczenie polegało głównie na mechanicznem ćwiczeniu odpowiednich mięśni.

VII. Kol. KLEJN odczytał: „Kilka słów o klinicznym badaniu krwi“.

Opisawszy w krótkości, według EHRlich'a, rozmaite postacie leukocytów, napotykanne we krwi normalnej, a więc: limfocyty małe, duże, przejściowe, neutrofilowe, eozynofilowe, oraz w patologicznej—myelocyty neutrofilowe i eozynofilowe, kol. K. przypomina, że już dawniej zauważono leukocytozę w wielu cierpieniach gorączkowych oraz przy nowotworach. Leukocytoza bywa nieraz tak znaczna, że może stać się źródłem błędnego rozpoznania białaczki (*leucaemia*). Zdarzają się cierpienia, przebiegające bez leukocytozy, jak również takie, gdzie ilość leukocytów krwi jest zmniejszona (*leukopenia*). Przytoczone 3 typy wahań ilościowych leukocytów mogą być bardzo pomocne przy rozpoznawaniu niektórych cierpień o podobnym obrazie klinicznym. U małych dzieci istnieje fizyologicznie leukocytoza; to samo bywa podczas trawienia, ciąży, karmienia i po niektórych lekach.

Daleko ważniejsze jest określenie stosunku ilościowego rozmaitych form leukocytów. Zdarza się mianowicie, że nieraz leukocytoza zależy od przewagi elementów neutrofilowych; jest to leukocytoza najczęstsza (przy wielu cierpieniach gorączkowych, przy nowotworach); niekiedy znów od przewagi limfocytów (ostre anemie, krzywica, przyzmiot), lub też od przewagi obu tych rodzajów, albo wreszcie bez ich przewagi, ale za to od przewagi elementów eozynofilowych. Ta rozmaitość pozwala nieraz, przy uwzględnieniu przebiegu klinicznego, postawić dokładne rozpoznanie. Dla niektórych cierpień np. zapalenia płuc, szkarlatyny, tyfusu i przyzmiotu, oraz dla ciąży i porodu istnieją bardzo szczegółowe dane hematologiczne, cechujące te stany chorobowe. Kol. K. na zasadzie własnych 60 przypadków, spostrzeganych u NEUSSER'A w Wiedniu i w tutejszej klinice terapeutycznej, przytacza obraz zmian przy *Nephritis*, przy którym z początku zawsze istnieje leukocytoza, zazwyczaj neutrofilowa; gdy sprawa przechodzi w przewlekłą, wówczas z biegiem czasu, albo też bardzo wczesnie zjawia się limfocytoza; komórki eozynofilowe są tu zwykle trochę zmniejszone. Przy *nephritis interstitialis* bardzo częstą jest leukopenia; przy *nephritis scarlatinosa* widział K. ogromną eozynofilią; bywa to zawsze, jeżeli przypadek kończy się wyzdrowieniem, w przeciwnym razie eozynofilii niema.

Przytoczywszy badania LÖWIT'A, wyjaśniające, że leukocytoza jest następstwem leukopenii, powstałej wskutek zniszczenia leukocytów neutrofilowych przez toksyny chorobotwórcze albo substancje chemiczne, wprowadzone do krwi, podaje kol. K. swoje własne badania, potwierdzające po części wyniki LÖWIT'A. Po pilokarpinie znalazł K. leukopenią z następującą leukocytozą; to samo znalazł przy rozmaitego rodzaju idyosynkrazyach; fakt ten, zdaniem kol. K. przemawia za intoksykacyjnem a nie odruchowem pochodzeniem objawów idyosynkrazyi.

Przechodząc do znaczenia komórek eozynofilowych, kol. K. cytuje teorią NEUSSER'A i podaje własne fakty, stwierdzające takową. Eozynofilia zjawia się jako produkt skóry, lub innych narządów, jak szpiku kostnego, sfery płciowej, lub nerek. Przy podrażnieniu nerwu sympatycznego jednego z tych narządów może nastąpić eozynofilia, jako skutek odruchowego podrażnienia innych.

Kol. K. podaje próbę wytlomaczenia eozynofilii przy rozmaitych cierpieniach na zasadzie teorii NEUSSER'A. Eozynofilią, napotykaną przy guzach śledziony objaśnia K. badaniami KURZÓW'A który po wycięciu śledziony otrzymał z początku limfocytozę, później zaś eozynofilią; pierwsze było wynikiem powiększenia się gruczołów chłonnych, drugie zaś następstwem zmniejszenia się ich wskutek wyczerpania się ich czynności. Substancje toksyczne niezniszczone przez śledzionę drażnią gruczoły; gdy te nie podołają swemu zadaniu, zastępuje je szpik kostny; wynik—eozynofilia. Następnie K. przechodzi do znaczenia myelocytów; znajdowano je w niewielkiej wprawdzie ilości przy osteomalacji i przy mocznicy. K. znalazł je przy mocznicy cukrowej i przy otruciu tlenkiem węgla; najwięcej ich zdarza się przy białaczce szpikowej, przy

gruczołowej są, ale w bardzo małej ilości, tak iż łatwo ich nie znaleźć. Dla rozpoznania białaczki ważnem jest określenie absolutnej ilości leukocytów w 1 mil. sześć. krwi, nie zaś stosunku leukocytów do krążków czerwonych, który może być bardzo wielki i w innych cierpieniach, nie wspólnego z białaczką nie mających. Oprócz tego ważną jest dla białaczki szpikowej polimorfija leukocytów; z oddzielnych zaś postaci—myelocyty neutrofilowe i eozynofilowe, małe ciała eozynofilowe z jednym jądrem, oraz małe komórki neutrofilowe z jednym jądrem. Białaczka gruczołowa cechuje się ogromną ilością limfocytów i bardzo małą myelocytów oraz innych komórek krwi prawidłowej.

W końcu kol. K. podaje sposoby zdobywania danych haematologicznych, oraz wskazówki, jak otrzymywać barwnik EHRLICH'A; przedstawia haemoglobinometr GOWERS'A, haematokrytycentryfugę GÄRTNER'A, służące do oznaczania w odsetkach objętości czerwonych ciałek krwi. Kol. K. wyraża nadzieję, że badanie krwi będzie obecnie szerzej stosowane niż dotychczas, gdyż już teraz daje często dokładne dane, ułatwiające rozpoznanie (Autoreferat).

W dyskusji kol. MAYZEL zaznaczył, że ze względu na różnice w otrzymywanych preparatach, zależnie od miejsca i sposobu dobywania krwi, byłoby pożądanę ujednostajnienie pod tym względem roboty. Wobec licznych dzieł, traktujących o badaniu krwi, jakie wychodzą w Francyi i Niemczech, przedmiot zasługuje na uwagę i słuszenie u nas szerzej został poruszony. W dziełach tych panuje jeszcze co prawda, poniekąd chaotyczne zestawienie licznych spostrzeżeń, z których niewiele daje się wyprowadzić wniosków stanowczych pod względem klinicznym, jeżeli pominiemy to, co zostało dokonane przez EHRLICH'A i jego uczniów. Sam twórca badań ziarnistości w leukocytach zdaje się być już teraz niezbyt skorym do wyciągania dalszych wniosków klinicznych, wychodzących po za obręb treści dotychczasowych swych publikacyj. Z tem wszystkim grupowanie ścisłych spostrzeżeń bezwątpienia przyda się czasem dla kliniki i należy doń zachęcać.

Kol. DUNIN zaznacza, że haematologija nie jest nauką nową; z początku ograniczała się do obliczania ciałek krwi i oznaczania ilości haemoglobiny; odpowiednie przyrządy przedstawiali przed kilku laty w Towarzystwie kol. PRZEWOSKI i DUNIN: jest ich więcej, niż wyliczył kol. KLEJN, wszystkie jednak były zbyt grube i w klinice korzyści oddać nie mogły, gdyż w jednym i tym samym przypadku, badając różnemi przyrządami, otrzymywano różne wyniki. Metoda EHRLICH'A daje już pewne wskazówki, ale rezultaty jej nie są jeszcze o tyle ścisłe, aby z nich można było wyciągać praktyczne wnioski; zbyt szybkie stosowanie wywodów teoretycznych do celów praktycznych przynosi krzywdę nauce. Praca NEUSSER'A, do której prelegent taką wagę przykłada, pełna jest hipotez, opartych na niedokładnych danych. NEUSSER znajdował komórki eozynofilowe w wielu chorobach, niemających z sobą nic wspólnego, stawia teorię, która wszystkie te choroby podciąga pod jedną całość i proponuje nową klasyfikację chorób, nowe dane dyagnostyczne,

nawet nową terapią, nie uwzględniającą nowszych zdobyczy na polu nauki. Zbiera przytem dane niekiedy tak niedokładnie, że do stawiania wniosków wystarczy mu np. ustne doniesienie KRYPIAKIEWICZA, który znajdował komórki eozynoflowe przy różnych cierpieniach umysłowych. Zdaniem NEUSSER'A narządami, wytwarzającymi komórki eozynoflowe, są: skóra, szpik kostny, gruczoł krokowy i nerki, z narządów tych, pod wpływem podrażnienia nerwu sympatycznego, wydzielają się owe komórki, podobnie jak ślina ze ślinianek. N. przyjmuje związek hysteryi i neurastenii z narządami płciowemi, pomijając najzupełniej względy dziedziczności, warunki życia i t. p. i opierając się wyłącznie na obecności w tych cierpieniach komórek eozynoflowych. Na tej zasadzie i na padaczkę zapatruje się, jako na cierpienie nerwu sympatycznego, podczas gdy obecnie wszyscy starają się oprzeć je na zmianach organicznych. Dane rozpoznawcze NEUSSER'A również nie wytrzymują krytyki, w jednym np. przypadku rozpoznaje on na podstawie badania krwi psychozę, a wyklucza *Sepsis*, pomimo że chora gorączkowała, i nie objaśnia przytem wcale tej gorączki; prawdopodobnie miało tu miejsce i jedno i drugie. Propozycje terapeutyczne N. są, zdaniem kol. D., niekiedy śmieszne, np. bakteryje przy histeryi. Wogóle jest to praca, pobudzająca do dalszych badań, lecz tak pełna hipotez, że ani za skończoną, ani tembardziej za wielką uważać jej nie można.

Kol. KRYSIŃSKI zapytuje, czy praca, odczytana przez kol. KLEJNA stanowi kompilacją prac NEUSSER'A, czy też jest wynikiem własnych badań preleganta; w ostatnim razie radby wiedzieć, na ilu i jakich spostrzeżeniach kol. K. opiera swe wnioski.

Kol. BIERNACKI zajmował się kwestyją, jak zachowuje się krew w ostrych sprawach ropnych; w 18 przypadkach, badając metodą MALASSEZ'A przekonał się, że leukocytozy niema: ilość białych ciałek nie przenosiła 10,000 w 1 mm. sześć. Badał potem krew metodą EHRlich'A przy ostrych ropniach i otrzymywał wyniki najrozmaitsze; to wskazuje że metoda ta nie daje pewnych punktów oparcia dla celów rozpoznawczych.

Kol. JANOWSKI zgadza się najzupełniej z tem, co powiedział kol. DUNIN, i twierdzi, że ażeby dana rzecz miała znaczenie rozpoznawcze, trzeba, aby była dla danej choroby stałą, aby było wiadomem od czego zależy i ażeby nie było rażących sprzeczności. Dotychczasowe wyniki haematologiczne nie odpowiadają tym wymaganiom: komórki eozynoflowe zdarzają się przy chorobach wszystkich niemal systemów (krwiotwórczego, płciowego, nerwowego) i oddzielnych narządów; badanie zaś krwi specjalnie na ziarnistości eozynoflowe w myśl pracy NEUSSER'A, którą tak dokładnie zreferował kol. KLEJN, wcale się nie przyczynia do wyjaśnienia sprawy, przeciwnie bardzo często niepotrzebnie ją zaciemnia. Jeżeli np. mamy do czynienia z cierpieniem układu nerwowego i chcemy sobie ułatwić rozpoznanie przez badanie krwi, wówczas nie znalazłszy komórek eozynoflowych, możemy w myśl dzisiejszych naszych wiadomości to tylko powiedzieć, że dany chory niema np. zapalenia płuc,

gruźlicy i t. p., o których i takby nie pomyślano; gdybyśmy zaś znaleźli te komórki, to możnaby myśleć o tych chorobach, lecz tylko powikłanych przez rozedmę płuc. Nietylko więc nie zmniejszają się, lecz nawet zwiększają trudności zadania.

Przechodząc do chorób narządów krwiotwórczych, kol. J. zaznacza, że dawniej mając chorego, wzbudzającego podejrzenie ukrytego nowotworu złośliwego lub białaczki, i nie znalazłszy u niego w świeżej kropli krwi zwiększonej ilości białych ciałek, wykluczonyby z wielkiem prawdopodobieństwem białaczkę, wahanoby się zaś między blednicą, gdyby płeć i wiek chorego były po temu i anemią, zależną od wyżej wspomnianych przyczyn. Dyjagnozę między temi dwoma chorobami wybrano, kierując się zwykłemi danemi rozpoznawczemi. Obecnie, stojąc na stanowisku dzisiejszych naszych wiadomości, zapożyczonych od NEUSSER'A, znalazłszy przy badaniu krwi dużo komórek eozynofilowych, musimy wykluczyć cierpienia wszystkich organów krwiotwórczych, o których i takby nie pomyślano, i w końcu wahać się znów między blednicą, anemią i białaczką. Do rozstrzygnięcia tych wątpliwości nie mogą się przyczynić komórki eozynofilowe, gdyż przy wszystkich tych cierpieniach zdarzają się pewne ich postacie w wielkiej ilości. Gdybyśmy nie znaleźli wcale komórek eozynofilowych, to i wówczas wahań nie rozstrzygniemy, gdyż, według NEUSSER'A, niema ich wcale w ciężkich postaciach anemii i chlorozy; co się zaś tyczy białaczki, to kol. J. przypomina przypadek kol. SOKOŁOWSKIEGO, w którym przy daleko posuniętej białaczce nie było prawie wcale komórek eozynofilowych; a więc i tu badanie krwi zadania nie ułatwia.

Co do sprzeczności w wynikach badań przy tych samych cierpieniach, to kol. J. zaznacza, że te są dotąd bardzo duże, o czym sam mógł się przekonać w kilkudziesięciu przypadkach, zwłaszcza przy badaniu ropy tryprowej, gdzie otrzymywał wyniki bardzo różne, a w której według NEUSSER'A stale znajduje się dużo komórek eozynofilowych, pochodzących z gruczołu krokowego. Teoryi pochodzenia tych komórek w ropie tryprowej sprzeciwia się fakt obecności ich w ropie badanej przez kol. MARKUSFELDA przy świeżym tryprze u kobiet. W końcu kol. J. zaznacza, że w przypadkach ostrego ropienia kol. MARKUSFELD znajdował bardzo często dużo komórek eozynofilowych, podczas gdy J. nigdy ich nie spostrzegał. Przy sztucznie wywołanem ropieniu zapomocą środków chemicznych nie znajdował również komórek eozynofilowych; uważałby jednak za lekkomyślne twierdzenie, że wogóle przy sztucznem ropieniu nigdy komórek tych niema.

W odpowiedzi kol. KLEJN zaznacza, że celem odczytu było przedstawienie stanu haematologii w chwili obecnej na podstawie faktów, zdobytych przez różnych badaczy i przez niego samego. Gdyby chciał przy każdym fakcie cytować autorów, musiałby w każdym uiał wierszu wspominać po kilka nazwisk, co przedłużyłoby znacznie odczyt i zaciemniło kwestycję. Tam gdzie podaje własne spostrzeżenia, wyraźnie o tem wspomina.

Kol. DUNINOWI odpowiada, że obowiązkiem lekarza praktyka jest korzystać z faktów teoretycznych; streszczenie przez kol. D. pracy NEUSSER'A jest tak niedokładne i pod wieloma względami przeinaczone, że nic dziwnego, iż praca owa wydać się może przesadzoną. Fakty podane przez NEUSSER'A będą zawsze faktami, tembardziej, że zostały już wielokrotnie stwierdzone przez innych badaczy, a jakimkolwiek będzie ich objaśnienie, musimy się zawsze z nimi liczyć. Zarzut uczyniony NEUSSER'OWI, że wyciąga wnioski na zasadzie ustnego doniesienia przez KRYPIAKIEWICZA o komórkach eozynofilowych przy psychozach nie jest słuszny, gdyż KRYPIAKIEWICZ nie tylko że donosił listownie, ale ogłosił nawet pracę, dokładnie wyjaśniającą kwestyję. Co do zarzutów, czynionych terapii NEUSSER'A, to fakt uleczenia w powyższy sposób niektórych chorób nie ulega żadnej wątpliwości; fakty te w ostatnich czasach coraz bardziej się mnożą.

Kol. BIERNACKIEMU K. odpowiada, że różnorodność wyników zależną była od tego, że B. badał krew nieraz wtedy, kiedy sprawa ropna była już dojrzała, a zdaniem wszystkich badaczy leukocytozy wtedy już niema.

W odpowiedzi kol. JANOWSKIEMU K. zaznacza, że dla odróżnienia anemii od raka posiadamy tak pewne i wielokrotnie stwierdzone dane, że o wahaniu się w rozpoznaniu mowy być nie może; przy raku znajdujemy leukocytozę neutrofilową, przy anemii zaś leukopeniją z przewagą leukocytów, co powinno wystarczać do odróżnienia tych dwóch cierpień. Co się tyczy komórek eozynofilowych, to należy odróżniać jednojądrowe duże myelocyty od wielojądrowych małych; zresztą nie eozynofilowe myelocyty mają znaczenie rozpoznawcze przy białaczce, lecz neutrofilowe. Co do badań kol. J. nad ropą, mających dowodzić małego znaczenia rozpoznawczego metody EHRLICH'A, to, zdaniem kol. K. nie należy ich mieszać do danych haematologicznych; tu rzeczy prawdopodobnie mają się inaczej, i należy nad tem popracować, a wyniki pewno będą ciekawe.

Kol. KRYSIŃSKI zaznacza, iż dyskusja przekonała, że nie tylko on, lecz i inni słuchacze nie zrozumieli, czy praca kol. KLEJNA jest kompilacją, czy pracą oryginalną, opartą na własnych badaniach, jedne bowiem głosy występowały z zarzutami przeciwko NEUSSER'OWI, inne przeciwko prelegentowi.

Kol. DUNIN zastrzega się przeciwko zarzutowi, jakoby lekceważył badania EHRLICH'A; zarzucał tylko przesadę w pracach NEUSSER'A i zbyt pochopne wyprowadzanie przezeń wniosków.

Kol. JANOWSKI zaznacza, że zawsze odróżnia myelocyty eozynofilowe od zwykłych komórek eozynofilowych; notuje tylko fakt, że zdarzają się przypadki białaczki, w których brak jest komórek eozynofilowych; nie może więc być mowy o rozpoznawaniu choroby na zasadzie ich gatunku. Przy raku kol. J. nie widział stałych zmian, opisywanych przez kol. KLEJNA; sądzi, że z badaniem krwi na ziarnistości dzieje się to samo, co działo się ze wszystkimi teoryjami, i że dopiero z czasem

będzie może miała rację bytu pewna część tych wniosków, jakie dziś już wyprowadza NEUSSER.

Kol. BIERNACKI dodaje, że badał krew zawsze przy ropniach już dojrzałych i różne otrzymywał wyniki, nie może więc zgodzić się ze zdaniem kol. K., że przy skończonej sprawie ropnej leukocytozy niema.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne nadzwyczajne d. 14 Lutego 1893.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 27.

Treść: LESZCZYŃSKI — Zastosowanie obturatora BRANDT'A po wycięciu szczęki górnej.

OŁTUSZEWSKI — Przedstawienie chorego z rzadką formą jąkania.

FABIAN — Uwagi o cholery nad Wołgą.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłało: 1) Podanie kol. Antoniego STRYŻÓWSKIEGO (z Piotrkowa) o przyjęcie na członka korespondenta; przedstawia PREZES, popierają Vice-Prezes i kol. PRZYSTAŃSKI; sprawozdawca z prac kol. KUCZYŃSKI. 2) kol. DOBRSKI — Fünfundzwanzigjähriger aertlicher Bericht der Privat-Heilanstalt des Kaiserlichen Rathes Dr. EDER in Wien. 3) Akademia Krakowska — TEICHMANNA: Naczynia limfatyczne w słonowacinie.

III. Kol. LESZCZYŃSKI przedstawia chorą, której po operacji wycięcia lewej szczęki górnej zastosował obturator BRANDT'A z pęcherzykiem kauczukowym, który po wydęciu powietrzem wypełnia jamę powstałą po wycięciu kości; zapobiega to zapadaniu się policzka.

IV. Kol. OŁTUSZEWSKI przedstawia chłopca, dotkniętego niesłychanie rzadką formą jąkania, polegającego na tem, że rozpoczęcie mowy poprzedza dłuższe milczenie, podczas którego chory porusza wargami; pomiędzy zgłoskami chory również robi przerwy; niema przytem żadnego kureczu ani w języku, ani w wargach, niemożliwym zaś jest wydobyć głosu. Opisów takiej formy jąkania kol. OŁ w literaturze nie spotykał, sądzi, że zależy ono od kureczu mięśni, zamykających całą głośnie i że większość opisanych przypadków t. zw. „*aphonia spastica*“ należałoby tu właśnie odnieść. Chorzy w różny sposób pomagają sobie, aby kurecz ten przemódz; przedstawiony np. chory w przerwach między wyrazami młaska językiem. Są to formy bardzo ciężkie i uporczywe, z rokowaniem wątpliwem; w danym przypadku, gdzie cierpienie trwa dopiero od 1½ roku, być może, że po kilku miesiącach uda się osiągnąć poprawę.

V. Kol. FABIAN wygłosił: „Uwagi o cholery nad Wołgą“ Cholera jest chorobą bardzo dawną; na wiarę pospolicie powtarzają wszyscy, że jej opis znajduje się już w księgach Wedy i Zenda Westy. Pewniejszem jest, że znali ją Grecy, a mianowicie RITTMANN na zasadzie cytowanych przez się prac autorów średniowiecznych (*Cajus, Alphanus* etc.) podaje, że jest w Hipokracji opisaną choroba całkiem odpowiadająca cholery: pojawia się latem, towarzyszy jej biegunka i wymioty, kończy się nagle. W zbiorze GRUNERA autorów średniowiecznych, piszących o „pocie angielskim“ o morowej zarazie i innych chorobach zakaźnych, istnieje praca, ALPHANUSA: „*de febris stricte sic dicta*“, którą, z wszelkiem prawdopodobieństwem za opis epidemii cholerycznej z roku 1551 można uważać; bo choć mowa jest o „*febris*“, to dla pisarzy ówczesnych znaczyło to wogóle ostrą zaraźliwą chorobę. Z nazwą „cholera“ spotykamy się u SYDENHAMA, który opisuje „*cholera morbus de anno 1669*“, lecz opis jego odpowiada raczej tyfusowi brzuszemu. Tymczasem autorowie tacy, jak GASTRICUS, CAJUS, ALPHANUS i inni opisują chorobę do cholery podobną, choć ją mieszczą między „*febres malignae*“ *febris putrida humida*“ lub „*febris ephemera*“, albo też pod nazwą „*pestis*“.

Lepiej znaną jest cholera od początku bieżącego wieku, kiedy w r. 1817 przez Rosyję dostała się do Europy; od tam wszystkie większe epidemie nawiedzały Rosyję, a za nią Europę, jedną niemal kierując się drogą: przez morze Kaspijskie i wzdłuż brzegu Wołgi, choć nie z jej biegiem, lecz jedynie w kierunku tej największej drogi komunikacyjnej, która na przestrzeni paru tysięcy wiorst posiada i liczne dopływy rzek bocznych z dalekich krańców dopływających i liczne przystanie dla handlu zbożowego i wogóle dla olbrzymiego ruchu ludności. I w roku zeszłym cholera poszła tą drogą; zjawiwszy się już w Stycznii w Syrii, a wczesną wiosną wzmógłszy się w Indyjach, przeszła granicę Afgańską, utworzyła ognisko w Heracie i Meszedzie na północowschodzie Persyi, a rozszerzywszy się na zachód ku Astrabadowi, nad m. Kaspijskiem, dostała się też na północ ku granicy górskiej między Persyją a Turkestanem do Kaafki, leżącej przy kolei, łączącej wschodni brzeg m. Kaspijskiego z Samarkandą i Bucharą. Wzdłuż tej kolei rozszerzyła się po wschodnim brzegu m. Kaspijskiego i morzem dosięgła Baku, a z tam jedną drogą przez Tyflis poszła ku morzu Czarnemu oraz ku północy do Astrachania i na Wołgę. Z Baku przeszła do kraju Zakaukaskiego i utworzyła ognisko w Elizawetpolu, na północ dosięgła do Petrowska. Z Wołgi po jej wielkich przyptywach (Oce, Kamie i t. d.) doszła aż do Permu, a po wielkich kolejach (Samaro-Złotonustskiej i Syzrańskiej) poszła w głąb kraju na zachód i w stepy na wschód. Drugą drogą wzdłuż kolei od Tyflisu przeszła do Rostowa nad Don i z tam na południo-zachód Rosyi, oraz do Teodozyi w Krymie i do ziemi Kozaków Kubańskich, gdzie srożyła się strasznie.

Wołga na wiosennym rozlewie szeroko z brzegów występuje; przy zachowaniu mało zmienionej głębokości koryta, olbrzymio powiększa szerokość. Zalew wiosenny trwa parę tygodni, poczem woda

szybko opada, zostawiając brzegi (zwłaszcza lewy, płaski) zamulone. Szczególnie ważnem jest w tych warunkach samo jej ujście do m. Kaspijskiego: ogromna, daleko w ład wcięta delta pod Astrachaniem i szerokie t. zw. zatory u ujść rzek bocznych do Wołgi; te miejscowości przez lato całe i jesień są punktem zbornym dla całych tysięcy ludności ruchomej, która z końmi i wielbłądami koczuje tu od stepów, dowożąc zboże, i zabierając potrzebne dla domowego gospodarstwa sprzęty i t. p. Handel rybny na jesieni i dowóz zboża przez lato i jesień gromadzi u brzegów Wołgi mnóstwo szczątków organicznych zwierzęcych i roślinnych, nieuprzątanych jesienią, gnijących wiosną i w skwarne miesiące lata, kiedy ciepłota dochodzi do 30-tu kilku stopni. A ludność owa ruchoma, nieporządna (w przeciwieństwie do stałej, często się kąpiącej), daje sama narówni z nawodnionem zbiorowiskiem odpadków wybrzeża doskonałe podłoże dla saprofitycznego rozwoju zarazków. Główny ruch tej ludności od wielkich stepów wschodnich i napowrót, dotyka przeważnie dolnej części Wołgi i dlatego tutaj (Astrachań, Saratów) tworzyły się pospolicie najpierwsze i najsroźsze ogniska zarazy. W górę rzeki (powyżej Samary i Syzrania) ruch jarmarczny ku Niżnemu Nowogrodowi, najzwałszy przez drugą połowę lata, niesie i ludność ruchliwą i zarazę.

To, że Wołga wraz z dopływami rzek bocznych jest owym szlakiem, po którym cholera przeważnie nawiedza Rosyję, stało się powodem, że wszelkie urządzenia sanitarne, zarówno zapożegawcze, jako też lecznicze (po wypracowaniu projektu przez lekarzy Niżno-Nowogrodzkie i zatwierdzeniu przez Departament lekarski), powierzono Ministerjum Komunikacyi, a naczelnym ich kierunkiem dla sprężystego wykonania złożono w ręce Dyrektora Departamentu dróg szosowych i wodnych, Rady Tajnego Fadejewa, opatrzywszy go jak najszerzszemi atrybucyjami. To skoncentrowanie całego resoru wydało owoce nader błogie: i szerzeniu się epidemii zwłaszcza wśród ludności ruchomej i srogiemu jej natężeniu, w wielu razach znakomitą położyło tamę.

Podzielono Wołgę i jej dopływy na dość krótkie uczestki, powierzywszy na brzegu zarząd uczestków oddzielnym naczelnikom uczestkowym (inżynierom komunikacyi), na samej zaś rzece ustanowiwszy regularny bieg parostatków tak zw. sanitarno-inspektorskich, na których pokładzie znajdował się lekarz-inspektor. Do obowiązku tych parostatków należał: dozór nad wszystkimi punktami sanitarnymi uczestku i wszelkimi innymi statkami, podawanie pierwszej pomocy chorym na pokładzie rzeczonych statków i odwożenie chorych do najbliższego punktu sanitarnego, gdzie, jako trzecia część urządzenia, funkcjonowały pod kierunkiem lekarzy odpowiednio urządzone baraki choleryczne. Dezynfekcyja statku, na którym napotkano chorych, należała do lekarza-inspektora parostatku; dezynfekcyja przystani — bądź do lekarzy barakowych, bądź też (jak w wielkich przystaniach miast dużych: Nowogrod, Samara, Saratów, Astrachań) do oddzielnych lekarzy, *ad hoc*

wyznaczonych. Zaopatrzenie baraków i statków sanitarnych w środki dezynfekcyjne i lekarstwa, w odzież, bieliznę, napoje wysokokowe (wyborne wina, koniaki i t. p.) bardzo rychło po objęciu kierunku przez energiczne ręce było wprost wzorowe. Podnieść też należy niezmiernie pożyteczne, gorliwe usługi siostr miłosierdzia, porożsyłanych na wszystkie punkty sanitarne. Kol. FABIAN pełniąc sam obowiązki, naprzód na parostatku inspektorskim między Kazaniem i Samarą, a później starszego lekarza punktu sanitarnego w Balakowie (gub. Samarskiej), wielkiej przystani zbożowej, miał sposobność przekonać się o wzorowym funkcyjnowaniu całego urzędzenia sanitarnego. Każdy statek, mający chorego na pokładzie, winien był wywieszać flagę żółtą, nocą zaś latarnię czerwoną i zieloną, jedną nad drugą, także sygnały wisiały stale na wybrzeżu, gdzie były punkty sanitarne.

Złośliwość choroby największa była w początku epidemii ze śmiertelnością, dochodzącą do 61%, mniejsza we środku, od 32—38%, w samym końcu znów zwiastująca się choć nielicznymi, ale nader ostrymi, śmiertelnymi przypadkami i ze śmiertelnością znów dochodzącą do 60%. Zasługuje na uwagę wielka liczba przypadków zimnicy, bardzo rozpowszechnionej na całym Powołżu, a przebiegającej podczas epidemii cholerycznej z silną biegunką i wymiotami; wysoka gorączka w okresie najobfitszych nawet wypróżnień, duża śledziona, brak zapasici i doskonale działanie dużych dawek chininy, chroniły w wątpliwych przypadkach od pomyłek rozpoznawczych.

W leczeniu, obok kalomelu w pełnej dawce w okresie początkowym, podawano salol w dawkach 0,50 -- 1,00 trzy do czterech razy na dzień, stosowano gorące dermoklizy z taniną i naftaliną, oraz środki podniecające i napoje gorące. Salol okazywał się szczególnie skutecznym przy biegunkach cholerycznych (klinicznie rozpoznawanych); stosował też kol. F. bizmut salicylowy, oraz hypodermoklizy z 0,7% roztworu soli kuchennej o ciepłocie 35°—40°. Ilekroć zaczęto je stosować w okresie, kiedy jeszcze tętno było wyraźnie wymacalne, a sinica i suchość skóry nie doszły jeszcze do wysokiego natężenia, tylekroć skutek bywał względnie dobry; w okresie wielkiej zapasici przedewszystkiem trudno jest wpędzić należytą ilość wody pod skórę (lepiej używać szprycy chirurgicznej o silnym tłoku, niż lewara lub t. p., z którego często wcale się nie udaje wykonać hypodermoklizy), a i skutek bywa pospolicie płonny. Każdy przybywający do baraku chory bywał przedewszystkiem kąpany w ciepłej wannie; przy objawach upadku sił podczas kąpieli oblewano go, zwłaszcza brzuch, silnie zimną wodą. Otulania mokre chłodnemi prześcieradłami stosowano również systematycznie i z niezłym wynikiem. Wywołanie potów zapomocą gorących kamionek i t. p., aczkolwiek stosowuie do przepisów często zalecano, nie wydało się jednak zbawiennem, gdyż przedewszystkiem tą drogą potów i wogóle odczynu u chorego w okresie zapadu cholerycznego wywołać prawie niepodobna. Makowca nie podawano wcale. Przy uporczywych wymiotach wstrzykiwano podskórnice morfinę, lub podawano małe daw-

ki kokainy. Kilkakrotnie próbowano przepłókiwania żołądka lekkim roztworem kwasu solnego (1 : 2000) zupełnie bezskutecznie. Najlepiej jeszcze działała bardzo mocna kawa czarna zupełnie wystudzona z dodatkiem eteru.

Najczęstszym następstwem powikłaniem bywało cierpienie nerek z bezmoczem i śmiertelnie kończącą się moczuicą. Tyfoidalny typ okresu zdrowienia bywał rzadko.

W dyskusyi kol. KRYSIŃSKI prosi o wskazanie, gdzie kol. F. czytał wzmiankę o Hypokratesie i innych cytowanych autorach, bo z własnego doświadczenia wie, jak opisy cytowane nie odpowiadają źródłom, a jak trudno jest ze źródeł samych wywnioskować z pewnem prawdopodobieństwem, co autorzy pod danymi opisami rozumieli; prosi również o wyjaśnienie, dlaczego kierunek epidemii jest zawsze w górę rzeki, jeżeli bowiem zależy od ruchu ludności, to skoro ludność idzie i powraca a kierunek ten może być i odwrotny.

Kol. POLAK zaznacza, że w części historycznej wspominał kol. F., iż wszystkie epidemie szły z Wołgi, podczas kiedy dwie przedostatnie przyszły inną drogą; w Astrachaniu, mówił, że epidemija trwała cały Czerwiec, a tymczasem ze sprawozdań okazuje się, że w Baku była dopiero 8-go Czerwca, a w Astrachaniu zjawiała się w 10 dni później. Misyja generała Fadejewa opisana jest bardzo pochlebnie, nie widać jednak z opisu, jakie były jej praktyczne rezultaty: nad Wołgą w miejscowościach nadbrzeżnych już i przedtem cholera osłabła, w dalszych zaś znacznie się wzmogła. Zapytuje dalej, na czem kol. F. opiera swe cyfry śmiertelności; ogólna śmiertelność podług danych urzędowych wynosiła prawie 50%, nie wszędzie jednak była jednakowo; pyta również, czy były obserwowane przypadki cholery w Sarepcie.

Kol. GRUNDZACH zapytuje, jakie wrażenie wyniósł ol. FABJAN czy cholera jest cierpieniem kontagijnem, czy też kontagijno-miazmatycznym.

W odpowiedzi kol. FABJAN nadmienia, że dane historyczne przytaczał jedynie dla ciekawości; Hipokratesa znajdował cytowanego u Alphanusa, przytoczonego przez RIRTMANN'A, co zaś do epidemii z r. 1851, to może przytoczyć dokładną cytate u Alphanusa. Kierunek epidemii, o jakim mówił, zależy od tego, że w miesiącach letnich i jesiennych główny ruch ludności odbywa się w górę rzeki.

Kol. POLAKOWI odpowiada, że mówiąc o czerwcowej epidemii w Astrachaniu, nie wspominał ile dni w tym miesiącu ona tam trwała, a miał wogóle na myśli epidemiję w tym, a nie innym miesiącu. Działalność gen. Fadejewa była bardzo energiczna, i przepisy wydawane przez niego, wykonywali wszyscy; rezultaty tej działalności widoczne były na każdym kroku, a że skutek środków ochronnych był problematyczny, to zależało jedynie od tego, iż przyszły zapóźno. Co się tyczy śmiertelności, to kol. POLAK przytacza dane urzędowe, które w epidemijach nigdy nie są ścisłe; sam np. w Bałakowie widział przeszło 900 chorych, a tymczasem dane urzędowe obejmują wszystkiego 270 przypadków;

wogóle cyfry, jakie przytaczał, opiera wyłącznie na epidemii w Balakowie. Co do Sarepty, nie może kol. F. odpowiedzieć, czy była tam epidemija; wie jedynie, że jestto kolonija pod względem porządku wzorowa.

Nie jest również kol. F. wstanie rozstrzygnąć pytania postawionego przez kol. GRUNDZACHA.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dnia 21 Lutego 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 61.

Treść. Kol. TRZCIŃSKI przedstawia chorą z *Lichen ruber planus*. Wybory na członków delegacyi do opieki nad funduszem dra KOCZOROWSKIEGO, na członków komitetów: bibliotecznego, rewizyjnego i konkursowego imienia dra CHAŁUBIŃSKIEGO.

NEUGEBAUER. Przestrogi przy używaniu wianków macicznych; kazuistyka przypadków ujemnego ich działania.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano: Rozprawy wydziału matematyczno-przyrodniczego Krakowskiej Akademii Umiejętności.

III. Kol. TRZCIŃSKI przedstawia chorą, u której we Wrześniu r. z. zjawiła się na ciele wysypka, która w Styczniu rozeszła się na cały prawie tułów i kończyny; wysypkę tę kol. T. rozpoznał jako *Lichen ruber planus*. Jestto cierpienie bardzo rzadkie i dawniej uważano je za śmiertelne, dziś jest uleczalne, a lekiem swoistym jest arsenik. Rozpoznać je można tylko z wykwitów pierwotnych, mieszczących się na granicy skóry zdrowej; wykwity te przedstawiają się jako małe wzniesienia z woskowatym wyglądem i nieznacznem zagłębieniem pośrodku. Arsenik najlepiej podawać w postaci pigułek azyjatyckich; działanie występuje dopiero po kilku tygodniach leczenia, t. j. po wyżyciu 300—400 pigułek, wyleczenie następuje po wybraniu 1,500 — 2,000 pigułek, a nawet w jednym przypadku opisanym przez Kaposi'ego, chory wciągu dwóch lat wyżył przeszło 4,000 pigułek.

IV. Sekretarz Stały zawiadamia, że kol. Skarbnik nie mógł jeszcze (jak tego wymaga regulamin) przedstawić na dzisiejszem posiedzeniu sprawozdania ze stanu kasy, ponieważ skutkiem nieskompletowania dotychczas komitetu rewizyjnego, nie została jeszcze dokonana rewizya kasy. Wnosi, aby wybory bez względu na ilość członków były dopełnione dzisiaj, w regulaminie bowiem niema mowy o tem, aby do

wyborów potrzebna była $\frac{1}{3}$ ogółu członków; przeciwnie, podług regulaminu PREZES przedstawia kandydatów, których Towarzystwo zatwierdza, a tylko na żądanie jednego z członków odbywa się głosowanie.

Kol. KRYSIŃSKI zaznacza, że to odnosi się do wszystkich innych Komitetów, prócz rewizyjnego i bibliotecznego; rewizyjny w myśl § 110 Regulaminu winien być wybierany na posiedzeniu wyborczem, a więc w pełnym komplecie, przez głosowanie tajne.

Po zebraniu się wymaganego kompletu członków, przystąpiono do głosowania, które dało wynik następujący :

1) Do Komitetu rewizyjnego powołano kol. ANDERSA i PRZYSTAŃSKIEGO. Z losowania wypadło, że kol. ANDERS pełnić będzie swe obowiązki przez rok, kol. MAJKOWSKI (wybrany na posiedzeniu dnia 17 Stycznia)—przez 2 lata, kol. PRZYSTAŃSKI—przez 3 lata.

2) Do Komitetu bibliotecznego wybrani zostali: kol. BIERNACKI i PUŁAWSKI, stosownie do losowania pierwszy na rok, drugi na 3 lata, a kol. KRYSIŃSKI (wybrany na posiedzeniu 17 Stycznia) na 2 lata.

Po dyskusyi, w której przyjmowali udział: Sekretarz stały, Wiceprezes, kol. KONDRATOWICZ i KRYSIŃSKI, postanowiono, w myśl testamentu dra KOCZOROWSKIEGO, wybrać stałą delegacyję, opiekującą się funduszem jego imienia, składającą się z PREZESA i trzech członków. Ponieważ na posiedzeniu 17 Stycznia wybrany już został kol. GEPNER, dopełniono przeto wyboru dwóch jeszcze członków, na których większością głosów powołano prof. BRODOWSKIEGO i kol. KONDRATOWICZA.

Sekretarz Stały zawiadamia, że Komitet KOCZOROWSKIEGO w Piotrkowie został rozwiązany, plenipotencyję dano kol. SOCZOŁOWSKIEMU, który prosi o przywrócenie Komitetu; na skutek tego zaproszono do Komitetu kol. STRZYŻOWSKIEGO (jako przewodniczącego) i proszono go o wybór trzeciego członka komitetu.

PREZES przedstawia jako kandydatów na członków Komitetu konkursowego imienia dra CHAŁUBIŃSKIEGO kolegów: KRYSIŃSKIEGO, SOKOŁOWSKIEGO, FABJANA, HEWELKEGO, JAKOWSKIEGO i siebie; na 6-go zaś członka komitetu konkursowego imienia dra KOCZOROWSKIEGO kol. DUNINA. Wyboru dopełniono przez aklamacyję.

Kol. Bibliotekarz przedstawia na pomocników swych kol. DZIERŻAWSKIEGO, PRUSZYŃSKIEGO i Józefa ZAWADZKIEGO, których Towarzystwo zatwierdziło.

V. Sekretarz Stały przypomina, że w myśl § 24 nowego regulaminu, oddzielne wykłady prelegentów nie mogą trwać dłużej niż pół godziny; w razie jeżeli wykład ma zająć całe posiedzenie, winien być o tem uprzedzony PREZES, który wyznacza w tym celu oddzielne posiedzenie nadzwyczajne.

PREZES nadmienia, że wykłady takie mogą odbywać się i na zwykłych posiedzeniach, nie w tej kolei jednak, w jakiej zostały zapisane do książki, lecz w porządku wyznaczonym przez PREZESA.

VI. Kol. NEUGEBAUER wygłosił odczyt p. t. „Przestrogi przy używaniu wianków macicznych; kazuistyka przypadków ujemnego ich

działania.“ Mówca przedstawił całą kolekcję wianków od najdawniejszych do najnowszych, opisał ich zalety i wady i przytoczył kilka spostrzeżeń, w których zastosowanie wianka okazało się szkodliwym. Odczyt ten zaczęto drukować w Pamiętniku Towarzystwa w niniejszym zeszyście. Dyskusyję z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe dnia 28 Lutego 1893 roku.

PREZES Przewoski.

T r e ś ć KRYSIŃSKI. Przedstawienie guza więzu szerokiego.

Dyskusyja nad odczytem kol. NEUGEBAUERA.

OŁTUSZEWSKI. Fizjologija mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek polskiego alfabetu.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. N a d e ś ł a n o : 1) Podanie kol. Antoniego ŚMIECHOWSKIEGO na członka czynnego Towarzystwa; przedstawia kol. KRYSIŃSKI, popierają: PREZES i kol. PRZYSTAŃSKI, sprawozdania z pracy podjął się kol. CIĄGLIŃSKI; 2) Kol. NEUGEBAUER: a) Eiu bisher wohl einzig dastehender Fall von Verlagerung der weiblichen Harnröhrenmündung traumatischen Ursprunges nebst Mittheilung einer in Puerperium erworbenen Scheidenatresie mit nachfolgender Hämatokolpometra; b) Rzadki okaz *Synechiae utero-sacralis sub partu acquisitae*. 3) Kol. SZWAJCER: Ueber eine Flecktyphusepidemie im Reserve-Krankenhaus zu Warschau.

III. S e k r e t a r z Stały zawiadamia, że kol. STRZYŻOWSKI na 3-go członka komitetu dra KOCZOROWSKIEGO w Piotrkowie przedstawia kol. Emila WOLSKIEGO. Towarzystwo wybór ten zaakceptowało.

IV. Kol. NEUGEBAUER przedstawił fotografie kilku spostrzeganych ostatnimi czasy przypadków rzekomej dwupłciowości.

V. Kol. KRYSIŃSKI przedstawił guz więzu szerokiego macicy, usunięty drogą laparotomii kobiecie 43-letniej; guz ten znajdował się w związku z macicą, był zaklinowany i mocno zrosnięty z częściami sąsiednimi; z samą np. macicą był zrost grubości 2 — 3, długości 5 — 6 mm., z tego powodu operacyja była nadzwyczaj trudna. Prócz tego guza była mała torbiel lewego jajnika i dwa mięsaki w samym mięszu macicy. Przy operacyi asystowali kol.: GRZANKOWSKI, ORŁOWSKI, SAWICKI i ŚMIECHOWSKI. Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny.

S e k r e t a r z Stały nadmienia, że przed 10-ciu dniami przysłany był do pracowni anatomo-patologicznej podobny guz z oddziału kol. JAWDYŃSKIEGO; wiedziano to tylko, że guz pochodził z jamy otrzewnej. Płyn wyciekający z powierzchni rozkroju krzepł bardzo szybko, przy-

puszczano, że guz pochodzi z więzów szerokiego Kol. JAWDYŃSKI objaśnił, że wyrastał on z samych ścian macicy (*neoplasma subserosum*). Guzy takie są to najczęściej leiomyomata ze znaczną ilością tkanki łącznej. Otóż i tu można przypuszczać, że nowotwór powstał ze ścian macicy, w miejscu przyczepu więzów szerokiego, którego listki mógł rozciągnąć i pomiędzy nie wrastać.

VI. Dyskusję nad odczytem kol. NEUGEBAUERA rozpoczął kol. KBYŚIŃSKI przemówieniem, w którym poruszył praktyczną stronę kwestyi stosowania wianków macicznych, mianowicie przy pochyleniach i zgięciach macicy, a głównie przy tyłopochyleniach i tyłozgięciach.

Normalnego położenia macicy, właściwie mówiąc, niema; prawidłowem można nazwać położenie wówczas, jeżeli macica jest o tyle ruchoma, że może się przystosowywać do zmian w narządach sąsiednich, jeżeli po chwilowem zdzlokowaniu może powrócić do pierwotnego położenia. W tem położeniu utrzymują macicę więzy (szerokie, DOUGLASS'A, *diaphragma pelvis*) i ciśnienie wewnątrzbrzuszne; najważniejsze są więzy DOUGLASS'A, w których skład wchodzi przeważnie włókna mięsne. Ilkroć masy kałowe przechodzą przez odbytnicę, macica odchyła się ku przodowi, więzy DOUGLASS'A wydłużają się; przy nawykowem zaparciu więzy te są ciągle wydłużone, skutkiem czego rozluźniają się, tracą elastyczność, macica traci możność akomodacyi i przyjmuje położenie takie, w którem dno odchylone jest ku tyłowi, szyjka ku przodowi. Co począć w takim przypadku? O ile macica jest jeszcze ruchoma, zdawałoby się, iż najlepiej założyć wianek. Postępowanie takie nie jest jednak racjonalne; należy przedewszystkiem zbadać, od czego zależy ta utrata akomodacyi. Jeżeli przyczyną jest wydłużenie więzów DOUGLASS'A, to gdyby udało się je skrócić, udałoby się tem samem sprowadzić macicę do prawidłowego położenia, jest to jednak rzecz bardzo trudna, a gdyby nawet była łatwiejsza, to jeszcze sprawa nie byłaby skończona, trzeba by wymyślić coś, co by skróconym więzom dało możność chwilowego wydłużenia. Najzwyczajszym środkiem w tych razach jest wianek, mianowicie 8-owy wianek SCHULTZE'go, który zakłada się w ten sposób, że mniejsze kółko obejmuje szyjkę i podnosi ją ku tyłowi, większe zaś opiera się na dnie miednicy i zastępuje brak więzów rozluźnionych. Wianek najmniej złego zrobi wówczas, gdy będzie najlepiej zastosowany do danych warunków, dlatego też należy mu zawsze samemu nadawać pożądaną formę; na to, żeby wianek mógł działać, trzeba, ażeby opiera się na podstawie stałej, to znaczy, aby dno miednicy (*perineum*) stanowiło taką podstawę dobrą.

Co się tyczy szkodliwości wianków, to może to mieć miejsce wówczas jedynie, jeżeli wianek będzie założony nieumiejętnie; prócz tego, niezbędnym warunkiem jest przestrzeganie czystości w pochwie, obserwowanie chorej przez ciąg pierwszego tygodnia i kontrolowanie co kilka tygodni. Wogóle terapija zapomocą wianków jest trudna, wymagająca wprawy, doświadczenia i ostrożności.

Co do materiału na wianki, to wybory jest stwardniały kaukucz, ma jednak tę ujemną stronę, że nie pozwala zmieniać dowolnie

kształtu wianka; wianki z miękiego drutu, powleczone mięką gumą są tak podatne, że same w pochwie przyjmują wymagany kształt; po sześciu jednak tygodniach noszenia stają się niezdatne do użycia. Najlepszą jest celluloidyna, która nagina się po rozgrzaniu w wodzie gorącej bardzo łatwo i w pochwie się nie zmienia.

Kol. WINAWER zaznacza, że pogląd, wygłoszony przez kol. NEUGEBAUERA co do zarzucenia wianków macicznych, wygłoszono już przed 40-tu laty; niewszyscy jednak zgadzają się na to i postępują słusznie, gdyż często bez wianka takiego obyć się nie można. Na to, aby chore same zakładały wianek, nie zgadza się, bo do tego potrzebna jest aseptyka, której chora nie jest w stanie zachować.

W odpowiedzi kol. NEUGEBAUER podaje, iż odczyt jego nie miał na celu wskazań i przeciwwskazań do użycia wianków, gdyż to są rzeczy znane i obszernie opracowane. Są ginekologowie, którzy najzupełniej zarzucają wianki i wolą operować, mianowicie zwięzać pochwę w ten lub inny sposób; w miarę rozwoju chirurgii proponowano operacje coraz racjonalniejsze, mające na celu usunięcie *insufficienciae perinei* i wyciśnięcie większych części z pochwy, aby ją zwięzić; potem starano się ufixować macię z góry (operacja ALEKSANDR'A - ADAMS'A), operacja ta jednak nie dała pożądaných wyników i została prawie zarzucona; zaczęto potem przyszywać dno macicy, a ostatnio tylną powierzchnię. Kol. N. zwolennikiem operacji nie jest, przeciwnie, uważa, że wianek jest nieraz znakomitym środkiem leczniczym, lecz tylko przy odpowiednim zastosowaniu i bezwarunkowo przy kontroli po założeniu. Samej chorej pozwala zakładać tylko wianki kuliste i *kranzpressaria*.

VII. Kol. OŁTUSZEWSKI wygłosił odczyt p. t. „Fizjologija mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek polskiego alfabetu.“ Odczyt miał na celu wyjaśnienie, jakie organa artykulacyjne przyjmują udział w wytwarzaniu głosek, właściwych językowi polskiemu; rzecz ta nie została dotychczas przez nikogo opracowana, skutkiem czego błędny a niezgodny z rzeczywistością podział spółgłosek znajduje się dotychczas we wszystkich podręcznikach gramatyki. Między innymi jako przykład przytoczył kol. OŁT. spółgłoskę *h*, którą gramatyki zaliczają do dźwięków gardlanych, kiedy tymczasem dźwięk ten powstaje w krtani przy szepcie. Dla objaśnienia przedstawił kol. O. dwie tablice, zawierające racjonalny, na fizjologii oparty podział na grupy spółgłosek pojedynczych i złożonych.

W dyskusji nad powyższym odczytem Sekretarz Stały zauważył, że na niektóre z poglądów kol. O. zgodzić się nie można: wątpliwą na przykład wydaje mu się rola, jaką mówca przypisuje literze *j* w powstawaniu dźwięków *cz*, *sz* i t. p.; jest to litera nowa, wprowadzona od lat najwyżej 50-ciu, nie mogła przeto wpływać na powstawanie dźwięków istniejących oddawna; prócz tego dźwięki te istnieją w językach nie mających *j*, np. w rosyjskim. Co do dźwięków *rz* i *ź*, to sądzi, że nie można ich utożsamiać; różnica między niemi zatarła się w Królestwie, w innych okolicach jednak lud zwłaszcza wymawia te dźwięki różnie;

prócz tego *rz* brzmi często w mowie jak *sz*, *ż* zaś brzmienia tego nie ma nigdy.

Kol. BUJWID zaznacza, że *h* i *ch* są to dwie oddzielne spółgłoski, wymawiane zupełnie inaczej i zapytuje, dlaczego kol. O. pominął w tablicy *h*, które zalicza do dźwięków gardlanych.

Kol. SZTEYNER nie zgadza się na nieistnienie *é*, egzystuje ono w języku ludowym i brzmi inaczej niż *e* i *i*.

Kol. SAWICKI zaznaczył również, że są okolice, gdzie *rz* i *ż* wymawiają zupełnie inaczej, tutaj tylko różnica się zatarła.

W odpowiedzi kol. OŁTUSZEWSKI podaje, że Rosyjanie bynajmniej nie są pozbawieni spółgłoski *j*, mają bowiem samogłoski jotowane wyrażone graficznie jednym znakiem, lecz tu owo *j* nie wywarło tego wpływu co u nas na poprzedzające spółgłoski; *rz* i *ż* identyfikuje tylko pod względem fizjologicznego wytwarzania, co bynajmniej nie oznacza, że są to dźwięki jednakowe. Kol. BUJWID zapytaniem swem popełnia tę samą omyłkę, jaką robią wszyscy lingwiści, pragnący wbrew zasadom fizjologii krtaniowe *h* zaliczyć do dźwięków gardlanych. Z tego powodu zgłoska *h* pominięta jest w tablicach mieszczących jedynie wytwory jamy ustnej. Co się tycze *é*, to o zachowaniu go w mowie jak najwyraźniej w odczytaniu swym zaznaczył.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne d. 7 Marca 1893 r.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 47.

Treść. WRÓBLEWSKI. Przedstawienie chorego z gruźliczem cierpieniem nosa.

WOLBERG. Przedstawienie przyrządu do badania pokarmu kobiecego.

STANKIEWICZ. O nowotworach pęcherza moczowego.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano: 1) Zaproszenie z Buda-Pesztu do przyjęcia udziału w subskrypcyi międzynarodowej na pomnik SEMMELWEIS'A. 2) TELAFUS—O sposobach uniczczenia cholery w Ost-Indii.

III. Kol. WRÓBLEWSKI Wł. przedstawił człowieka, lat 29 mającego, który cierpi od lat 6-ciu na gruźlicę nosa.

Chory ten zgłosił się do kol. W. dnia 4 Września 1891 r., skarżąc się na zatkanie nosa po stronie prawej, które trwało już od pół roku. Wogóle zaś cierpił na to od 1887 r.; był już dwukrotnie operowany. Od dzieciństwa miał skłonność do nieżyków nosa, obrzmiewania gruczołów, do wyprysków i t. p. Stan ten poprawił się nieco po czterokrotnej ku-

racyi w Ciechocinku. We Wrześniu 1889 r. usunął mu dr. GURANOWSKI guzik twardy z chrząstnej części przegrody nosa po stronie prawej. Guzik nie był zbadany drobnowidzowo. W Sierpniu 1890 r. operował mu dr. LUBLINER polipy nosa. Kol. W. usunął mu 5. IX. 1891 i 5. IX. 1892 r. za pomocą pętli galwanokaustycznej i łyżek VOLKMANN'a guzy wielkości dużej fasoli z prawej strony przegrody nosa. Guzy te oba były łaskawie zbadane przez prof. PRZEWOSKIEGO, który znalazł w nich gruzelki i laseczniki KOCH'a.

Dziś (7. III. 1893) chory zgłosił się znowu ze skargą na zatkanie całkowite lewej strony nosa. Przy badaniu znajdujemy: na chrząstnej przegrodzie po stronie lewej guz wielkości orzecha łaskowego, wypełniający zupełnie światło nozdrza, przylegający do dna i skrzydła nosa. Guz ten blade-różowy, gładki, owrzodzony na powierzchni zewnętrznej. Przegroda chrząstna po stronie prawej (symetrycznie do guza po lewej) owrzodzona, mięka, jakby zmurszała.

Gardziel i krtań bez zmian. W płucach również zmian nie znajduje się i na to kol. W. kładzie nacisk, że miejscowa gruźlica nosa trwa od lat 6 bez wywołania ogólnych objawów.

Gruczoły chłonne szyjowe i podpachowe oddawna powiększone.

Od pół roku *ischias* w prawej nodze.

Tym razem kol. W. ma zamiar jak można najradykałniej usunąć ogniosko chorobowe, t. j. przez wycięcie całego *septum cartilagineum*, wraz z guzem i owrzodzeniem. (Autoreferat).

IV. Kol. WOLBERG, przedstawił galaktoskop dr. HENORCCE'a, zastosowany do badania pokarmu kobiecego przez dr. GERSON'a. Przyrząd ten, oparty na nieprzepuszczalności pokarmu, składa się z dwóch szklanych tabliczek nierównej szerokości a jednakowej długości; szersza stanowi podstawę, po bokach jej znajdują się dwie blaszki niklowe, zagięte w kształcie otwartej rynienki, w które z obu stron wsuwa się górna węższa tabliczka. Z lewej strony tabliczki ściśle do siebie przylegają, ku prawej stopniowo się oddalają, skutkiem czego tworzy się między niemi przestrzeń przyrządkowa o podstawie wysokości 0,3 mm.; na dolnej tabliczce umieszczona jest skala, idąca od 0 do 60 mm. Pokarm, umieszczony pomiędzy tabliczkami, tworzy warstwę, której grubość waha się między 0 i 300 μ .; każdy milimetr skali odpowiada 5 μ grubości warstwy mleka, czyli innymi słowy, spadek tabliczki górnej wynosi 5 μ . na każdy milimetr tabliczki dolnej; dla ocenienia przeto grubości danej warstwy mnożymy przez 5 tę cyfrę podziałki, przy której pokarm przestaje przeświecać. Pomiędzy 42 i 53 mleko jest odpowiednie; przy 47 zawiera tłuszczu 3.27%, cukru 4.88%, sernika i soli 12.44%. Cena przyrządu w Paryżu wynosi 28 fr.

V. W odczycie: „O nowotworach pęcherza moczowego“ kol. STANKIEWICZ przedstawił historię nauki o tych nowotworach i sposoby ich usuwania, poczynając od najdawniejszych czasów, a kończąc na wprowadzonej przez GUYON'a operacji przez cięcie nadłonowe; po czym opisał spostrzegany i operowany przez się następujący przypadek: dnia

15. X. r. z. zgłosił się chory 56 letni, poprzednio zdrów zupełnie, skarżąc się na nieprzyjemne uczucie przy oddawaniu moczu i peryjodyczne oddawanie z moczem krwi, które bez żadnej widocznej przyczyny wystąpiło po raz pierwszy przed 8 miesiącami; krwawienie trwało wówczas przez 1½ dnia; po 2 miesiącach ponowiło się i trwało 3 dni, od tej pory występowało coraz częściej, dołączyła się potrzeba częstszego i połączonego z pewnym bólem, oddawania moczu. Na zadawane pytania co do objawów podmiotowych, cechujących kamień moczowy, chory dawał odpowiedzi przeczące. Przed badaniem wypuszczono około 5—6 uncyj moczu prawie czystego, poczem z łatwością wprowadzono cewnik TOMPSON'a; w pęcherzu w paru miejscach wyczuwało się opór. Po zbadaniu wypuszczono mocz mocno krwawy, co wzbudziło podejrzenie nowotworu. Pomimo przestrzykiwania kwasem bornym krwawienie nie ustawało; na powierzchni moczu pływały różowe strzępki, które zbadał kol. MAYZEL i wyraził przypuszczenie nowotworu, który określił, jako *Epithelioma papillare*; w moczu było białko w ilości większej, niż bywa przy obecności krwi.

Od chwili badania mocz stale zawierał krew, był barwy ciemno wiśniowej, z obfitym osadem, w którym były strzępki zmartwiałej tkanki i śluz. Celem dokładniejszego zbadania, chorego przyjęto na oddział szpitalny. Chodziło mianowicie o określenie, czy siedliskiem narośli jest pęcherz, a w takim razie, czy znajduje się ona w okolicy szyjki, czy też bliżej moczowodów. 1 Listopada wykonano badanie cystoskopem LEITER'a; chory jednak był tak wrażliwy, że badanie trwać mogło zaledwie minutę, przyczem skonstatowano, że ani górna ani lewa część pęcherza guza nie zawierały; po upływie kilku dni przy powtórnym badaniu przekonano się o istnieniu guza, który zajmował prawą i dolną część pęcherza. Wobec tej pewności przystąpiono 5 Listopada do operacji, która wykonaną została sposobem GUYON'a w pozycji TRENDELENBURG'A, przy której głowa opuszczona jest na dół, miednica wzniesiona ku górze. Po oddzieleniu otrzewnej przecięto pęcherz, założyono na brzegi grube nitki (*files suspenceures* GOYON'a) poczem przedłużono cięcie ku górze i ku dołowi na długość 6 ctm.. Z prawej strony pęcherza znaleziono guz na krótkiej (2 ctm. długości) wężkiej, podługowatej podstawie. Po odcięciu wystąpiło krwawienie, które powstrzymano przez podwiązanie tętnicy, a prócz tego całą powierzchnię krwawiącą ujęto *en masse* w jedną ligaturę. Poniżej były jeszcze dwa mniejsze guziki, jeden wielkości orzecha laskowego, drugi ziarnka grochu, które usunięto. Po przemyciu pęcherza i przekonaniu się, że krwawienia niema, przystąpiono do częściowego zamknięcia pęcherza: nałożono 3 szwy katgutowe od góry i 1 od dołu przez całą grubość ściany pęcherza; nałożono następnie drugi szew LAMBERT'a, potem zeszyto również katgutem mięsień, jedwabiem zaś aponeurozę i skórę. Przez ranę założyono do pęcherza dren syfonowy, który przszyto do skóry brzucha, przez cewkę zaś cewnik na stałe. Opatrunek lekko uciskający,

Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny; ciepłota tylko wieczorem po operacji doszła do 38°C. pozatem stan był bezgorączkowy. Trzy razy na dobę przestrzykiwano pęcherz; moczu odchodził lekko zakrwawiony ze skrzepami krwi. Opatrunek po 5 dniach był suchy, usunięto dren syfonowy, zostawiono tylko cewnik. Gojenie rany trwało nieco dłużej niż zazwyczaj, z tego powodu, że część tkanki łącznej między pęcherzem i otrzewną przeszła w rozpad; w 5-ym tygodniu jednak rana była już zupełnie zagojona i 18 Grudnia chory pojechał do domu. 10-go i 25-go dnia po operacji było obfitsze krwawienie, zależne prawdopodobnie od przewiązania *en masse* powierzchni krwawiącej.

W uzupełnieniu powyższego wykładu kol. STANKIEWICZ podał ogółne uwagi, dotyczące symptomatologii i rozpoznawania nowotworów pęcherza moczowego, przedstawił modyfikacje zarówno samej operacji, jak i postępowania pooperacyjnego. Nadmienił wreszcie, że przy guzach sięgających w głąb ściany pęcherza, trzeba wycinać pęcherz częściowo lub w całości; dotychczas jedyny, szczęśliwie zakończony, przypadek całkowitego wycięcia ogłosił PAWLIK.

W dyskusyi prof. KOSIŃSKI zaznaczył, że przed 2-ma laty komunikował w Towarzystwie przypadek całkowitego wycięcia pęcherza. W przypadku tym rak przeszedł z macicy na tylną ścianę pęcherza, który usunięto przez pochwę, a moczowody zostały wszyte w ranę. Chora wyszła z kliniki zdrową.

Dalszy ciąg dyskusyi, z powodu spóźnionej pory, odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES d-r E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne d. 21 Marca 1893 r.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 44.

Treść. Odczytanie protokółów Komitetu Rewizyjnego.

Dyskusyja z powodu odczytu kol. STANKIEWICZA o nowotworach pęcherza moczowego.

I. Protokół ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano: 1) Kol. ANDERS — *Therapeutische Monatshefte* z r. 1892; 2) kol. NEUGEBAUER — Kilka słów o odczycie PORAK'A „*Dangers des applications du forceps suivant le diamètre antero-posterieur du détroit supérieur*“. 3) Odezwę J. W-go General-Gubernatora o zatwierdzeniu urzędników Towarzystwa, wybranych na rok 1893. 4) Podziękowanie zakładu im. Ossolińskich za rocznik Pamiętnika Towarzystwa z r. 1892. 5) Odezwę Redakcyi Ogrodnika Polskiego o przyjęcie udziału

w uroczystości 50-o-letniego Jubileuszu b. Profesora Uniwersytetu Warszawskiego Jerzego ALEKSANDROWICZA. Na wniosek Sekretarza Stałego postanowiono prosić Wice-Prezesa o poinformowanie się co do szczegółów projektowanego obchodu i zdania sprawy w Towarzystwie.

III. Kol. ANDERS odczytuje protokoły posiedzeń Komitetu Rewizyjnego z d. 4 i 8 Marca r. b.

PREZES dziękuje Członkom Komitetu za podjętą pracę i wnosi, aby zgodzić się na proponowane przez Komitet uporządkowanie inwentarza Towarzystwa podług wskazówek wyszczególnionych w protokóle.

Wniosek przyjęto, i zajęcie się tem powierzono kol. ANDERSOWI.

IV. Kol. STANKIEWICZ zdemontrował powtórnie cystoskop LEITER'A i sposób stosowania go celem badania chorych; poczem odczyt wygłoszony na poprzednim posiedzeniu, uzupełnił następującemi uwagami: Drobnowidzowe badanie guza, dokonane przez kol. RAUMA, wykazało, że był to włókniak kosmaty—*Fibroma villosum*. Jakkolwiek nowotwory te uważane są za łagodne, statystyka jednak narodziła pęcherzowych dowodzi, że żadnej z nich za łagodną uważać nie można, tem więcej że krwawiąca powierzchnia nowotworu, łatwo usposabia do infekcyi, która z pęcherza przez moczowody przejść może na nerki i przyczynić się ostatecznie do zguby chorego. Włókniaki należą do nowotworów, rzadziej napotykanych w pęcherzu; najczęściej bywają brodawczaki, mięśniaki i torbiele; ze złośliwych raki i myxosarkomaty; wogóle złośliwe bywają częściej w młodym wieku.

W dyskusyi kol. PERKOWSKI zaznacza, że w opisie kol. STANKIEWICZA nie spotyka jednego charakterystycznego objawu, mianowicie odchodzenia cząstek nowotworu przez cewkę. Przed 2-a lata miał chorego z brodawczakiem pęcherza, który co pewien czas oddawał z moczem kawałek nowotworu; przez kilka dni przed odejściem takiego kawałka mocz był czysty, ponieważ filtrował się przez uwięzniętą w cewce cząstkę nowotworu. Cechę również nowotworów pęcherza stanowi fakt, że nie przechodzą one na narządy sąsiednie; guzy natomiast gruczołu krokowego rozprzestrzeniają się szybko; zależnem to jest od braku w pęcherzu naczyń limfatycznych.

Prof. KOSIŃSKI przytacza b. rzadki przypadek nowotworu pęcherza, który kol. MAYZEL określił jako *Sarcoma fusocellulare*; dotyczył on chorego przeszło 70-o letniego, który miewał bardzo obfite krwotoki. Przekonawszy się o znacznej wielkości guza, prof. KOSIŃSKI chciał zrobić tylko *boutonniere* THOMPSON'A, gdy jednak okazało się że cały pęcherz jest wypełniony, wyłyzczkował go, o ile się dało, doszczętnie. Chory poprawił się i przez 2 lata miał się dobrze; przed miesiącem wystąpiło ponowne krwawienie; tym razem jednak chory na powtórna operacyję zgodzić się nie chciał.

Co się tyczy cystoskopu, to prof. KOSIŃSKI uważa go dla chirurga prawie za zbędny. Na zasadzie danych pozytywnych i przez wyłączenie innych cierpień, można określić bez cystoskopu i miejsce i naturę guza. U kobiet pęcherz zdrowy można i tak dokładnie obejrzeć; w cho-

rym zaś pęcherzu, ten co nie umie obchodzić się z sondą, może cystoskopem szkodę przynieść; a kto sondą dobrze włada, ten się bez cystoskopu obejdzie, bo sondą wszystko dokładnie wyczuje. Przy guzach większych cystoskop może dać obraz fałszywy i doprowadzić niejednokrotnie do błędnych wniosków. Skrzep krwi np. może robić złudzenie włókniaka kosmatego. Z własnej praktyki przytacza prof. KOSIŃSKI przypadki, błędnie rozpoznawane zapomocą cystoskopu, w których do właściwego rozpoznania doszedł zapomocą zwykłych sposobów badania; zna również jeden przypadek, w którym przez wprowadzenie cystoskopu wywołano zapalenie pęcherza.

Objawów charakterystycznych dla nowotworu jest dużo: krwawienie długotrwałe, *fibrinuria* (uważana przez ULTMANN'A za objaw patognomiczny) strzępki w moczu; za najważniejszą uważa prof. KOSIŃSKI sondę, która i miejsce i wielkość nowotworu doskonale określi. Zbyteczności cystoskopu dowodzi nawet przypadek kol. STANKIEWICZA, który badał cystoskopem, gdy miał już podejrzenie, że jest w pęcherzu nowotwór, a badając nie dostrzegł 2-ch mniejszych guzków, znalezionych dopiero po operacji.

W odpowiedzi kol. STANKIEWICZ nadmienia, że co się tyczy naczyń limfatycznych, to najnowsze badania wykazują, że tworzą one w pęcherzu bardzo obfitą siatkę. Co do cystoskopu, to nie podziela zapatrywania prof. KOSIŃSKIEGO na rolę tego przyrządu przy badaniu nowotworów pęcherzowych. Tak jak przy każdym nowym sposobie badania, przy użyciu cystoskopu potrzeba wprawy i doświadczenia aby здаwać sobie sprawę z tego, co się widzi,— inaczey bowiem dochodzi się do fałszywych wniosków i błędów. Użycie cystoskopu tam, gdzie niema wyraźnych przeciwskazań z powodu zbytecznej drażliwości pęcherza, z zachowaniem należytych ostrożności, nie sprowadza żadnych przykrych następstw i równa się badaniu zwyczajnym grubym cewnikiem metalowym. Naturalnie niepotrzebnem byłoby użycie cystoskopu tam, gdzie inne symptomata, jak: brudny, mocno cuchnący, lub krwawy mocz, odpływ z nim zepsutych kawałków narośli, aż nadto wystarczają do wykrycia obecności i charakteru nowotworu. Dalej przeciwskazane jest użycie jego przy mocnej drażliwości pęcherza, gdzie najłagodniejsze nawet wprowadzenie instrumentu, wywołuje spazmy bóle i krwawienie w pęcherzu, jak to bywa w okresie mocno rozwiniętego kataru pęcherza, lub przy owrzodzeniach gruzliczych. W podobnych okolicznościach zgóry wykluczona jest cystoskopia, gdyż do jej wykonania potrzeba napełnić pęcherz przynajmniej 15⁰ gram. płynu przezroczystego, a w tych warunkach pęcherz daleko mniejszej ilości płynu nie znieśie; tutaj użycie cystoskopu byłoby wprost szkodliwe.

Ale cystoskop jest niezbędnym w niektórych wypadkach—i tylko przy jego użyciu można rozstrzygnąć wątpliwości dyjagnostyki dyferencyjonalnej; i tak ALBARRAN opisuje przypadek, gdzie chory miał krwawy mocz a jednocześnie ból w lewej nerce, która była znacznie powiększona. Rozpoznano cierpienie nerki i postanowiono ją wyłuszczyć. Dopiero za-

pomocą cystoskopu przekonano się, że źródłem choroby jest nowotwór pęcherza, który naciskając na otwór moczowodu, wywołał rozszerzenie moczowodu i *hydronephrosis*.

Ten sam autor opisuje przypadek, gdzie przy długotrwałem krwawieniu z moczem, wzięto skrzep krwi za narośl szypułkowatą; dopiero przy powtórnem badaniu zapomocą cystoskopu z irygacją skrzep oderwał się od ściany i wykryto źródło krwawienia. Wreszcie u pewnego chorego znaleziono prawą nerkę powiększoną, niebolesną; a uryna ciągle zawierała krew. Dyagnozowano gruźlicę nerki prawej i zamierzono ją wyłuszczyć. Przedtem jednak zbadano pęcherz cystoskopem i przekonano się nie tylko o odpływie krwi z ropą z moczowodu prawego, ale nadto wykryto cierpienie nerki lewej, gdyż moczu wypływający z odpowiedniego moczowodu był mętny od ropy; wskutek tego odstąpiono od zamiaru operacji.

Takich wypadków, gdzie tylko cystoskop decyduje o naturze lub siedlisku choroby w pęcherzu lub nerkach, znajdujemy w najnowszych dziełach bardzo liczne cytaty i dla tego w dyjagnozystyce różniczkowej chorób organów moczowych i cystoskop jest niezbędny, podobnie jak oftalmoskop lub laryngoskop w chorobach oczu i krtani. Co do swego wypadku STANKIEWICZ pomimo małej wprawy w badaniu cystoskopem narośl główną wykrył; dwóch innych zaś niepodobna było wyśledzić, gdyż chory, (jak to w opisie obserwacji wspomniano) dłużej nad jedną minutę nie mógł znosić narzędzia w pęcherzu. (Autoreferat).

Prof. KOSIŃSKI nie odmawia bynajmniej znaczenia cystoskopowi; twierdzi jednak, że nawet w przypadkach cytowanych przez kol. STANKIEWICZA można rozpoznanie inną drogą postawić; należy przedewszystkiem uwzględnić objawy kliniczne i potwierdzać je zapomocą cystoskopu; zbyt wiele jednak na tym przyrządzie polegać nie można.

Kol. KRYSIŃSKI jest zdania, że cystoskop mógłby oddać usługi przy gruźlicy nerki, gdy chodzi o jej wycięcie i określenie, czy druga nerka jest zdrowa; gdyby można w takich przypadkach, widząc moczu wypływający z moczowodu określić, czy tak jest czy inaczej, byłoby to bardzo pożądane, i tu jednak cystoskop dał już liczne omyłki.

Kol. STANKIEWICZ twierdzi, że wątpliwości tego rodzaju rozstrzygał już cystoskop niejednokrotnie; dzięki temu zwłaszcza, że ułatwia kateteryzację moczowodów.

Kol. SZTEYNER przyznaje, że najważniejszym jest badanie kliniczne; są jednak przypadki, w których dotychczasowe sposoby badania nie wystarczają do dokładnego rozpoznania siedliska krwawienia lub nowotworu. Spostrzegany przezeń przypadek jest tego dowodem: U chorego z objawami nowotworu pęcherza, mikroskopowe badanie strzępków odchodzących z moczem, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało istnienie włókniaka brodawkowego. Kateterem nie się w pęcherzu nie wyczuwało i krwawienia przy kateteryzacji nie było. Po kilku tygodniach wystąpiło nagle zatrzymanie moczu w nerkach, trwające około 10 godzin. Wówczas rozpoznanie zawahało się między no-

wotworem nerki i pęcherza moczowego; a powtórne badanie chorego cewnikiem nie rozstrzygnęło sprawy. Prócz tego chory ten miał lewą nerkę ruchomą, lecz nie powiększoną.

Kol. MAYZEL przedstawił kawałek złośliwego nowotworu pęcherza (*carcinoma*) długości 3½ ctm., grubości 1 — 1½ ctm., który wydalili się samodzielnie u chorego 40-o-letniego, od dłuższego czasu cierpiącego na niezbyt pęcherza. Z powodu alkalicznego odczynu rozłożonego moczu drobne cząstki, które zapewne oddzielały się dawniej już zmienione i rozmacerowane, nie dały się rozpoznać jako cząstki neoplazmatu, dopóki większy kawałek się nie oddzielił. Nowotwór wydany, przedstawiał się gładkim na powierzchni, bez kosmkowatości—i okazał się rakiem miękim, o komórkach dużych typu nabłonkowego, w znacznym stopniu zdegenerowanych, pośród szczupłego podścieliska. Chory zmarł bez operacji.

W przypadku przytoczonym przez kol. STANKIEWICZA rozpoznanie wydalonej cząstki *Fibroma papillare*, całkiem niezmienionej, nie przedstawiało żadnych trudności, gdyż nie było niezżytu pęcherza, i mocz przedstawiał odczyn kwaśny.

W przypadku *sarcoma vesicae urinariae*, podanym przez prof. KOSIŃSKIEGO rozpoznanie mogło być dokonane na mocy znalezienia bardzo licznych komórek wrzecionowatych, wydłużonych, nienabłonkowego typu, które całemi pasmami oddzielały się przy katetyryzacji pęcherza.

W jednym przypadku uporczywego krwawomoczu z wyraźnym powiększeniem prawej nerki, bez żadnych klinicznych objawów ze strony pęcherza, w osadzie moczu znajdowały się niezwykle liczne komórki cylindryczne szczupłe, oddzielne i w grupach, które obudziły podejrzenie neoplazmatu nerki, jakkolwiek cząstki morfologicznej nie udało się znaleźć (Autoreferat).

Se k r e t a r z S t a ł y nadmienia, że nawet cała grupa komórek wrzecionowatych bez tkanki międzykomórkowej nie może stanowić dowodu istnienia nowotworu.

Co do częstości, to najczęściej spotyka się nie raki, lecz włókniaki, które mogą przeistaczać się w raka. Co zaś do przerzutów, to jakkolwiek nie można się zgodzić z kol. PERKOWSKIM, utrzymującym, że naczyń limfatycznych w pęcherzu niema, nie ulega jednak wątpliwości, że nowotwory pęcherza bywają bardzo długo umiejscowione.

PREZES zaznacza, że kawałki nowotworu, odchodzące przez cewkę, są przeważnie bardzo małe, bywają jednak niekiedy większe; sam otrzymał raz do zbadania kawałek wielkości orzecha włoskiego. Mikroskopowe rozpoznanie nowotworu jest łatwe; z badania jedynie moczu rozpoznał raz sarkomat. Co się tyczy częstości, to w ciągu przeszło 20 lat były na seceyi 3 razy mięsaki pęcherza; 2 w postaci guzów, 3-ci wyglądał napozór jak *Fibroma papillare*. Włókniak może przeistaczać się w raka, który wówczas rozwija się przy podstawie pierwotnego nowotworu. Mamy tego bezpośrednie dowody np. w obserwacji ORTH'a, gdzie w jednym miejscu pęcherza były tylko czyste włókniaki kosmko-

wate, a w inuem takiż większy włókniak kosmkowaty i przy jego podstawie rak. Do rozwiązania pytania, jak prędko następuje podobne skomplikowanie włókniaków kosmkowatych i jaki stosunek ich do raka—nadaje się wybornie przypadek kol. STANKIEWICZA, i dlatego też radziłby go dalej w tym kierunku obserwować starannie.

Kol. SZTEYNER, zapytuje, czy są nowotwory nerki, dające przy badaniu strzępków, z moczem odchodzących, obraz mikroskopowy taki, jaki bywa przy *fibroma papillare* pęcherza, i jak często u nas na sekcjach spotyka się włókniaki pęcherza.

PREZES odpowiada, że w miedniczkach nerkowych i moczowodach nowotworów takich nie widział nigdy; w samej nerce są, ale z moczem cząstki ich nie odchodzą.

Co się tyczy częstości, to włókniaki kosmkowate pęcherza bywają u nas raz na rok, raz na 2 lata t. j. mniej więcej jeden przypadek na 500—1000 wszystkich chorych szpitalnych.

V. Sekretarz Stały zawiadamia, że zamierzając wyjechać na trzy tygodnie, prosił kol. GEPNERA o zastępstwo.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański

Grupa I.

Fig. 6.

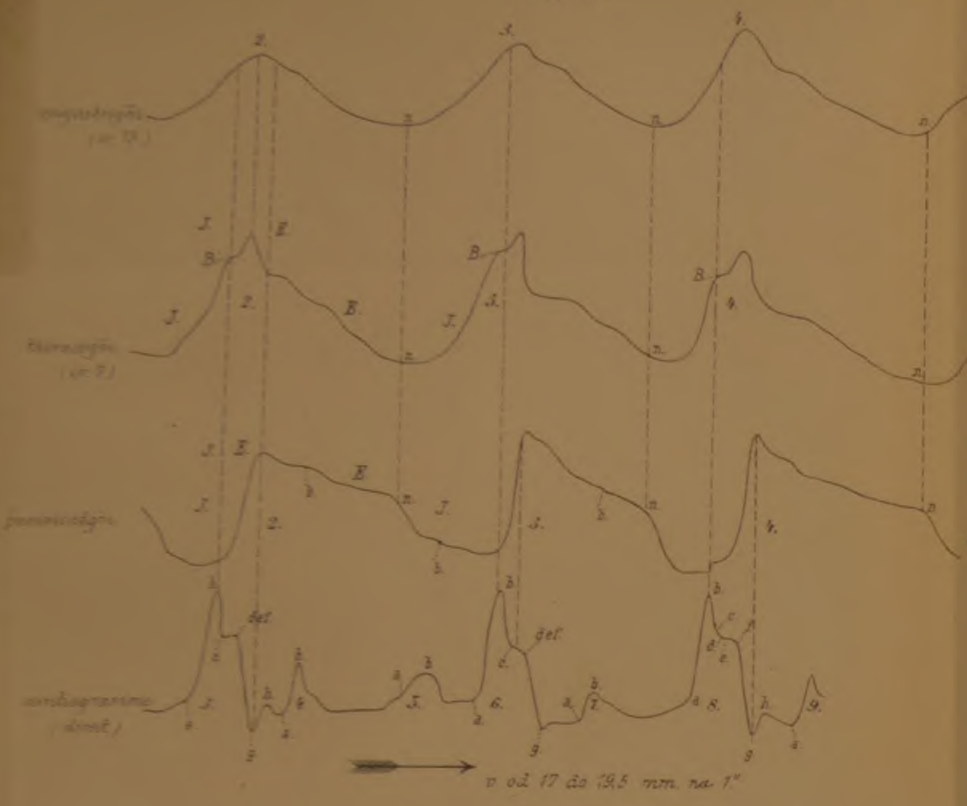
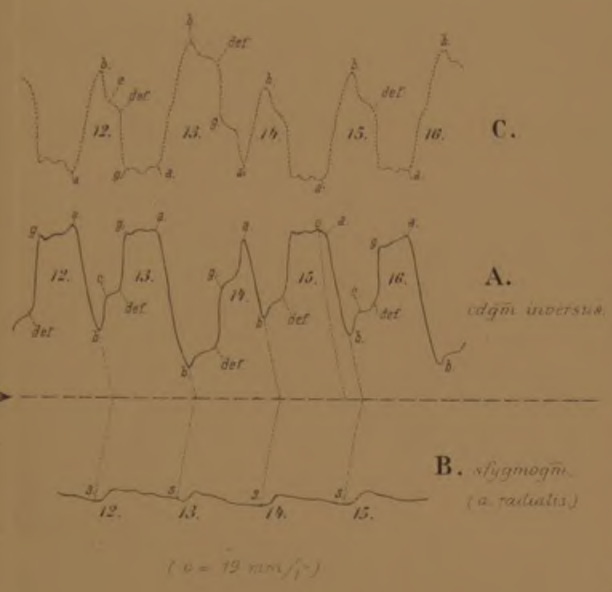


Fig. 1.



Gr. II.

Fig. 19.

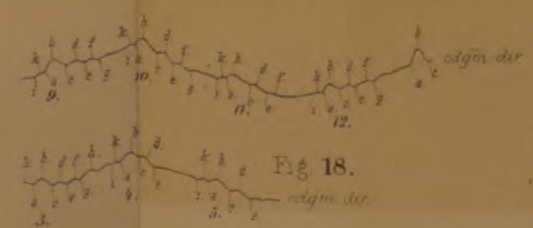


Fig. 20.

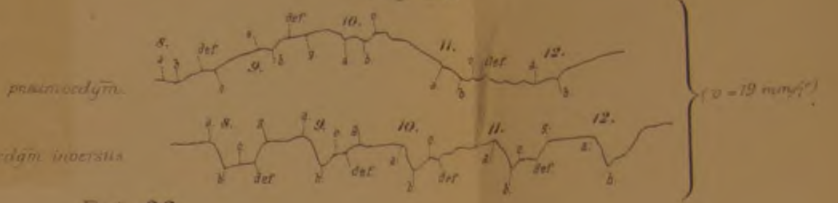
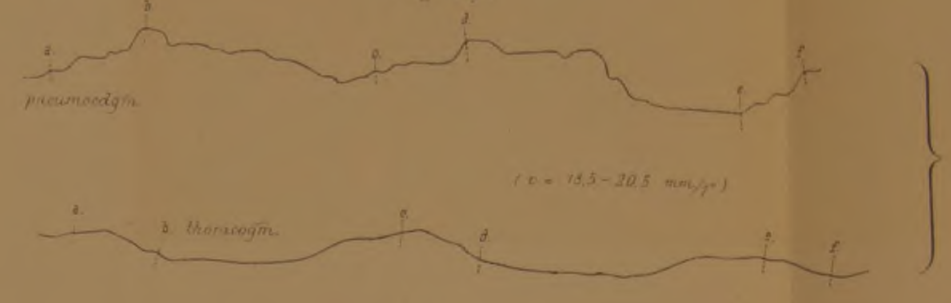


Fig. 22.



Gr. V.

Fig. 44.

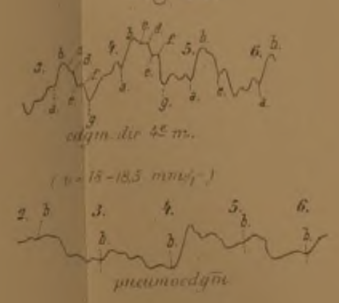
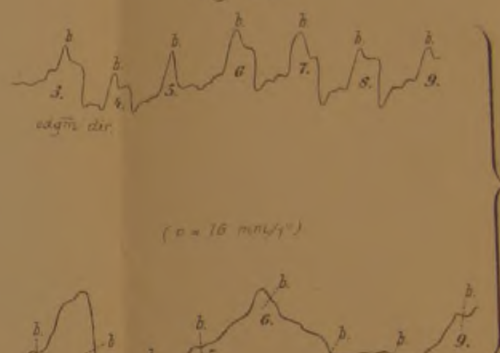


Fig. 42.

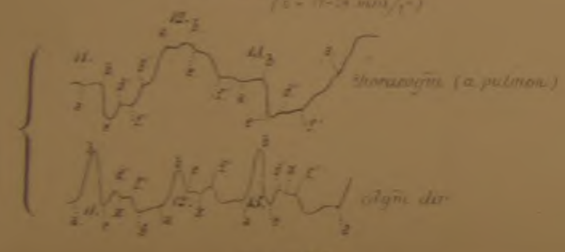


Fig. 46.



Gr. III.

Fig. 23.



Gr. IV.

Fig. 34.

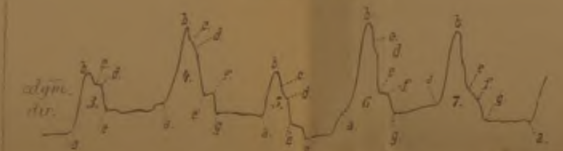


Fig. 35.

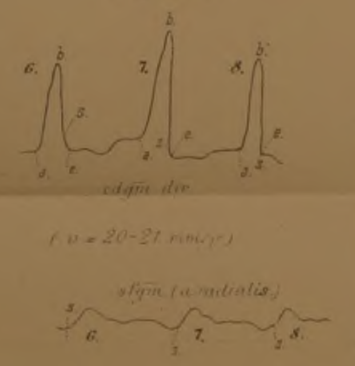


Fig. 29.

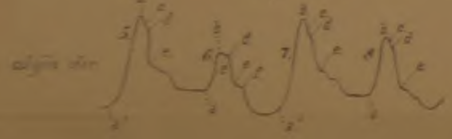


Fig. 26.

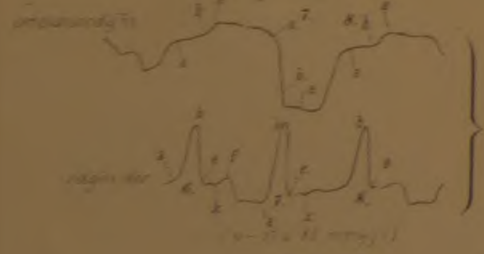


Fig. 27.

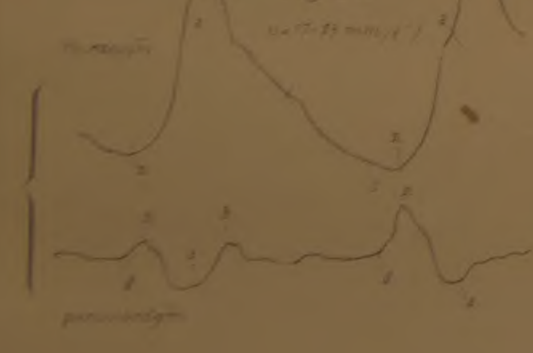


Fig. 39.

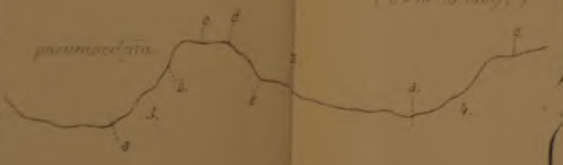


Fig. 38.

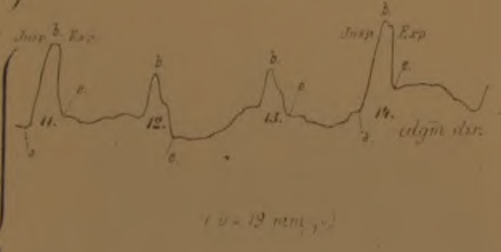


Fig. 40.

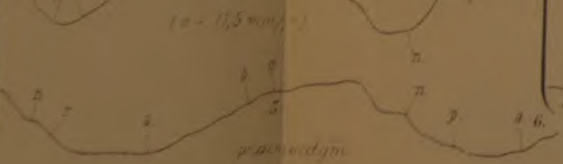


Fig. 54.

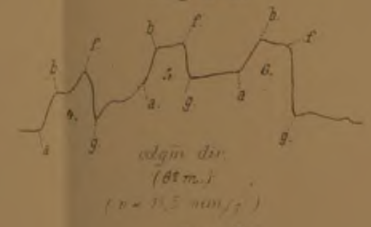
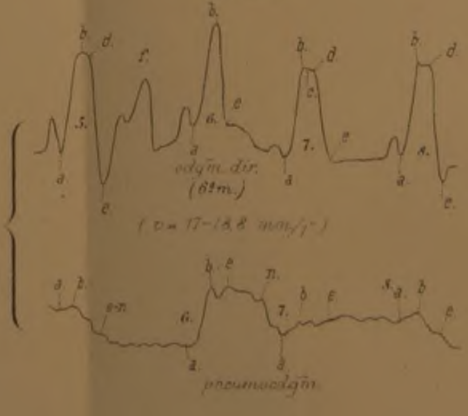


Fig. 57.



Gr. VI.

Fig. 55.

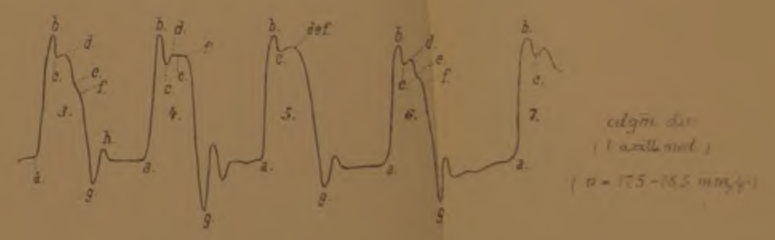
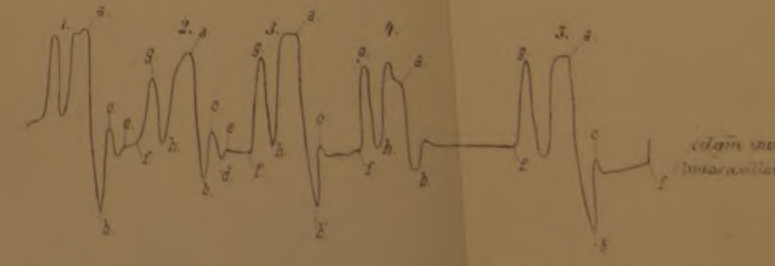


Fig. 52.



Grupa I.

Fig. 6.

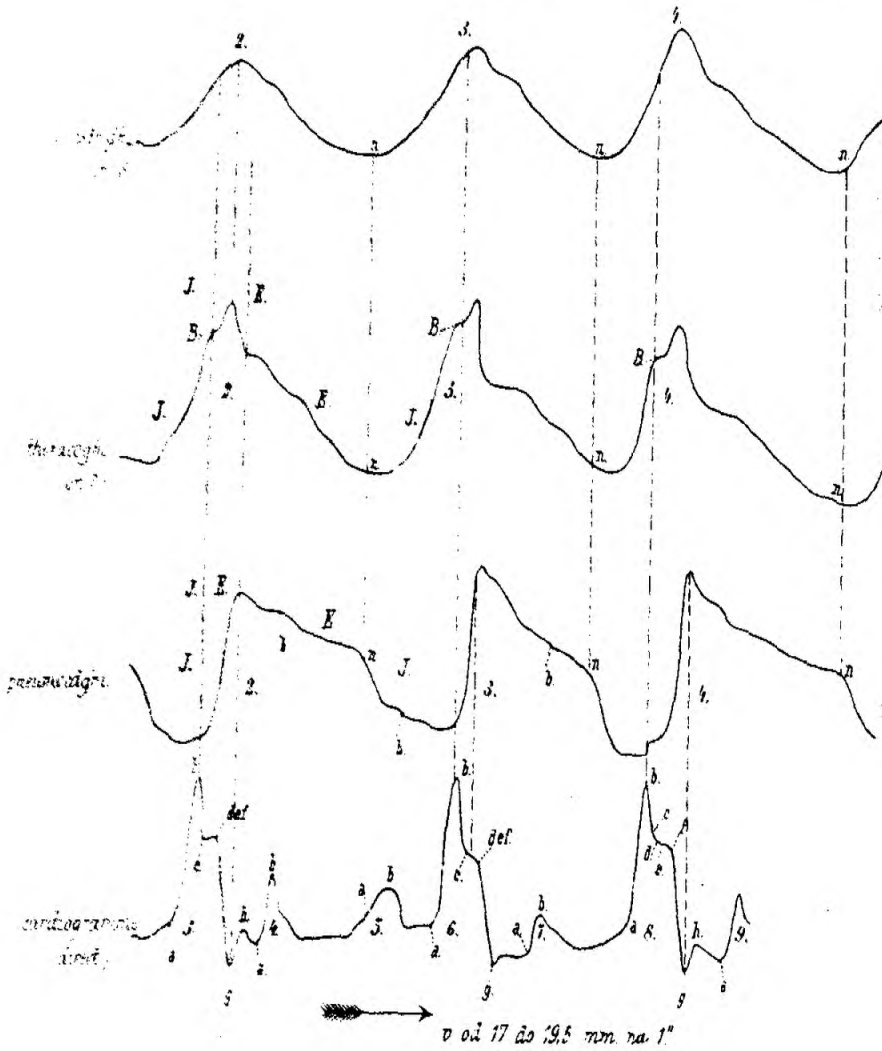
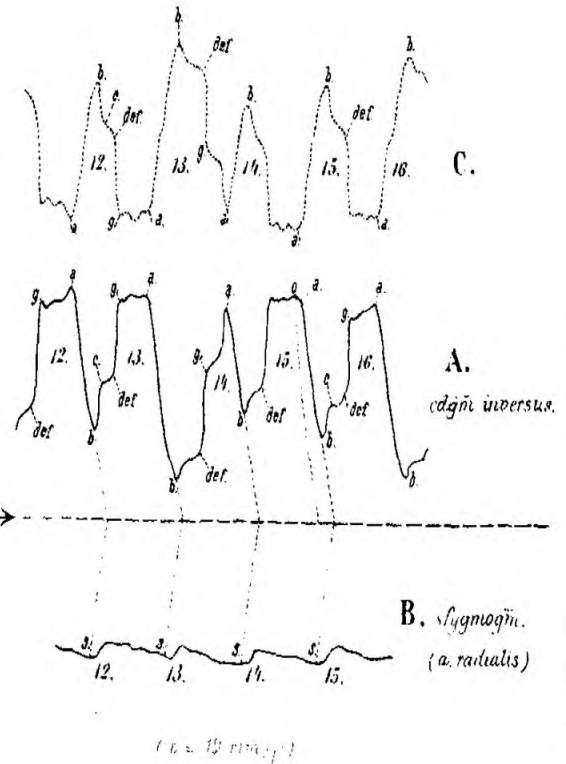
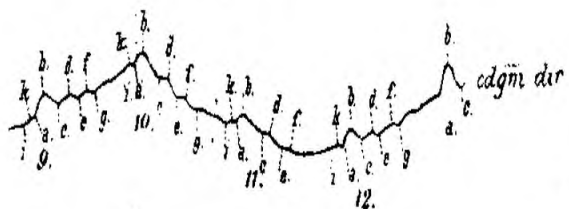


Fig 1.



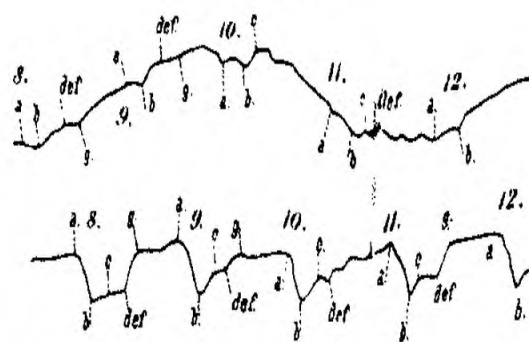
Gr. II.

Fig. 19.



pneumodgm.

Fig. 20.



(v = 19 mm/1^o)

Fig. 18.

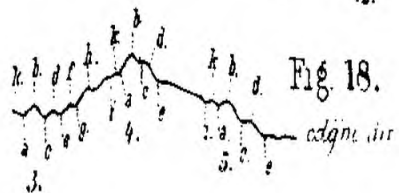
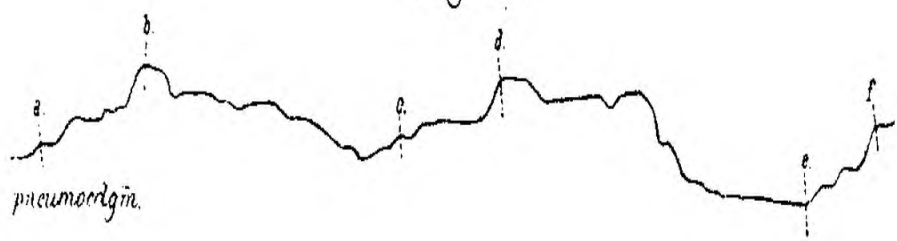
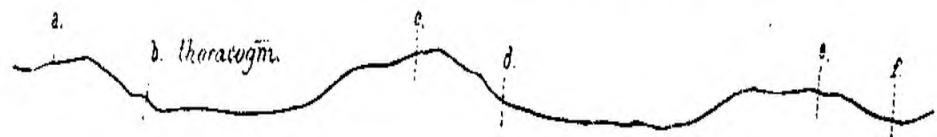


Fig. 22.



(v = 18,5 - 20,5 mm/1^o)



Gr. III.

Fig. 23.

(12 - 15 mm, 1/2")



Fig. 29.

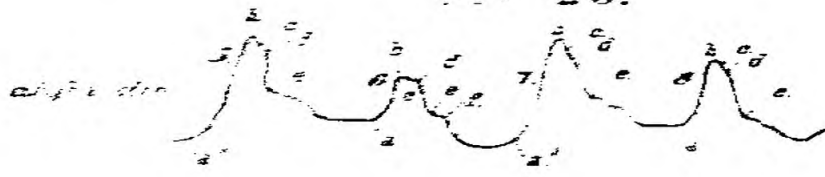


Fig. 26.

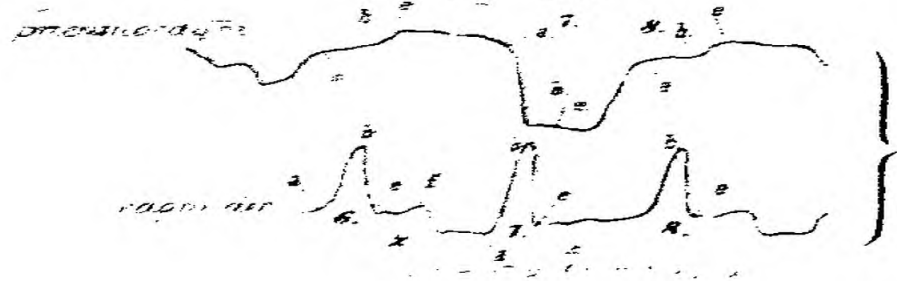
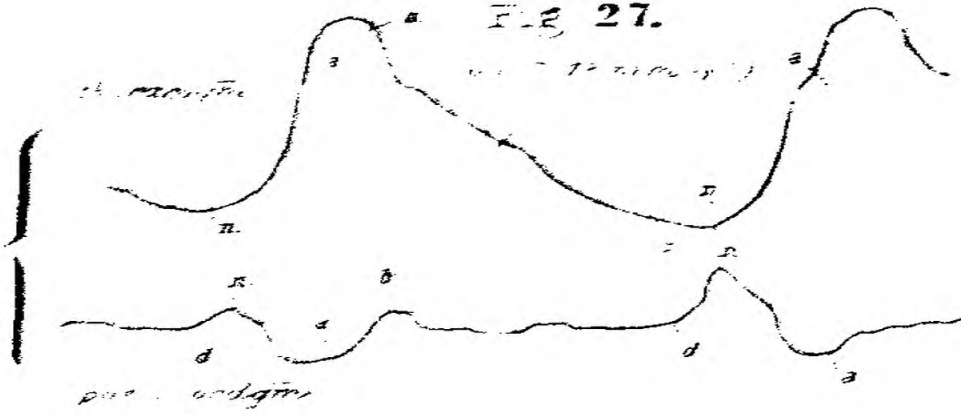


Fig. 27.

(12 - 15 mm, 1/2")



Gr. IV.

Fig. 34.

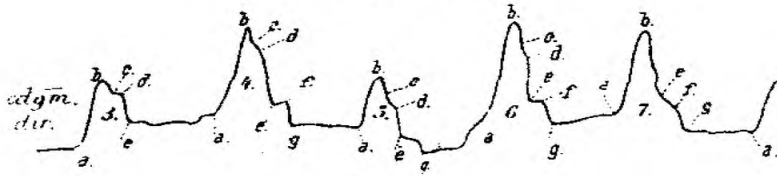


Fig. 35.

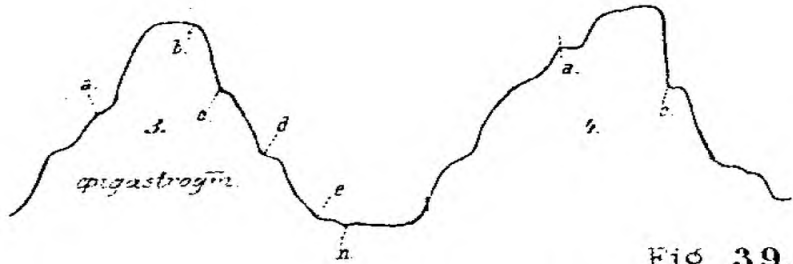
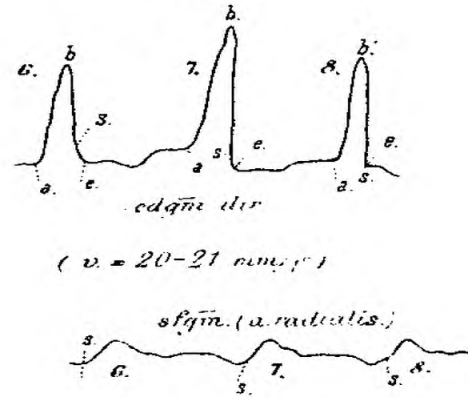


Fig. 39.

(v. = 18-19 mm, s)

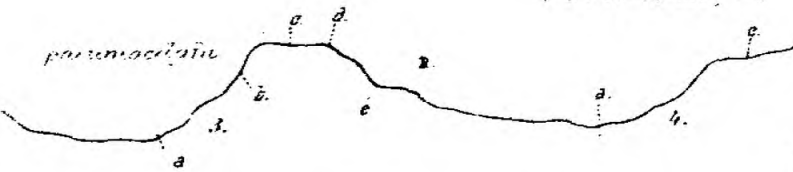


Fig. 40.

(v. = 17,5 mm, s)

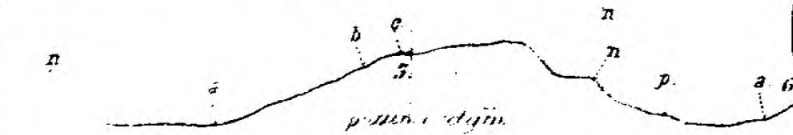
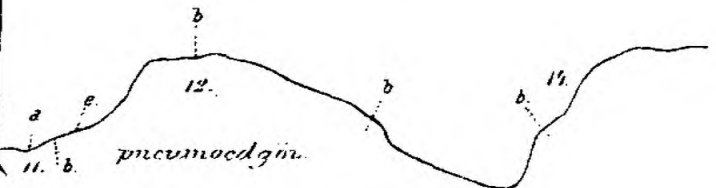
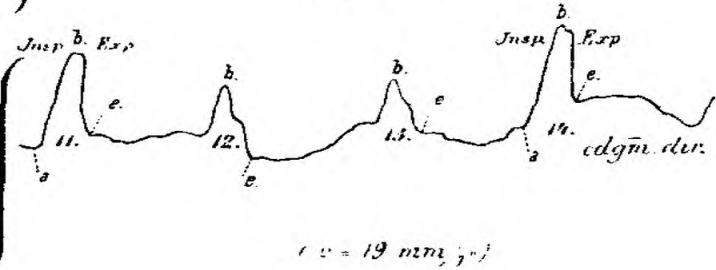
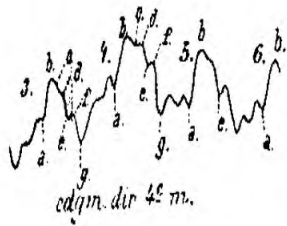


Fig. 38.



Gr. V.

Fig. 44.



(v = 18-18,5 mm/1")

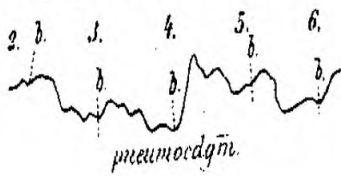


Fig. 42.

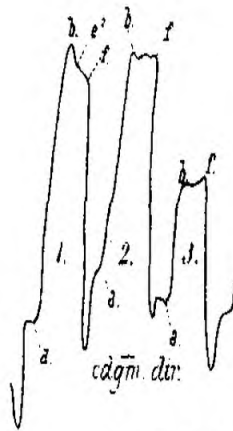
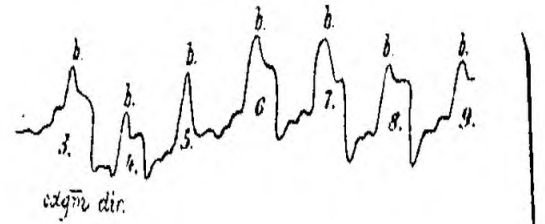


Fig. 46.



(v = 16 mm/1")

Fig. 47.

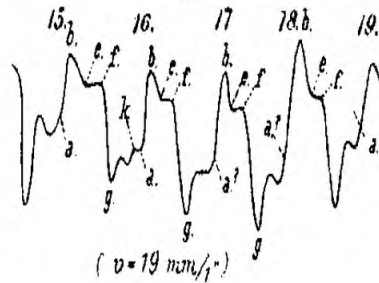
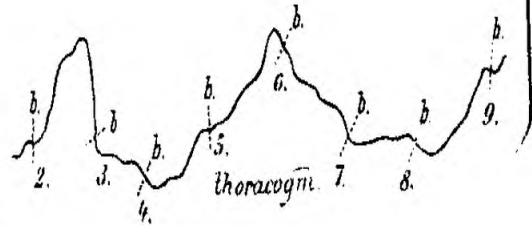
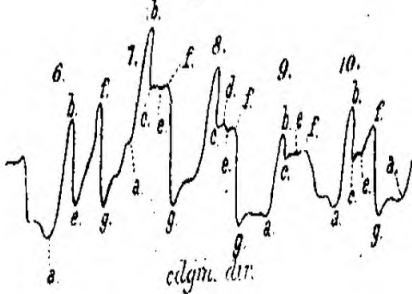
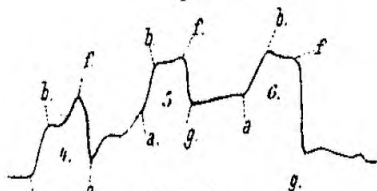


Fig. 41.



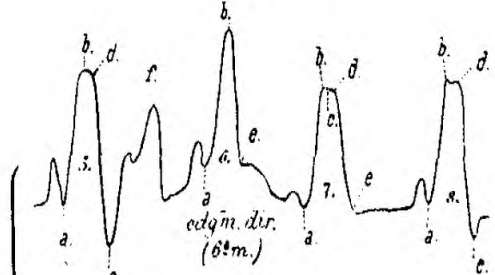
Gr. VI.

Fig 54.

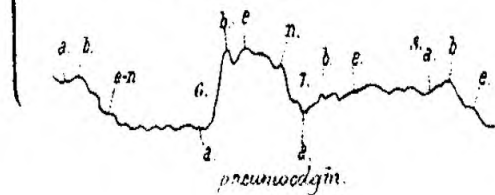


cdqm dir.
(85 m.)
($v = 1.5 \text{ cm/s}$)

Fig 57.

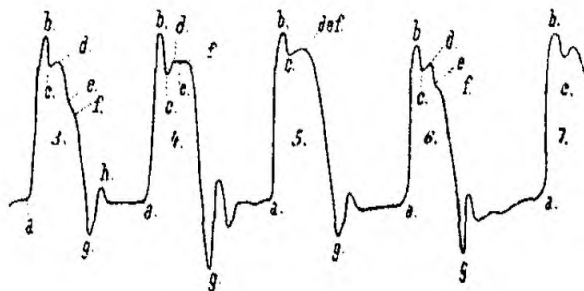


cdqm dir.
(6 m.)
($v = 17-18.8 \text{ m/s}$)



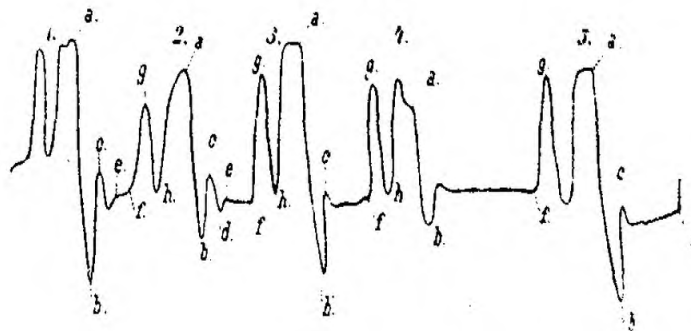
przewodqm.

Fig 55.



cdqm dir.
(1 axill. med.)
($v = 25-28.5 \text{ m/s}$)

Fig 52.



cdqm dir.
(miaz. am. ser.)

Lit W Słowińskiego w Warszawie

Gr. VII.

Fig. 59.

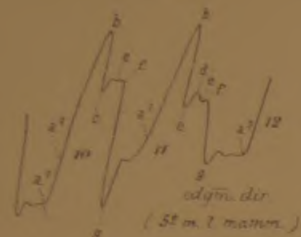
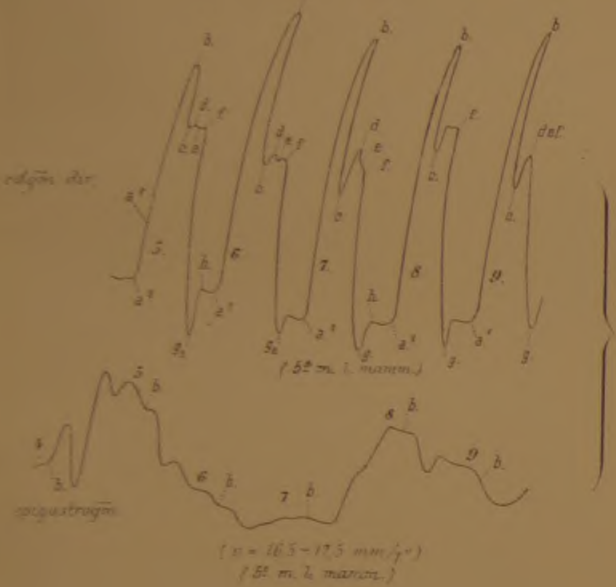


Fig. 63.



Gr. VIII.

Fig. 64. (szkie powiększony)

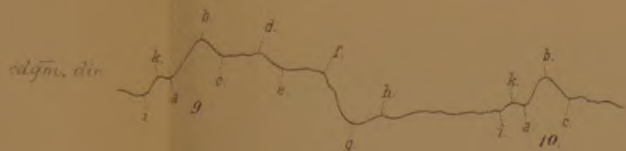


Fig. 67. (1)

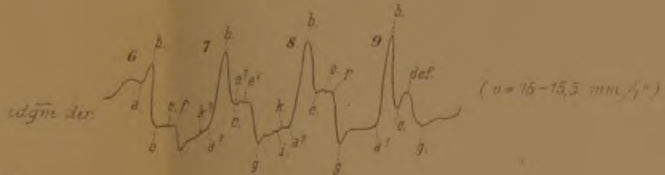
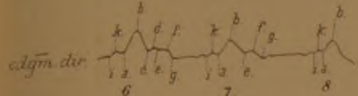


Fig. 66.



Gr. IX.

Fig. 70.

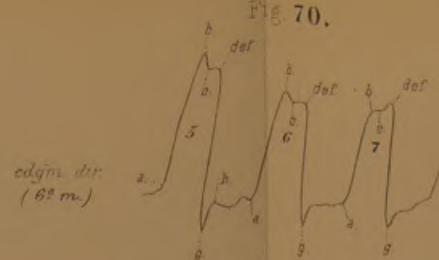


Fig. 73.

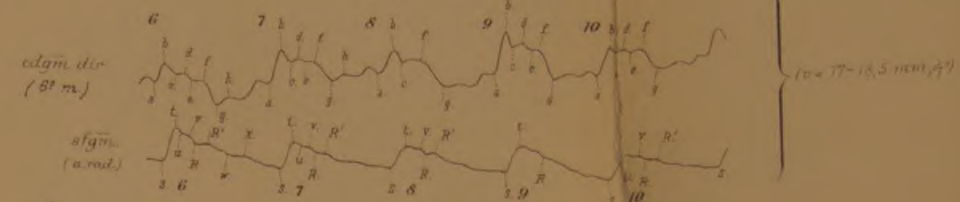


Fig. 75.

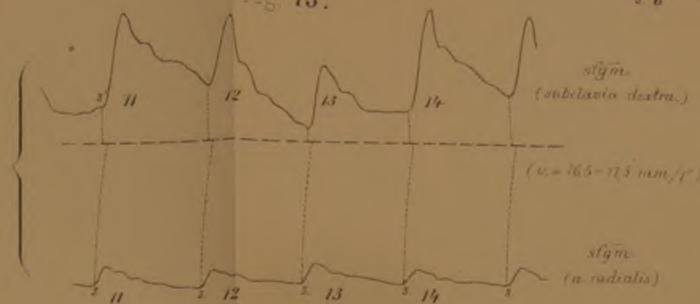


Fig. 77.

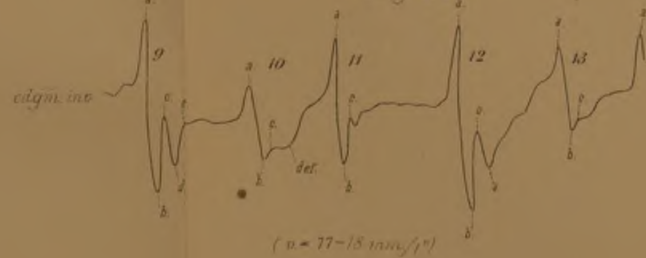
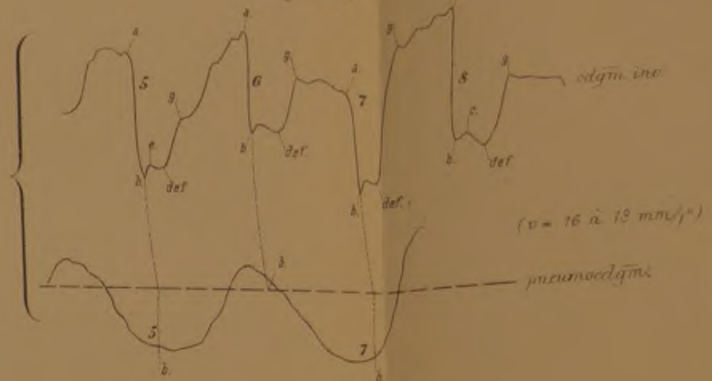


Fig. 79.



Gr. X.

Fig. 81.

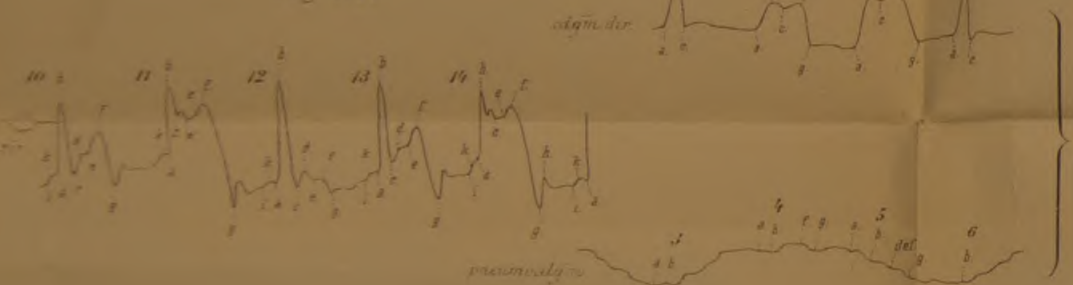


Fig. 82.

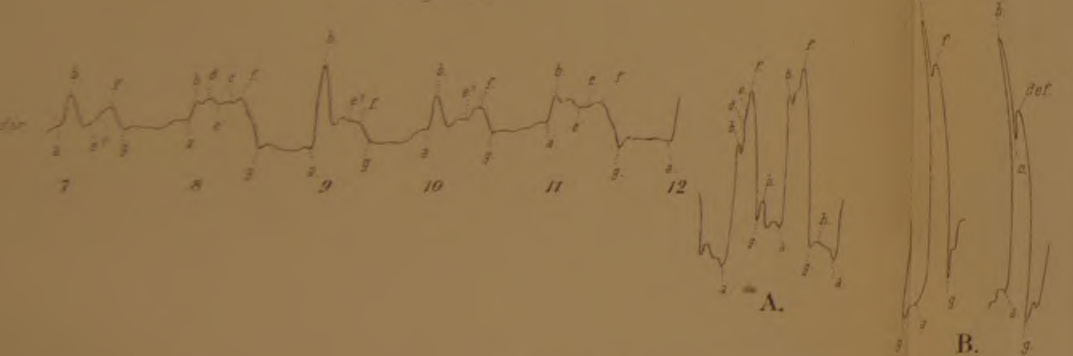


Fig. 83.

(fig Landois a.)



Gr. XI.

Fig. 96.

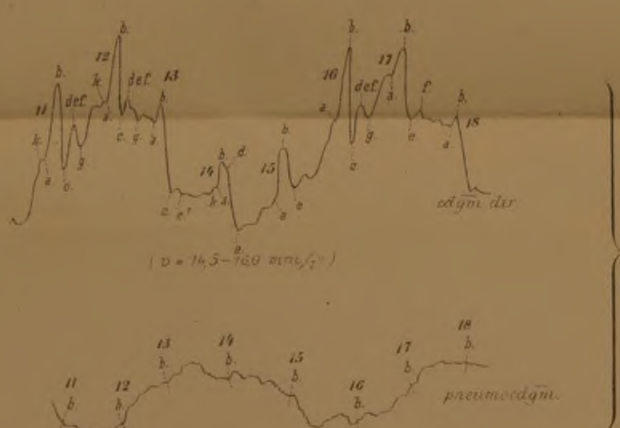


Fig. 88.

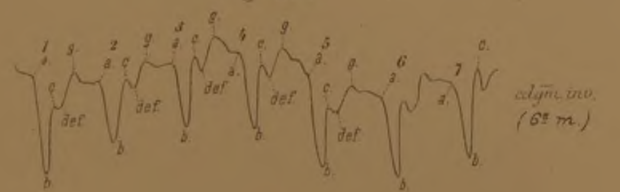
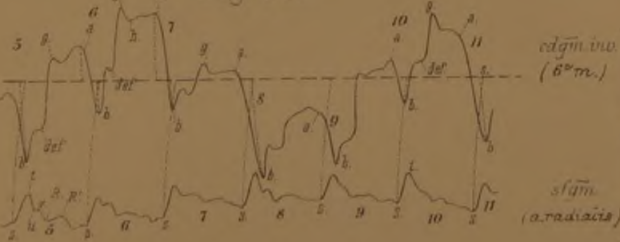


Fig. 93.



Gr. XII.

Fig. 99.

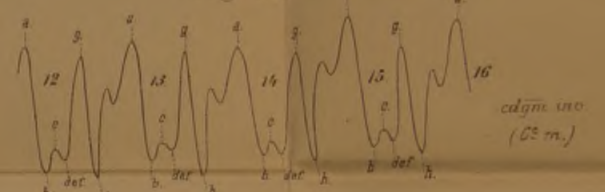


Fig. 106.

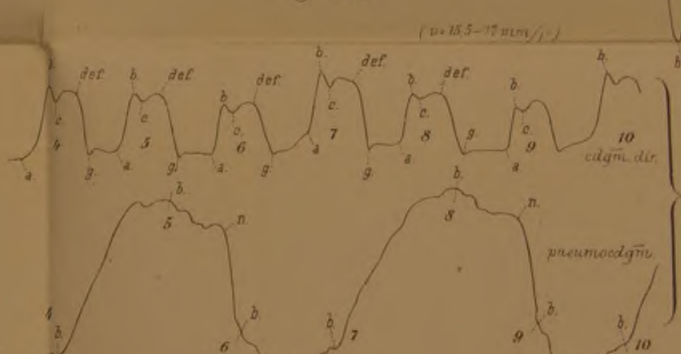


Fig. 107.

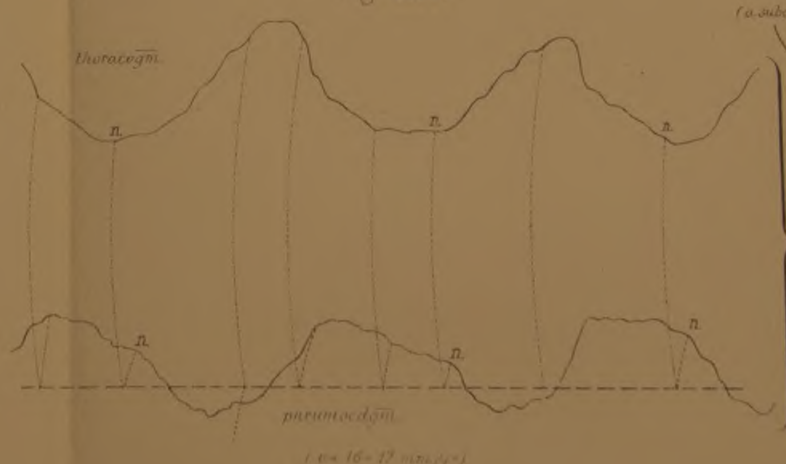
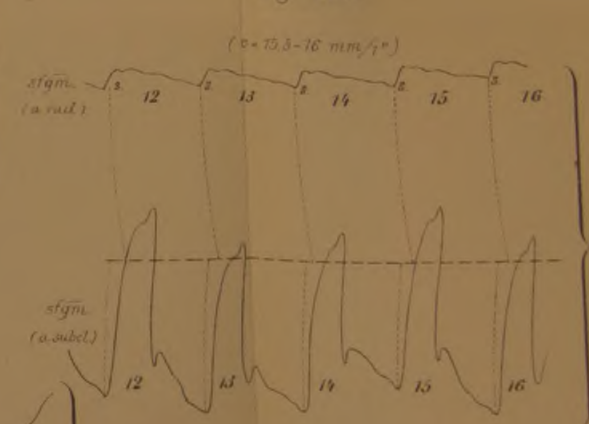


Fig. 103.

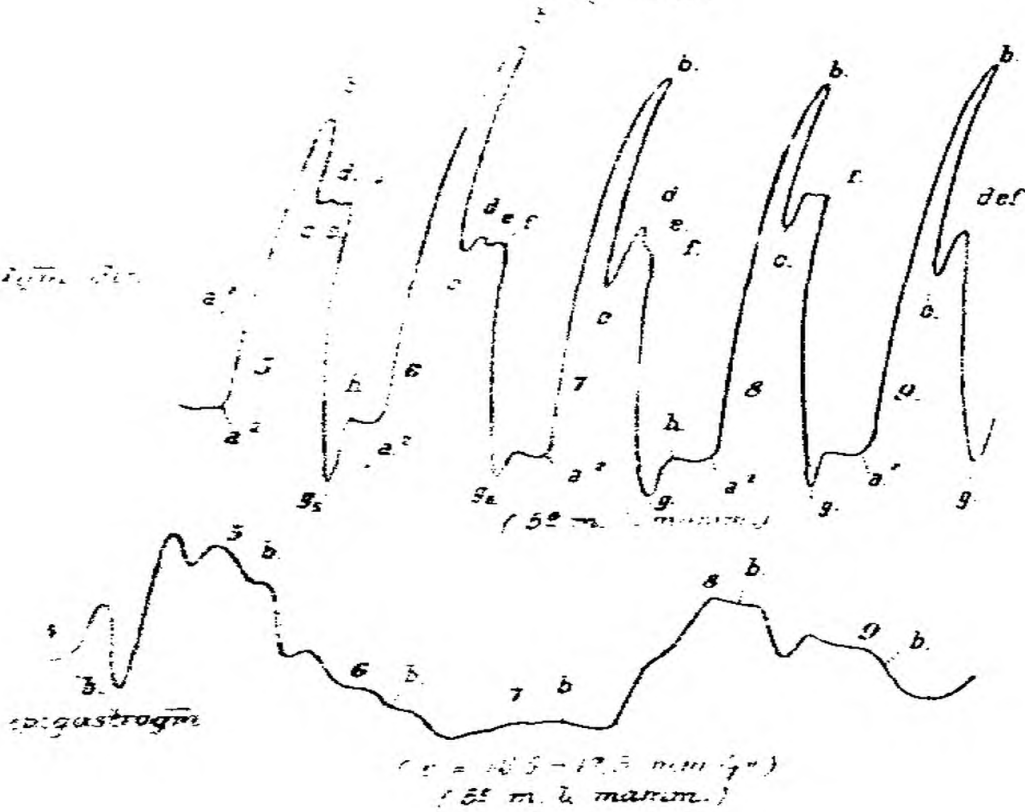


Gr. VII.

Fig. 59.



Fig. 63.



Gr. VIII.

Fig. 64. (szkic powiększony.)

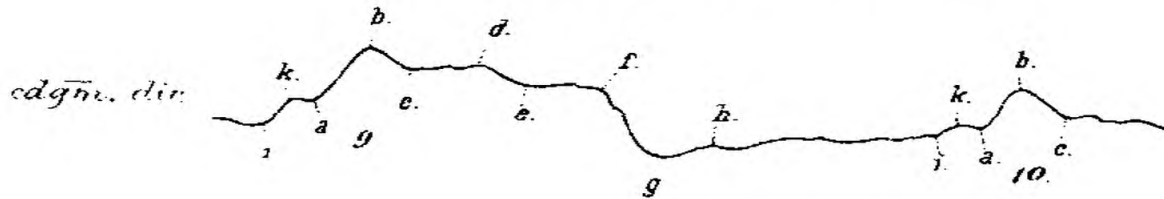


Fig 67. (1)

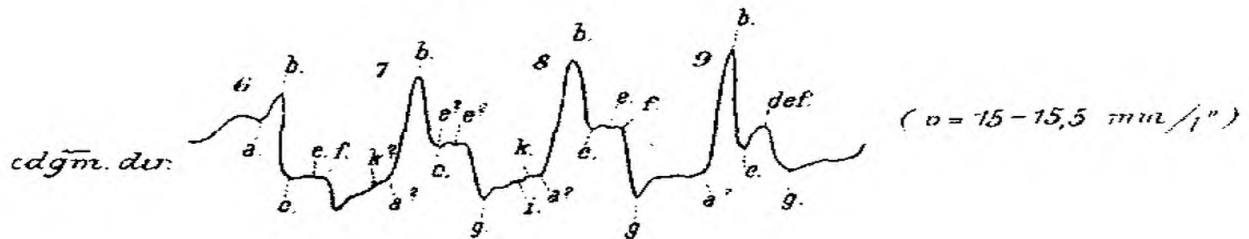
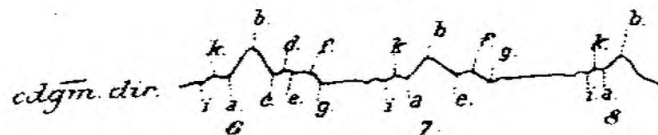
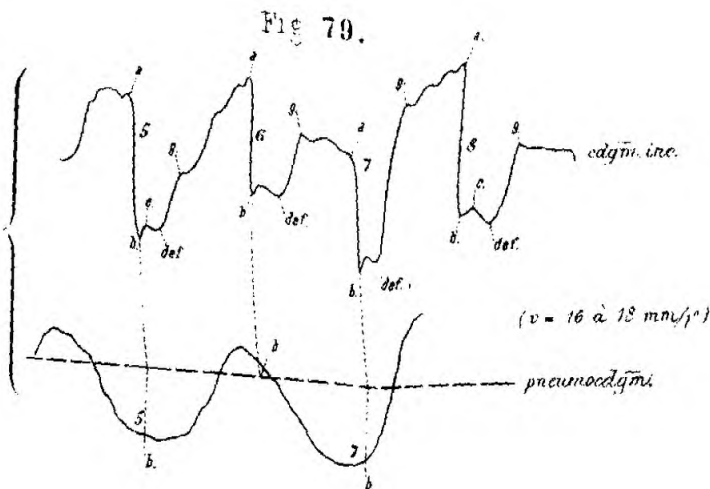
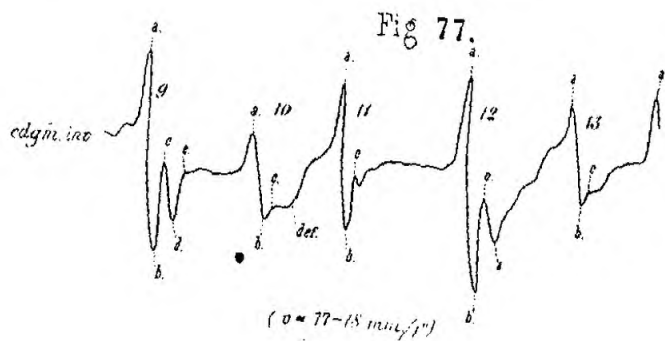
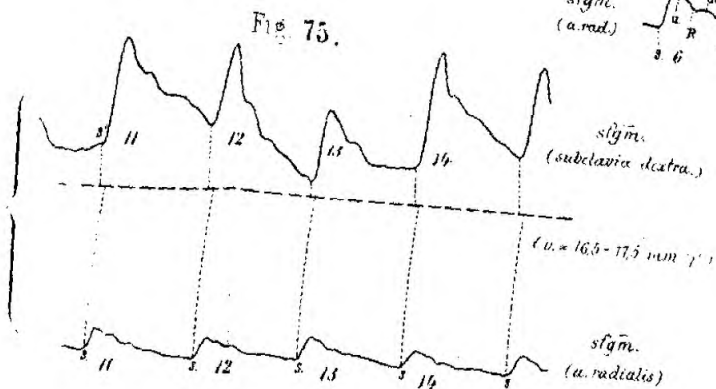
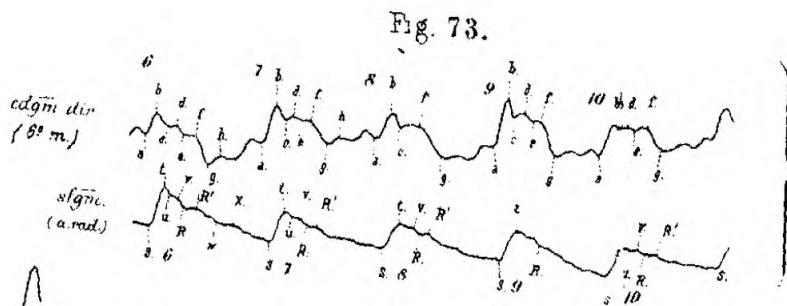
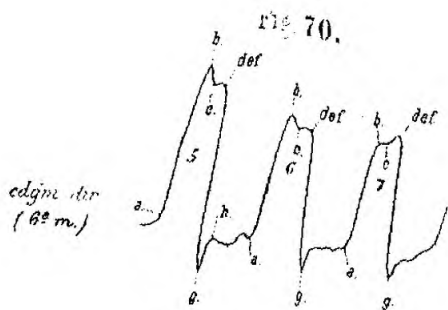


Fig. 66.



Gr. IX.



Gr. X.

Fig. 86.

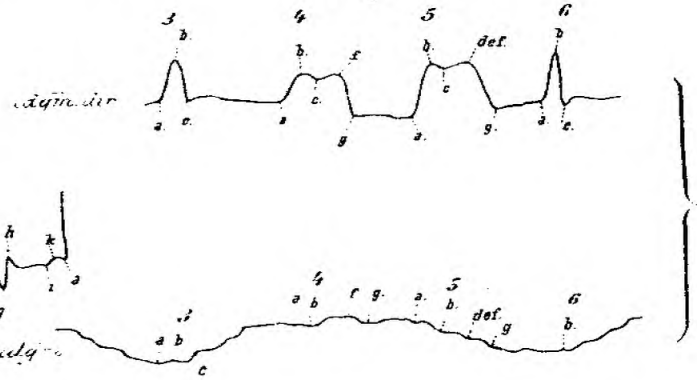


Fig. 81.

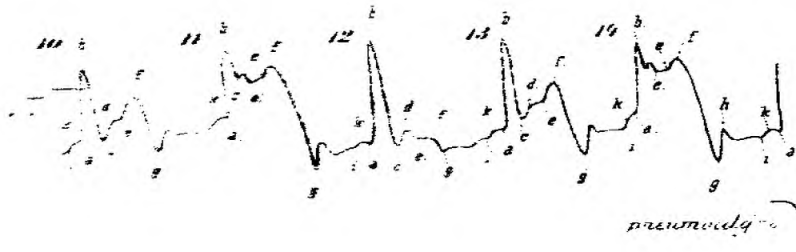


Fig. 82.

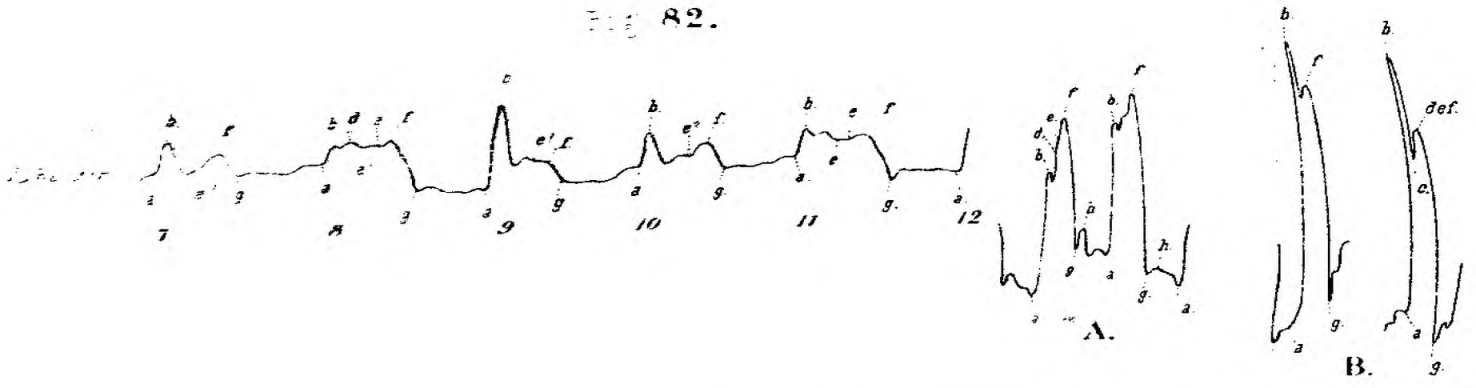


Fig. 83.



(fig Landois'a.)

Gr. XI.

Fig. 96.

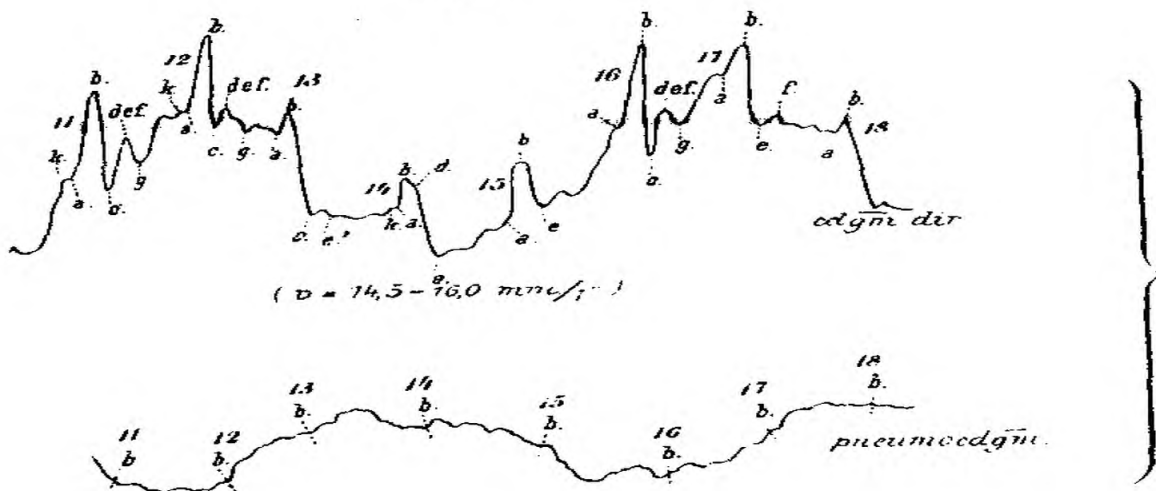


Fig 88.

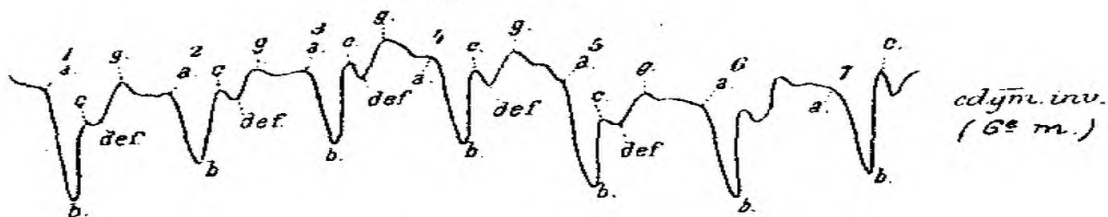
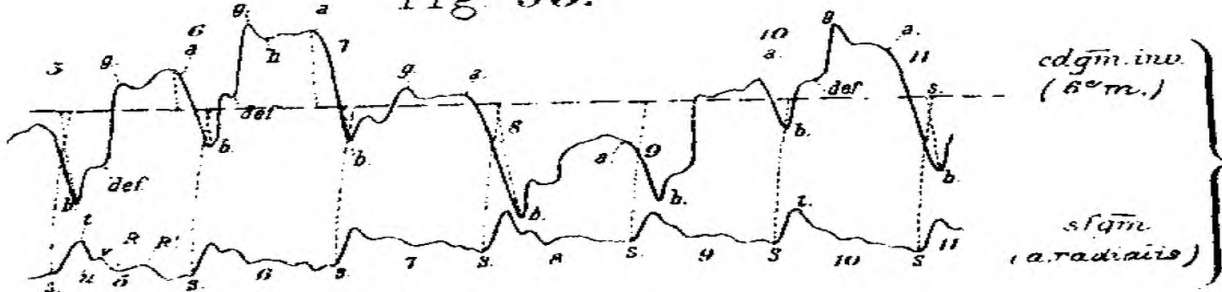


Fig 93.



Gr. XII.

Fig 106.

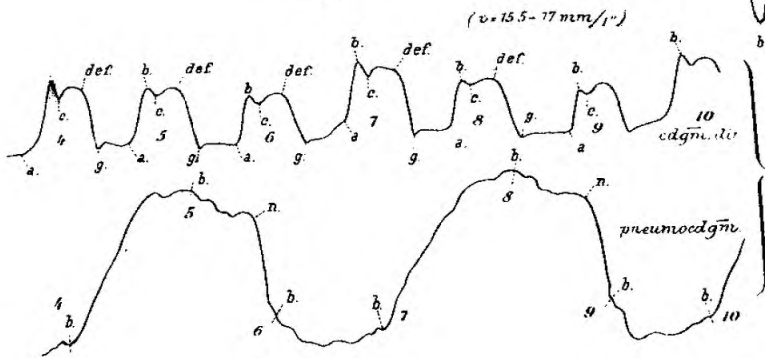


Fig. 107.

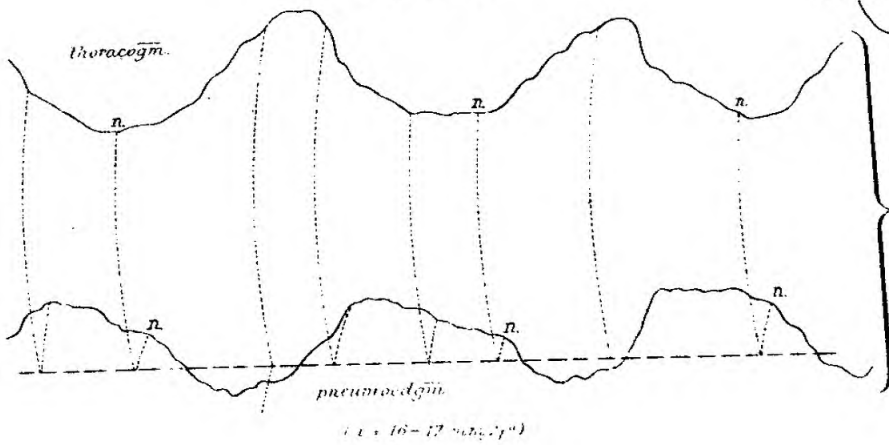


Fig 99.

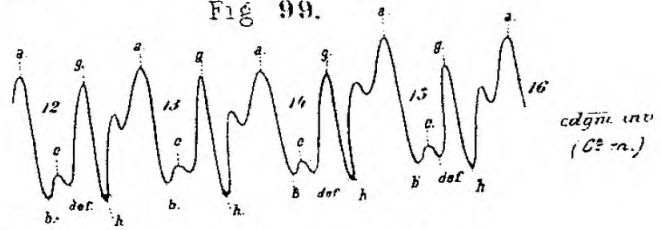
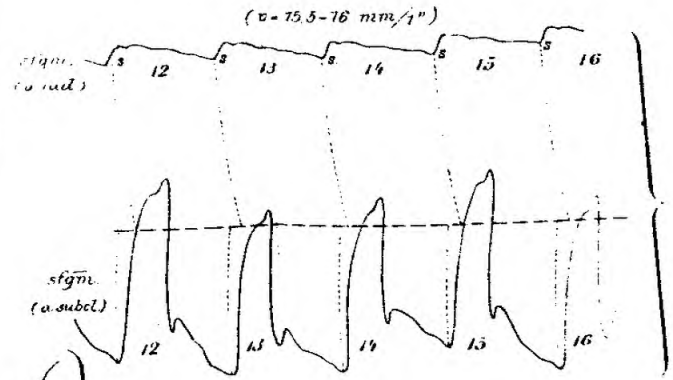


Fig. 103.



Lic. W. Słowczewski w Warszawie

OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych imienia d-ra Adama HELBICHA, a mianowicie:

1) O ile stosowanie kąpeli i wód siarczanych podczas specyficznego leczenia rżącią syfilisu jest uzasadnionem.

2) Wpływ mleka i jego przetworów na kwaśność uryny (z oznaczeniem ilościowym mocznika, kwasu moczowego i soli).

3) Czy i o ile słusznem jest twierdzenie nowszych badaczy włoskich (Lucatello, Griffini, Maragliano), że krew chorych na zapalenie płuc włóknikowe nie zawiera drobnoustrojów chorobotwórczych, chociaż te ostatnie znajdują się w obfitości w wysiękach przy tej chorobie.

4) Przy pomocy badania własności chemicznych i fizyologicznych soku żołądkowego określić, czy i o ile faradyzacja brzucha, działając na ruchową czynność żołądka, wpływa zarazem na jego chemizm.

5) Zbadać doświadczalnie na zwierzętach działanie środka Koeha pod względem immunizacji i leczniczego znaczenia.

6) Zbadać na podstawie anatomicznej i klinicznej kwestyję tak zwanej enteroptozy Glenard'a.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzechletni, to jest od dnia 1 Kwietnia 1891 r., do dnia 31-go Marca 1894 r. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów, wyznacza się nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwiecznionych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rs. 240, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1897, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich, lub pomoeniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go Kwietnia 1893 r. do 31-go Grudnia 1896 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1893, 1894, 1895, 1896 i w ciągu Stycznia 1897 r., na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy, każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/4 zawakuje sześć stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzecone stypendyja, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, D-r Brodowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/4 wakować będzie stypendyjum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego GOŁĘBIEWSKIEGO, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyjum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzecone stypendyjum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, D-r Brodowski.

Komitet Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych

ogłasza, że z zapisu D-ra Jana BĄCKWICZA udzielone być mają w dniu 24-tym Czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamężnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych—po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacyje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7]; na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernijalnych [w gubernijach Królestwa Polskiego].

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia
D-r J. Rogowicz.

Komitet Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych

ogłasza, że z zapisu D-ra Leona LANDE udzielone ma być w dniu 18 Lutego 1894 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie 95 rs. albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim; albo też — w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się do dnia 15-go grudnia 1893 r.. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, Członków Kasy Wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot. Osoby, na prowincyi zamieszkałe [w gubernijach Królestwa Polskiego], przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, członek Zarządzający Kasą Wsparcia
D-r J. Rogowicz.

*Do nabycia w Redakcyi Pamiętnika i w Towarzystwie Lekarskiem
Warszawskiem (Niecała Nr. 7).*

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

za rok 1887, 1888, 1889, 1890 i 1891

Cena rs 1 (za każdy rok oddzielnie).

Dr. JÓZEF BIELIŃSKI.

STAN NAUK LEKARSKICH

za czasów akademii medyko-chirurgicznej Wileńskiej.

Warszawa, 1889 rok.

(Praca uwieńczona nagrodą konkursową im Helbicha.)

ROK XXVIII.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej

wychodzi w r. 1893, a 28 od założenia Gazety

według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200
stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty:

w Warszawie rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50,

na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocz. rs. 8, półr. rs. 4.

Redaktor odpowiedz.: Dr. Wł. Gajkiewicz (*Marszałkow. 115*).

Wydawca, Dr. St. Kondratowicz (*Marszałkowska 119*).

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

przeglądowi postępów umiejętności lekarskich

wychodzi co miesiąc zeszytami objętości od 4 do 6 ark. druku.

Każdy zeszyt zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, kazuistykę, referaty zbiorowe lub pojedyncze z najcenniejszych prac bieżącego piśmiennictwa lekarskiego krajowego i zagranicznego, oceny dzieł lekarskich, wiadomości pomniejsze i kronikę miesięczną.

Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. Na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rocznie rs. 6. półrocznie rs. 3.

Redaktor Dr. med. *Otton Hewelke*, Chmielna № 14.

Wydawca Dr. *Konstanty Wacław Sierpiński*, Marszałkowska № 99.

MEDYCYNĄ

Czasopismo tygodniowe

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje:

- 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej.
- 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali.
- 3) Kazuistykę lekarską.
- 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej.
- 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych.
- 6) Wykłady kliniczne.
- 7) Sprawozdania z kongresów naukowych.
- 8) Krytykę i biblijografię.
- 9) Kwestyje zawodowe.
- 10) Drobniejsze wiadomości.
- 11) Nekrologiję.
- 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.
- 13) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi.
- 14) Odpowiedzi redakcyi.
- 15) Ogłoszenia i t. d.

Cena w Warszawie rocznie rs. 5

półrocznie rs. 2 kop. 50

Na prowincyi i zagranicą rocznie rs. 6

półrocznie rs. 3

Redaktor i Wydawca **Dr. H. Dobrzycki** (Oboźna 5).

*Do Szanownych Prenumeratorów
Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.*

Ponieważ zdarzył się fakt, iż jakaś obca osoba, nie mająca styczności z Redakcją, za pomocą sfałszowanego kwitu odebrała od jednego z prenumeratorów należność za Pamiętnik, Redaktor ma zaszczyt upraszać Szanownych Prenumeratorów o zwrócenie uwagi na jego własnoręczny podpis i na pieczęć redakcyjną, umieszczaną obecnie na każdym kwicie z odebranej prenumeraty.

Redaktor **M. Jakowski.**
