

Z PRACOWNI PATOLOGII OGÓLNEJ PRZY CESARSKIM WAR-
SZAWSKIM UNIWERSYTECIE.

KOMÓRKI NERWOWE I CIAŁKA WĘDRUJĄCE.

Podąła

Elżbieta Downarowicz.

(Z tablicą Nr. XII).

Związek między komórkami, nabierający coraz większego znaczenia w pojęciach fizjologa i patologa, daje się sprowadzić w rezultacie do tych specjalnych, wzajemnych stosunków w odżywianiu, jakie prawdopodobnie istnieją między komórkami tkankowemi. „Bardzo być może — powiada prof. S. M. ŁUKJANOW — że materyje odżywcze, gdy się dostaną do jednej komórki, *resp.* do jednej grupy komórek, nie ulegają na tym pierwszym etapie tego rodzaju zmianom, do jakich dochodzą zanim organizm opuszczą. Ulegając na tym pierwszym przystanku pewnego rodzaju zmianom, wspomniane materyje dostają się następnie do innych komórek, gdzie rozpoczynają nowy szereg właściwych im zmian i t. d.“¹⁾).

Uchwycić odpowiedni proces bezpośrednio badaniem mikroskopowem jest, rozumie się, rzeczą nadzwyczaj trudną; zdaje mi się jednak, że wypowiedziana w powyższej

cytacie myśl zasadnicza zasługuje na przypomnienie przy każdej nastroczającej się sposobności.

Przedstawiając tutaj wyniki swoich badań nad wdrażaniem ciałek wędrujących do komórek nerwowych kory mózgowej i zastanawiając się nad znaczeniem otrzymanych przezemnie danych, przypuszczam, że zagadkowa rola białych ciałek może się cokolwiek wyjaśnić, jeżeli uznać, że spełniają one przytem jakąś czynność odżywczą. Przypuszczenie owe pozwalam sobie wypowiedzieć chociażby z tego względu, że teoryje powstałe na gruncie nauki o fagocytozie, przypisują białym ciałkom czynność zbyt jednostronną. Nie chcąc zaprzeczać faktowi, że znane są przypadki, w których leukocyty mogą odżywiać się kosztem innych elementów, sądzę, że możliwym jest i stan rzeczy odwrotny, a mianowicie, że leukocyty występują czasami w charakterze elementów, dostarczających innym tkankom pożywienia.

Zanim przystąpię do przedstawienia zebranego przezemnie materiału, wymienię tu kilka istniejących w literaturze poglądów, odnoszących się wogóle do wnikania komórek jednych w drugie.

Obecność jednych komórek wewnątrz drugich, przeważnie w stanach patologicznych, spostrzegało już wielu autorów, którzy jednak fakt ten rozmaicie tłumaczyli. STENDERER²⁾ znajdował w szybko rosnących ogniskach raka wątroby komórki nabłonkowe, w które wciśnięte były do pewnego stopnia inne, podobne do nich. Oddzielając je od siebie, znajdował w nich wgłębienia, wycinki i t. d. Sądzi on, że przy szybkim rozrastaniu się komórek, części, znajdujące się w mało podatnej otoczce, zostają mechanicznie jedne w drugie wtłoczone. LANGHAUS i RINDFLEISCH³⁾ widzieli, jak czerwone ciałka krwi zamieniały się w ziarenka barwnika wewnątrz komórek sarkomatycznych; ma to stać w pewnym związku z częstymi wylewami krwi, zdarzającymi się przy tego rodzaju nowotworach. Wiadomo zaś, że zjawiska tego rodzaju opisywano w ekstrawazatach niejednokrotnie. Dość często wskazywano też na przedostawanie się leukocytów do komórek nowotworowych.

Jako przykład, przytoczę tutaj prace J. STEINHAUS'A ⁴⁾ i A. KOSIŃSKIEGO ⁵⁾ z pracowni prof. S. M. ŁUKJANOWA, odnoszące się do nowotworów rakowatych. KOSIŃSKI znajdował między innymi komórki wędrujące w sferoidach śluzowych, powstałych na miejscu jąder w komórkach rakowatych. Również liczne są dowody, przemawiające za obecnością elementów ropnych w rozmaitych innych komórkach pochodzenia nie nowotworowego.

BUHL ⁶⁾ znajdował ciała ropne w komórkach nabłonkowych pęcherzyków płucnych przy krupowym zapaleniu płuc; spotykał on również takie same elementy w komórkach nabłonkowych cylindrycznych w *ductus choledochus* i w przewodach żółciowych przy wrzodziejącym zapaleniu żył. Powstawanie tych zawartości komórek BUHL tłómaczy endogennem mnożeniem się komórek. Wywołując sztuczne zapalenie powiek u żaby, RINDFLEISCH ⁷⁾ znajdował ciała ropne w komórkach nabłonkowych. Powstawanie ich stawia autor w związku z mnożeniem się endogennem. Podobne obrazy udało mu się spostrzegać i w drogach oddechowych suchotników.

Pomijając inne podobne prace, zatrzymamy się nad temi z pomiędzy nich, które zajmują się wyłącznie układem nerwowym.

O. WYSS ⁸⁾ zwrócił uwagę na stan splotu GASSER'A przy *Herpes zoster (zoster ophthalmica)* i znalazł pewną część jego w wysokim stopniu nacieczoną ciałkami ropnemi. W komórkach nerwowych splotu widać było wypełnione niemi wgłębienia, wskutek czego komórki nerwowe wydawały się nadżartemi. L. POPOW ⁹⁾ badał korę mózgową przy tyfusie brzuszny, zarówno w skrawkach, jak i na preparatach rozszczepionych. Wykazał on przytem obecność ciałek ropnych w tkance międzykomórkowej, w pobliżu komórek nerwowych, na ich powierzchni, oraz w nich samych. Inne elementy *resp.* komórki wywierają ucisk na ciała komórek nerwowych i na ich jądra; komórki nerwowe mają w sobie wgłębienie, odpowiadające swojej formą i wielkością zawartym w nich leukocytom. Takie same zjawiska spostrzegał autor u ludzi w innych cierpieniach natury zapalnej, również u zwierząt w przypadkach sztucznie wy-

wolowanych zapaleń mózgu, przy niektórych otruciach i t. p. Zresztą L. POPOW przypuszcza, że podobne nacieczenie, chociaż w słabym stopniu, może też mieć miejsce i w stanie normalnym zarówno u człowieka, jak i u zwierząt. Przy tyfusie wysypkowym stosunki są wogóle takie same, jak i przy brzuszny. KOLESNIKOW ¹⁰⁾ i WASILJEW ¹¹⁾ zwracają uwagę na to, iż przy wścieklicznie znajduje się w układzie nerwowym ośrodkowym dość dużo ciałek wędrujących, rozproszonych częścią w tkance międzykomórkowej, częścią zaś leżących na powierzchni komórek nerwowych lub w samej ich protoplazmie. Praca pierwszego z powyżej przytoczonych autorów opiera się na badaniach dokonanych na psie, drugiego zaś — na człowieku. Książę KAROL Bawarski ¹²⁾ badał mózgi ludzi, którzy poumierali na rozmaite choroby zakaźne i niezakaźne, mózgi dwóch osobników zmarłych śmiercią gwałtowną, oraz mózgi królików normalnych. Wdrażania ciałek wędrujących, w ścisłym znaczeniu tego słowa, w samą istotę komórek nerwowych, autor nie przyznaje. Zdaniem jego, ciała wędrujące układają się w najbliższym otoczeniu komórek nerwowych oraz w ich zagłębieniach, lecz nie wewnątrz samych komórek. Nie przyznaje on również zasadniczej różnicy między mózgiem zdrowym i chorym. Opisane zjawiska występują cokolwiek wyraźniej przy zwolnionem krążeniu krwi i przy zwiększonej w niej ogólnej liczbie białych ciałek; największe nagromadzenie się białych ciałek we krwi ma miejsce w sprawach zapalnych mózgu. Według A. ROSENTHAL'A ¹³⁾, w korze mózgowej ludzi zmarłych na choroby zakaźne i niezakaźne, można rzeczywiście napotykać zbieranie się białych ciałek krwi w tkance międzykomórkowej i naokoło komórek nerwowych; jest to jednak zjawisko niestałe, występujące w nieznacznym stopniu. W samą protoplazmę komórek wdraża, według niego, nie więcej, jak jedno ciało wędrujące, i to tylko niekiedy. ŁOMIŃSKI ¹⁴⁾ badał sploty nerwu współczulnego i rdzeń kręgowy u psów i żab po uszkodzeniach urazowych. Okazało się przytem, że w kilka dni po urazie tkanka międzykomórkowa wypełnia się białymi ciałkami krwi, komórki zaś nerwowe ulegają zwyrodnieniu. W miarę po-

stępowania naprzód spraw zwyrodniających, leukocyty przedostają się do otoczek komórek nerwowych, przyczem na obwodzie komórek i w samych komórkach powstają braki, których stopień zależy od ilości przenikłych do nich leukocytów. W końcu uszkodzone komórki nerwowe zupełnie znikają, a białe ciała powiększają się w swej objętości. Autor przypuszcza, że białe ciała występują w danym przypadku w roli fagocytów. I dziś nie przestają jeszcze gromadzić się fakty, stwierdzające możność wdrażania leukocytów do komórek nerwowych. Bardzo jeszcze niedawno M. POPOW¹⁵⁾ stwierdził tego rodzaju fakt w komórkach nerwowych przy wścieklicznie u człowieka.

Nie bez pożytku też będzie przypomnieć tutaj i o niektórych normalnych tego rodzaju zjawiskach. Już EBERTH¹⁶⁾ znajdował elementy, nazwane przez niego ciałkami śluzowymi, wewnątrz komórek nabłonkowych kiszek u kaczki w 4 godziny po jej nakarmieniu; powstają one, zdaniem jego, *in loco*, dzięki mnożeniu się endogennemu. Badając błonę śluzową kiszek u rozmaitych zwierząt, ARNSZTEIN¹⁷⁾ opisuje komórki limfoidalne, przenikające przez warstwę nabłonkową i wdrażające w jej komórki. Również pouczające szczegóły, tyżące się przenikania leukocytów do elementów nabłonkowych, podaje JAKIMOWICZ¹⁸⁾, który wykonywał swoje badania nad poczwarkami trytonów w stanie żywym i na preparatach utrwalonych.

Nie przytaczając więcej danych literackich, postaram się dać ogólny pogląd na wyżej zaznaczone fakty. Z wyjątkiem tych wypadków, w których leukocytom przypisać należy znaczenie w myśl teorii o fagocytozie, obecność jednych komórek w drugich towarzyszy takim stanom tkanki, w których przypuszczać można zmianę w jej odżywianiu; w pewnej przynajmniej części przypadków idzie w tych razach o podniesienie go, sprawy bowiem nowotworowe, zapalne, oraz przekrwienia i t. p., wszystko to skierowuje naszą myśl w stronę czynności odżywczych tkanki i zaburzeń w nich zachodzących. Następnie ciekawym jest również fakt, iż elementami wdrażającymi do komórek, są po największej części białe ciała krwi; w wyjątkowych zaś warunkach czerwone ciała, a więc elementy morfologiczne krwi

i limfy, których zadaniem jest odżywanie organizmu. Przy obecnym stanie cytologii mówić o endogennym rozwoju komórek, byłoby zbyt ryzykownem; daleko prościej i pewniej będzie zgodzić się na to, że tego rodzaju zawartości komórek są niczem innym, jak tylko ciałkami wędrującymi, które dostały się do komórek tkankowych z zewnątrz. Wyjątek stanowią, rozumie się, spostrzeżenia STENDENER'A, które istoty rzeczy w niczem jednak nie zmieniają. Przekonywamy się przytem, że niema żadnej podstawy, któraby kazała nam sprowadzać wszystkie przypadki wdrażania leukocytów do jednej wyłącznie kategorii spraw chorobowych.

Przechodzę teraz do opisu własnych badań, wykonywanych w pracowni prof. S. M. ŁUKJANOWA.

Do badań braliśmy mózg żaby i salamandry, oraz korę mózgową ze zrazu czołowego (z prawej strony) królika i psa. Ogółem użyliśmy do doświadczeń 10 zwierząt; z tych 2 salamandry, 3 żaby, 3 króliki i 2 psy. Wszystkie te zwierzęta były prawidłowo odżywiane, wyglądały dobrze i zostały zabijane przez odcięcie głowy. Zaraz po zabiciu zwierzęcia utrwalaliśmy mózg w sublimacie, następnie przenosiliśmy go do alkoholu, olejku gwoździkowego i t. d., aż do zatopienia go w parafinę. Barwienie stosowaliśmy poczwórne: hematoksyliną, nigrozyną, eozyną i safraniną. Skrawki, grubości 10 μ ., przygotowywaliśmy zapomocą mikrotomu LEITZ'A - ALTMANN'A. Nie podaję tutaj innych drobniejszych szczegółów w przygotowywaniu preparatów, gdyż opisałam je już w poprzedniej swojej pracy²¹). Używany przezemnie sposób okazał się dla moich celów najbardziej odpowiednim; dawał mi bowiem możność badania najdrobniejszych szczegółów w wewnętrznej budowie komórek. Pozwalając rozstrzygać stosunki nietylko morfologiczne, lecz i chemiczne, sposób ten zasługuje niewątpliwie na zastosowanie i w wielu innych przypadkach. Nie można go jednak uważać za zupełnie pozbawiony zarzutów. Niewszystkie np. komórki nerwowe pozostają przy nim nieuszkodzone; ciało komórki leukocytów zarysowuje się niewyraźnie; szczególnie niezadawalająco wyszły na moich preparatach niektóre ciała komórek zwierząt zimno-

krwistych. Niestety, jednak i inne sposoby przygotowywania preparatów nie są bez zarzutu i pozostawiają, być może, nieraz więcej jeszcze do życzenia.

Najwięcej pouczającymi są preparaty z kory mózgowej królików i psów. Od nich też rozpocznę opis swoich badań, uogólniając dane otrzymane dla obydwóch tych odmian zwierząt ciepłokrwistych.

Neuroglija i włókna nerwowe zabarwione były na kolor blado fioletowy. Zarysowujące się na tem tle bardzo wyraźnie komórki nerwowe odróżniają się od siebie nie tylko wielkością, lecz i pod wielu jeszcze innymi względami. Najbardziej rzucają się w oczy dwa typy komórek, które też zasługują na bardziej szczegółowy opis.

Komórki nerwowe pierwszego typu są dosyć duże i zaopatrzone w wyrostki; ciało ich barwi się na kolor blado fioletowy, cokolwiek ciemniejszy niż tło preparatu, odznacza się ono najczęściej barwą delikatną, włóknistą, przechodzącą też i na niektóre ich wyrostki. Miejscami tylko widać w nich zawartość drobnoziarnistą, zachowującą się względem barwników tak samo, jak i włókienka. Jądra komórkowe są względnie dość duże, w przecięciu optycznym okrągłe lub eliptyczne; kontury ich są prawidłowe, ostro zarysowane. Szkielet jądrowy bardzo delikatny, czasami ze śladem budowy ziarnistej; na miejscu skrzyżowania włókienek tej siatki daje się zauważyć znaczniejsze nagromadzenie się substancji chromatynowej. W zabarwieniu szkieletu przeważa hematoksylina. Prawie w każdym jądrze znajduje się pojedyncze (niekiedy tylko podwójne) jąderko safraninofilowe, formy prawidłowo sferycznej; wielkością swoją i zabarwieniem element ten wyraźnie się odróżnia od innych części składowych jądra. W niektórych jąderkach dają się zauważyć drobne, bezbarwne, okrągłe wakuole. Obwód jąderka safraninofilowego usiany jest niekiedy nadzwyczaj drobnymi niebieskofioletowymi ziarenkami. Jąderka hematoksylinofilowe, wielkością swoją niedorównywające safraninofilowym, spotyka się nierównie rzadziej; forma ich jest również sferyczna. Ponieważ szkielet jądra, wymienione wyżej ziarenka, oraz miejsce skrzyżowania się siateczki jądra zabarwione

są tym samym barwnikiem, jąderka hematoksylinoflowe wyróżniają się z pomiędzy nich mniej niż safraninoflowe. Największą ilość komórek pierwszego typu zawiera warstwa dużych piramid.

Drugi typ komórek odróżnia się od powyżej opisanego własnościami zarówno swoich ciał, jakoteż i jąder. Ciała komórkowe zaopatrzone w wyrostki, barwią się tutaj na mniej lub więcej mocno czerwony kolor; delikatnie włóknista budowa występuje czasami niewyraźnie; wyrostki są, zdaje się, nie tak liczne. Wielkość tych komórek jest nieco mniejszą, niż komórek pierwszego typu, chociaż zdarzają się niekiedy i dosyć duże okazy. Zawartości ziarnistych zwykle nie bywa. Jądra komórkowe nie zarysowują się wyraźnie; w przecięciu optycznym niektóre z nich mają kształt eliptyczny, inne są nieprawidłowo wydłużone i t. d. Czasami zdaje się, jak gdyby jądro miało pewnego rodzaju wyrostki, przechodzące w pęczki włókienek protoplazmy komórki. Według wszelkiego prawdopodobieństwa jest to wynik specjalnego zachowania się jąder względem barwników. Te ostatnie, mianowicie, zostają najmocniej przyswojone przez jądra i sąsiednie części ciał komórkowych, wskutek czego zacierają się granice między nimi. Tem też tłumaczy się jak gdyby rozlany wygląd jąder, często spotykany w tego rodzaju komórkach. W zabarwieniu jąder uderza przewaga safraniny, która je prawie równomiernie pokrywa. Szczegóły budowy jąder nie są wyraźne; tu i owdzie spotyka się jądra o budowie ziarnistej; na spostrzeganych tu obrazach nie można jednak bardzo polegać, gdyż ziarenka nie są dość odosobnione, a pozostała substancja jądrowa jest bardzo mocno zabarwiona. W większości przypadków nie można też wykryć jąderek, w tych zaś, w których udaje się je znaleźć przeważa znowu zabarwienie ich safraniną. W warstwie dużych piramid komórek drugiego typu znajduje się mniej, niż w innych częściach kory mózgowej. Dla krótkości elementy pierwszego typu będziemy nazywać komórkami cyjanoflowymi, drugiego zaś—erytroflowymi, Po wymienieniu powyższych cech charakterystycznych dla obu typów komórek, terminy te bliższych wyjaśnień nie wymagają.

Oprócz wyraźnych form komórek cyjanofilowych i erytrofilowych spotykamy też formy przejściowe. Ilość ich jest względnie niewielka, a stosunek do poprzednich dwóch typów określić trudno. Ciało tych komórek zabarwione jest na kolor fioletowo-czerwony; jądro ich zarysowuje się nieprawidłowo, lecz kontury ma wyraźne i barwi się na kolor niebiesko-fioletowy mniej lub więcej mocny. Budowa wewnętrzna jąder jest nieco wyraźniejszą, niż w komórkach drugiego typu; jąderka safranofilowe są oznaczone tak samo mocno, jak w tych ostatnich. Ten rodzaj elementów spotkać można we wszystkich warstwach komórkowych kory mózgowej. Przewroty okołokomórkowe są wszędzie dosyć duże.

Zestawiając wszystkie swoje spostrzeżenia, doszłam do wniosku, że te formy przejściowe nie powinny być przeszkodą w przyjęciu dwóch typów zasadniczych. Byłoby bezpodstawnem i zupełnie dowolnem przypuszczenie, że przy przygotowywaniu i barwieniu preparatów stajemy się ofiarą przypadkowych błędów. Znaczy to, innymi słowy, że określenia komórki cyjanofilowej i erytrofilowej odpowiadają rzeczywiście zachodzącym między nimi różnicom.

Oprócz komórek nerwowych, znajdujemy w preparatach dosyć znaczną ilość leukocytów rozrzuconych na całym mikroskopowym polu widzenia. Jak już wspomniałam, ciała leukocytów występują wszędzie niewyraźnie; tem więcej jednak zwracają na siebie uwagę ich jądra, które są zabarwione hematoksyliną, w niektórych jednak jądrach zauważyć można odcień safraniny. Przeważa jeden tylko typ leukocytów z pojedynczemi, mniej lub więcej sferycznemi jądrami o zwykłej ich budowie wewnętrznej. Ciała wędrujące znajdują się w neuroglii, w przestrzeniach okołokomórkowych, na powierzchni komórek nerwowych i w ich wnętrzu. Przy uważniejszem rozpatrywaniu preparatu spotyka się dużo ciekawych szczegółów. Białe ciała znajdują się albo w bezpośredniem sąsiedztwie z komórką nerwową, albo w oddzielnych odpowiedniej formy zagłębieniach na jej powierzchni, albo przenikają mniej lub więcej głęboko do samego wnętrza komórki i wtedy bywają przykryte pewną częścią protoplazmy komórki nerwowej, al-

bo wreszcie pogrążone są całkowicie w protoplazmę i stanowią wtedy zawartość wewnątrzkomórkową. Tego rodzaju obrazy tyczą się zarówno komórek cyjanofilowych, jak erytrofilowych, a także i form przejściowych. Jądro komórki nerwowej, poza otoczkę którego leukocyty się nie przedostają, ulega także pewnego rodzaju zmianie; odpowiednio do wdrażających leukocytów, tworzą się w jądrze zagłębienia i wycinki. Te zmiany w kształcie jąder dają się zauważyć szczególnie w komórkach erytrofilowych; zaginają się one tutaj w łuk z wklęśnięciem, zwróconem w stronę leukocyta. Zdarza się, że jądro leukocyta dotyka bezpośrednio jądra komórki nerwowej. Bardzo często naokoło jednej komórki nerwowej gromadzi się po dwa, trzy i więcej leukocytów, czasem leukocyty te są w różnym stopniu w komórki nerwowe wdrażone, w samym zaś wnętrzu komórki nerwowej leży zwykle nie więcej, jak jeden leukocyt. Z kolei i ciała wdrażające nie zostają również bez zmian. Po wejściu do komórki nerwowej kontury ich zacierają się zupełnie, jądra leukocytów tracą swoje prawidłowe zarysy i wyglądają jak gdyby pomarszczone, nitki osnowy jądra zbliżają się do siebie, stają się grubszy i układają bez porządku. Stosownie do tego zabarwienie jądra staje się mocniejszym i przyjmuje ono wygląd jakby ziarnisty. Być może, że na pewien czas przynajmniej własność jąder do przyjmowania barwnika wzrasta. Takie zresztą zmiany rozwijają się nie we wszystkich przypadkach. Niektóre z wdrażonych leukocytów różnią się zewnątrznie bardzo mało od leżących swobodnie. W każdym razie dalsze losy ciałek wędrujących są rozmaite. Wszystko przemawia za tem, że przenikłe na większą lub mniejszą głębokość leukocyty zdolne są porzucić komórkę nerwową. W taki właśnie sposób tłómaczę sobie przypadki, w których w pewnej odległości od komórki nerwowej widzieć można leukocyt, z powyższego rodzaju zmianami w jądrze, i w których w odpowiedniej części komórki nerwowej widać zagłębienie, stanowiące rodzaj pomieszczenia dla leukocyta. Fałszywem byłoby przypuszczenie, że zagłębienia owe powstały dzięki działaniu leukocytów z pewnej odległości. Daleko prawdziwszem wydaje mi się w tych razach przy-

puszczenie, że mamy tu do czynienia ze śladem poprzedniego ich wrażenia. Możliwość tu przypuścić, że białe ciało opuściło swoje wgłębienie w komórce nerwowej tylko przypadkowo, że wypadło ono niejako przy przygotowywaniu preparatu; staranne jednak oglądanie pola widzenia przekonywa, że niema na niem ani żadnych zmian w układzie elementów, ani rozdarć, ani wogóle jakiegokolwiek naruszenia całości. Stosunkowo rzadko zdarza się druga ewentualność, kiedy wdrażający leukocyt ulega w komórce nerwowej coraz większym zmianom, aż ostatecznie ginie zupełnie w jej substancji. Za takiego rodzaju zejściem przemawiają te komórki nerwowe, wewnątrz których spostrzegamy pojedyncze, szczególne twory, barwiące się słabiej hematoksyliną niż pomarszczone jądra leukocytów; twory te nie posiadają wyraźnych konturów, właściwych jądom i nie dorównują tym ostatnim swoją wielkością. Otrzymujemy w ten sposób wrażenie, jak gdybyśmy mieli przed sobą rozpuszczające się jądro leukocytów. Dzielenia jąder w komórkach nerwowych, do których wdrażają leukocyty, stwierdzić mi się nie udało.

Wyliczone powyżej dwa typy komórek dają się też zauważyć u salamandry i żaby. Tym razem kierujemy się przeważnie własnościami jąder, nie zaś własnościami protoplazmy i jąder razem wziętych. Zasluguje na uwagę fakt, że u badanych przez nas zwierząt zimnokrwistych przeważają komórki cyjanofilowe, u ciepłokrwistych zaś przewaga jest po stronie erytrofilowych. W jądrach komórek cyjanofilowych salamandry widać bardzo delikatny szkielet jądrowy z dość dużymi kępkami substancji chromatynowej. W zabarwieniu tych ostatnich przebija niekiedy odcień safraniny. Jąderka safraninowych, jako elementów odrębnych pod względem swojej budowy, tutaj nie spotykamy. Szkielet jądrowy w komórkach erytrofilowych salamandry nie odznacza się delikatną budową, w każdym jednak razie występują one tu wyraźniej niż u zwierząt ciepłokrwistych. Komórki cyjanofilowe i erytrofilowe u żaby posiadają te same prawie własności co i u zwierząt ciepłokrwistych; niektóre różnice należy przyznać tylko ją-

derkom. Zdaje się, że wyraźnie zarysowanych jąderek safraninofilowych u żaby niema wcale. W preparatach z mózgu salamandry i żaby jest daleko mniej ciałek wędrujących, niż u królika i psa. Pojedyncze leukocyty znajdują się u zwierząt zimnokrwistych tylko jako wyjątki w neuroglii mózgowej, albo nawet w bezpośrednim sąsiedztwie z komórkami nerwowymi. Widocznie więc ciała wędrujące nie grają tutaj tak ważnej roli, jaką należy im przypisać u zwierząt ciepłokrwistych, *resp.* u psa i królika.

Po przedstawieniu powyższych danych faktycznych, uważam za właściwe zatrzymać się nad rozbiorem ich teoretycznego znaczenia.

Zasługują najprzód na uwagę owe dwa typy znanych już nam komórek, cechujące się tak charakterystycznym zachowaniem się względem barwników. Mówiliśmy już mianowicie o różnym zachowaniu się jąder i ciał komórek nerwowych względem barwników. Badając mózdzki rozmaitych zwierząt ssących, BEEVOR³⁷⁾ zauważył, że komórki PURKINI'ego zachowują się dwojako przy barwieniu nigrozyną i kwaśną fuksyną (podług WEIGERT'A). WŁASSAK⁴⁰⁾, stosowując powyżej wskazany poczwórny sposób barwienia, odróżnia w komórkach nerwowych mózdzku żab niebieskie i czerwone jądra; pochodzenie tych nieściśłych nazw łatwo zrozumieć. W. BECHTEREW²²⁾ opierając się na preparatach z kory mózgowej, zabarwionych karminem, opisuje również dwa typy komórek i formy przejściowe między niemi. Podług M. FLESCH'A²³⁾, który stosował barwienie proste i skombinowane, jedne komórki okazują się chromofilami, drugie zaś — chromofobami.

W pracy B. KORYBUTT-DASZKIEWICZA²⁴⁾, wykonanej w pracowni prof. S. M. ŁUKJANOWA i odnoszącej się do substancji szarej rdzenia kręgowego, spotykamy także wyrażenia: „niebieskie“ i „czerwone“ jądra. Autor ten wykonywał badania swoje podług tej samej metody, co i ja. Podobne były wyniki poszukiwań nad układem nerwowym u człowieka, dokonane przez POPOW'A²⁵⁾, RYCHLIŃSKIEGO²⁶⁾ i BUCELSKIEGO²⁷⁾. Przekonywamy się więc, że fakty przez nas spostrzegane i opisane, nie są bynajmniej przy-

padkowymi i że zgadzają się z wynikami poszukiwań innych autorów. Ażeby nie odbiegać zanadto od swego tematu, powstrzymam się od cytowania innych jeszcze prac, dowodzących, iż i poza układem nerwowym istnieją elementy podobne do odróżnianych przez nas elementów cyjanofilowych i erytrofilowych. Dalsze badania powinny wyjaśnić, jakie głębsze znaczenie mają te różnorodne odczyny barwnikowe, poddane tak widocznym prawom. Jest bardzo prawdopodobnem, że mamy tu do czynienia z przejawem jakichś ogólnych praw biologicznych.

Przeglądanie naszych preparatów zwraca uwagę badacza nie tylko na komórki nerwowe. Zachodzi mimowoli pytanie, jaką rolę odgrywają tutaj leukocyty? Postaram się chociaż w przybliżeniu odpowiedzieć na to pytanie, wiedząc jednak dobrze o tem, że dalecy jeszcze jesteśmy od tego, ażeby teoryje przez nas wygłaszane, nie ulegały już żadnej wątpliwości. Prosta obserwacja przekonywa nas, że wdrażanie leukocytów do komórek nerwowych miewa miejsce tam, gdzie czynności mózgu są wyższe, więcej złożone i różnorodniejsze. Mózg zwierząt ciepłokrwistych wymaga lepszych warunków odżywiania i odpowiednio do tego, posiada lepiej rozwinięty układ naczyniowy. Już to samo pozwala nam przypuszczać, że leukocyty mają, w stosunku do komórek nerwowych, pewne znaczenie odżywcze. Wdrażając częściowo w komórki nerwowe lub też zagłębiając się w nie całkowicie, leukocyty uwalniają prawdopodobnie pewne substancyje, które następnie są przyswajane przez komórki nerwowe. Z tego punktu widzenia stają się zrozumiałemi zmiany, jakim ulegają leukocyty, jak również tworzenie się wklęsłości i zagłębień, obliczonych na zwiększenie stykających się powierzchni. W jakiej mianowicie postaci zostają przenoszone substancyje odżywcze, stanowi już kwestyję drugorzędną. Biorąc pod uwagę fakt, że leukocyty mogą opuszczać komórki nerwowe, nasuwa się nam myśl, że w całej rozpatrywanej przez nas sprawie przyjmują przedewszystkiem udział substancyje znajdujące się w stanie rozpuszczonym. Innemi zaś słowy—delikatna budowa komórek pozostaje przytem zwykle nietknięta. Być jednak może, że i ta ostatnia zostaje niekiedy wciąż

gnięta w procesy odżywiania komórek nerwowych, co powinno ostatecznie prowadzić do zagłady leukocytów. Nie ma tu w tem różnicy zasadniczej: leukocyty wypełniają swoje zadanie odżywiania komórek nerwowych albo kosztem części tylko swej istoty, albo też kosztem jej całości. Przypuszczenia te nabierają tem więcej prawdopodobieństwa, że przyjmowanie udziału leukocytów w procesie odżywiania możliwem jest na zasadzie innych jeszcze spostrzeżeń. HOFMEISTER ²⁸⁾ twierdzi, że peptony wytworzone w kanale pokarmowym, przechodzą do ciałek limfatycznych i w takim stanie związanym krążą w układzie naczyniowym; autor ten przypuszcza, że leukocyty odgrywają prawie taką samą rolę w odżywianiu organizmu za pomocą ciał białkowych, jak ciała czerwone w procesie oddychania.

Rozwijając swe poglądy o pigmentacjach patologicznych, v. RECHLINGHAUSEN ²⁹⁾ wyraża się w sposób następujący: „Gewisse pathologische Pigmentirungen kommen auch daran ab, dass schon im Organismus vorhandene oder auf irgendwelche Wege eingeführte Pigmente transportirt werden. Im farblose Membranen, welche gefärbten Gewebsschichten anliegen, wird aus letzteren der Farbstoff entweder mittels eines Flüssigkeitsstromes innerhalb der vorhandener Kanäle, oder mittels Wanderzellen, die sich zunächst mit dem Pigment beladen haben, hineingetragen.“

T. ZAWARYKIN ³⁰⁾ mówi w sposób bardzo stanowczy o pochłanianiu tłuszczu przez leukocyty i o przenoszeniu go z kiszek przez kosmki do naczyń chłonnych SHERRINGTON i BALLANCE ³¹⁾ wprowadzając świnkom morskim i królikom kamery szklane do jamy otrzewnej i do tkanki podskórnej, zauważyli, że najpierw przedostają się do owych komórek leukocyty, następnie zaś komórki plazmatyczne, które stanowią wytwór młodych komórek łącznotkankowych. Elementy owe otaczają leukocyty i pochłaniają je przez stopniowe wessanie. Ci sami autorzy komunikują również, że i przy gojeniu się ran *per primam intentionem*, widzieć można w miejscu obrażonem też same dwa gatunki komórek, przyczem leukocyty przeznaczone są na mate-

ryjał odżywczy dla komórek łącznotkankowych. Oddane tu one zostają tkankom na pożywienie w całości.

Nietylko jednak leukocyty występują w charakterze pośredników w sprawach odżywiania. Przeprowadzając badania swoje nad zabarwianiem się białego naskórka, zaszczerpionego murzynowi, KARG³²⁾ przekonał się, że barwnik dostaje się do komórek nabłonkowych za pośrednictwem tworzących sieć wyrostków komórek łącznotkankowych. Dopóki sieci owej niema, komórki nabłonkowe mają wygląd źle odżywianych; z ukazaniem się jednak komórek barwnikowych z wyrostkami, żywotność komórek nabłonkowych wzrasta. Widzimy więc z powyższych danych, iż oprócz limfy odżywczej jako takiej, i niektóre komórki przyjmują również na siebie rolę odżywczą, przyczem jedne korzystają z drugich i w ten sposób wytwarzają się między nimi bardzo zawile stosunki. Na tej właśnie zasadzie powstała oryginalna teoria E. KLEBS'A³³⁾, że komórki wędrujące, z jądrami frankcyjonowanemi, dostarczają komórkom nowotworowym na wytworzenie się substancji jądrowej—materyału umożliwiającego w nich przebieg spraw karyjokinetycznych. Nie podejmując się obrony poglądów KLEBS'A w całej ich rozciągłości, przypuszczam jednak, że zawierają one w sobie pewną część prawdy.

Sam proces wnikania leukocytów do komórek nerwowych wyobrażamy sobie w sposób następujący: z jednej strony możliwy jest udział chemotropizmu (zarówno dodatniego, jak i ujemnego), kierującego ruchem ciałek wędrujących, z drugiej zaś—udział czynny samych komórek nerwowych. Nie od rzeczy będzie powołać się tutaj na doświadczenie BUCHNER'A³⁴⁾, które wykazuje, że albuminaty alkaliczne i niektóre produkty rozkładu tkanek okazują wpływ przyciągający na leukocyty. Z punktu widzenia mojej hipotezy o udziale ciałek wędrujących w przejściowych okresach przemiany materii, bardzo jest interesującym, że niewszystkie mianowicie produkty rozkładu zachowują się jednakowo względem leukocytów: „wir dürfen somit schliessen,“ powiada BUCHNER³⁵⁾, „dass nicht die letzten Zersetzungsstoffe, nicht die Endglieder des Oxydationsprocesses im Thierkörper es sind, welche eine che-

motaktische Wirkung auf Leukocyten üben, sondern vielmehr die allerersten Umwandlungsproducte.“ W sprawach ropnych leukocyty nagromadzają się na miejscu podrażnienia, przekształcają się i wytwarzają ropę, pozostając tam, dokąd zostały przez dodatni chemotropizm przyciągnięte. Przy zwykłych sprawach wchłaniania ciała wędrujące ciągle przychodzą do jednego miejsca i odchodzą od niego, przedstawiając jak gdyby naprzemian zjawiska chemotropizmu dodatniego i ujemnego. Pewna analogija może mieć bezwątpienia miejsce i w naszych spostrzeżeniach. Wielu autorów przyjmuje czynną ruchliwość komórek nerwowych. Pożądanem jest jednak stwierdzenie tego faktu przez liczniejsze badania.

Badając preparaty, przygotowane zapomocą zamrażania, A. WALTER ³⁶⁾ widział ruchy ameboidalne w rozgrzewających się komórkach nerwowych. FLEISCHL ³⁷⁾ zwraca uwagę na powstające pod wpływem kwasu bornego ruchy całego jądra w świeżych komórkach zwojowych z *ganglion Gasseri* żaby. WIDERSHEIM ³⁸⁾ opisuje obserwowane przez siebie bezpośrednio pod mikroskopem zmiany w postaci komórek zwojowych z mózgu niższych gatunków *crustacea*. W każdym razie trudno jest wobec dzisiejszego stanu nauki zgodzić się na to, że cały proces wdrażania leukocytów powstaje na drodze czysto tylko mechanicznej, pod wpływem prądu limfy.

Uważam za zbytęczne rozwijać dalsze poglądy o następstwach wdrażania leukocytów do komórek nerwowych, gdyż wszystko najważniejsze pod tym względem omówiłam już wyżej dostatecznie.

Przy opisywaniu swoich badań w tym kierunku, unikałam takich wyrażen, jak; „wygryzione“ lub „braki“, ze względu na to, że nie jesteśmy w możności dowieść w komórkach nerwowych istnienia prawdziwego, nie zaś wrzekomego braku materji. Łatwo bowiem zrozumieć, że tworzenie się zagłębien i wycinków można sprowadzić do przemieszczenia materji bez konieczności przypuszczenia zniszczenia pewnej części komórki nerwowej.

Streszczając wszystko powyżej wyłożone, dochodzimy do następujących wniosków:

1. Stosując skombinowane barwienie hematoksyliną, nigrozyną, eozyną i safraniną do preparatów utrwalonych w sublimacie, odróżnić można w korze mózgowej dwa typy komórek nerwowych, którym nadać można specjalne nazwy: komórek cyjanofilowych i erytrofilowych. Istnieją też i formy przejściowe, obdarzone poniekąd własnościami komórek obydwóch typów. Wyżej wspomniane kategorie komórek spotykają się zarówno u zwierząt ciepłokrwistych (królik, pies), jak i zimnokrwistych (salamandra, żaba).

2. Wdrażanie ciałek wędrujących (leukocytów) do komórek nerwowych kory mózgowej, występujące zupełnie wyraźnie u zwierząt ciepłokrwistych (królik, pies), można uważać za zjawisko fizjologiczne, właściwe zdrowym mózgom. Wdrażanie, o którym mowa, może być powierzchowne lub też sięgać tak głęboko, że ciałka wędrujące pogrążają się całkowicie wgłąb samej substancji komórki nerwowej. Dla wdrażeń, opisywanych przez niektórych autorów w stanach patologicznych, można powyższe zjawiska uważać za pierwowzór fizjologiczny.

3. Znaczenie czynnościowe owych wdrażeń w rozmaitych przypadkach bywa rozmaite. W korze mózgowej zwierząt zdrowych można przyznać, do pewnego stopnia, temu zjawisku własności odżywcze. Ciałka wędrujące, wnikając do komórek nerwowych, zaopatrują je w produkty odżywcze, przyczem same tracą albo część tylko swojej istoty, albo też całkowicie ją oddają na pastwę komórki nerwowej. Pierwsze zjawisko zachodzi, zdaje się, częściej niż ostatnie. Odpowiednio też do tego, leukocyty mogą na nowo zerwać stosunki z komórkami nerwowymi, w jakie wstąpiły były przedtem.

4. Zasada mechanizmu wdrażania przypuszczać także z jednej strony udział w nim hemotropizmu, z drugiej zaś—czynny udział ruchliwości komórek nerwowych. Prądowi limfy żadnego znaczenia przyznać nie można.

Dla objaśnienia niniejszej pracy dołączam tablicę rysunków. Znaczenie oddzielnych narysowanych na niej elementów komórkowych podane jest w osobnem objaśnieniu, do którego też odsyłam czytelników.

Objaśnienie rysunków. (Tabl. XII).

Wszystkie rysunki przygotowane są przy kamerze oświetlającej ABBÉ'go i przy powiększeniu 1 : 1000. Badania swoje robiłam przy apochromacie C. ZEISS'A (ekwiwalent odległości ogniskowej $p = 2\text{ mm.}$, apertura = 1,30) z okulem kompensacyjnym 8.

Rysunki były robione z preparatów barwionych hematoksyliną, nigrozyną, eozyną i safraniną.

Fig. 1. Komórka nerwowa typu pierwszego, z warstwy dużych piramid kory mózgowej psa.

Fig. 2. Komórka nerwowa typu drugiego, z tej samej warstwy i z tego samego zwierzęcia.

Fig. 3. Komórka nerwowa typu pierwszego, z warstwy dużych piramid kory mózgowej królika.

Fig. 4. Komórka nerwowa typu drugiego, z 4-ej warstwy (według MEYNERT'A) kory mózgowej królika.

Fig. 5. Komórka nerwowa, wyobrażająca formę przejściową, z 2-ej warstwy kory mózgowej królika.

Fig. 6. Komórka nerwowa typu pierwszego, z mózgu żaby.

Fig. 7. Komórka nerwowa typu drugiego, z mózgu żaby.

Fig. 8. Jądro komórki nerwowej typu pierwszego, z mózgu salamandry.

Fig. 9. Jądro komórki nerwowej typu drugiego, z mózgu salamandry.

Fig. 10. Komórka nerwowa typu pierwszego, z warstwy dużych piramid kory mózgowej psa; w bezpośrednim sąsiedztwie komórki leży leukocyt.

Fig. 11. Komórka nerwowa z 2-ej warstwy kory mózgowej psa z dwoma leukocytami, z których jeden leży w zagłębieniu ciała komórki, drugi jest częściowo pogrążony w samej protoplazmie.

Fig. 12. Komórka nerwowa typu drugiego, z 4-ej warstwy kory mózgowej psa z trzema leukocytami, z których pierwszy tylko nie jest całkowicie pogrążony w protoplazmie, dwa zaś inne są zupełnie w nią pogrążone; odpowiednio do położenia i formy leukocytów, jądro komórki nerwowej przedstawia zagłębienia.

Fig. 13. Komórka nerwowa typu drugiego, z 2-ej warstwy kory mózgowej psa. Jądro leukocyta zawarte w protoplazmie ma formę nie

sferyczną, lecz fasolowatą; jądro komórki nerwowej jest łukowato wygięte, odpowiednio do kształtu położenia leukocyta.

Fig. 14. Komórka nerwowa typu pierwszego z 2-ej warstwy kory mózgowej psa z trzema leukocytami, z których dwa są pogrążone w protoplazmie, trzeci zaś leży na pewnej odległości od komórki; obok jądra tego leukocyta zachowaniem zostało dosyć duże ciało jego komórki, w trzecim leukocycie jądro jest mniejsze i ma wydrążenie. Ciało komórki nerwowej, odpowiednio do położenia trzeciego leukocyta, jest wklęsłe, jądro zaś jej jest w tem miejscu spłaszczone.

Fig. 15. Komórka nerwowa typu drugiego z 4-ej warstwy kory mózgowej królika, z leukocytym zawartym w protoplazmie. Jądro komórki przedstawia zagłębienie, odpowiednio do położenia jądra leukocyta, mającego kształt nieprawidłowy i szkielet bardziej zgęszczony.

Fig. 16. Komórka nerwowa typu drugiego, z 5-ej warstwy kory mózgowej królika. W pewnej od niej odległości leży leukocyt, którego jądro o nieprawidłowej formie i mocnem zabarwieniu, w którym przebiega odcień czerwony. Jądro komórki nerwowej jest lekko wygięte, odpowiednio do położenia leukocyta.

Fig. 17. Komórka nerwowa drugiego typu, z 2-ej warstwy kory mózgowej królika. W ciele komórki widać jądro leukocyta, które uległo znacznym zmianom; jest ono całe zmniejszone, jak gdyby pomarszczone; budowa wewnętrzna zarysowuje się niewyraźnie, barwi się mocno.

Literatura.

- 1) S. M. Łukjanow. Zasady patologii ogólnej komórki. Warszawa, 1890 r., str. 320 (po ros.).
- 2) Stendener. Ueber invaginirte Zellen. Archiv f. mikroskop. Anatomie, Bd. IV, 1868, p. 183.
- 3) Langhaus u. Rindfleisch. Podręcznik v. Reclingshansen'a, Handbuch der allgemeinen Pathologie des Kreislaufs und der Ernährung. Stuttgart, 1883, p. 443.
- 4) J. Steinhau. Ueber Carcinom-Einschlüsse. Virchow's Archiv, Bd. 126, 1891, p. 533.
- 5) A. Kosiński. Zur Lehre von der Schleimmetamorphose der Krebszellen. Centralblatt f. allg. Pathol. u. patholog. Anatomie, Bd. III, 1892, Nr. 4, p. 145.
- 6) Buhl. Ueber die Bildung der Eiterkörperchen. Virchow's Archiv, Bd. 16, 1859, p. 168. — Ein Fall von ulcerativer Pylephlebitis, Bildung der Eiterkörper. Virchow's Archiv, Bd. 21, 1861, p. 480.
- 7) Rindfleisch. Ueber die Entstehung des Eiters auf Schleimhäuten, Virchow's Archiv, Bd. 21, 1861, p. 486.
- 8) O. Wysz. Beitrag zur Kenntniss des Herpes Zoster. Arch. der Heilkunde. XII Jahrgang, 1871, p. 261.
- 9) L. Popow. Ueber Veränderungen im Gehirn bei Abdominaltyphus und traumatischer Entzündung. Virchow's Archiv, Bd. 63, 1875, p. 421. — Ueber Veränderungen im Gehirn bei Flecktyphus, Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften 1875, N. 36, p. 596. — Ueber Veränderungen im Gehirn bei Abdominal und Flecktyphus und bei traumatischer Entzündung. Virch. Arch. Bd. 87, 1882, p. 39.
- 10) Kolesnikow. Pathologische Veränderungen im Nervensystem bei der Wuthkrankheit. Centralblatt f. med. Wiss. 1875, N. 50, p. 853. — Zmiany patologiczne w układzie nerwowym psów przy wścieklicznie. Archiwum Rudniewa, t. XI, 1877 r. (po ros.). — Ueber patholog. Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks der Hunde bei der Lyssa, Virch. Arch. Bd. 85, 1881, p. 445.

¹¹⁾ W a s i l i e w. Ueber die Veränderungen des Gehirns und der Herzganglien bei der Lyssa. Centralblatt f. med. Wissensch. 1876, N. 36, p. 628.

¹²⁾ Herzog C a r l i n B a y e r n. Untersuchungen über die Anhäufung weisser Blutkörper in der Gehirnrinde. Virchow's Archiw, Bd. 69, 1877, p. 55.

¹³⁾ A. R o s e n t h a l. Ueber die anatomischen Veränderungen im Gehirn bei infectiösen Krankheiten. Centralblatt f. med. Wissensch. 1881, N. 20, p. 353.

¹⁴⁾ F. A. Ł o m i ń s k i. Przyczynek do nauki o zwyrodnieniu komórek nerwowych, Wracz, 1884, Nr. 37, str. 635 (po ros.).

¹⁵⁾ M. P o p o w. O zmianach elementów nerwowych w centralnym układzie nerwowym przy wściekliznie, Warsz. wiad. uniwersyt. 1890, Nr. 3 (po ros.).

¹⁶⁾ E b e r t h. Zur Entstehung der Schleimkörper, Virchow's Archiv, Bd. 21, 1861, p. 106.

¹⁷⁾ K. A r n s t e i n. Ueber Beckerzellen und ihre Beziehung zur Fettresorption und Secretion. Virchow's Arch. Bd. 39, 1867, p. 527.

¹⁸⁾ J. M. J a k i m o w i c z, Przyczynek do nauki o złożonym podziale komórek (*karyokinesis*), Wiadom. hyg. społecz. T. XI, 1891 r., ks. II, r. IV, p. 75 (po ros.).

¹⁹⁾ Porów. S. M. Ł u k j a n o w a sub. Nr. 1, str. 285 i nast.

²⁰⁾ Patrz sub. Nr. 2.

²¹⁾ E. D o w n a r o w i c z. Przyczynek do nauki o zmianach w rdzeniu kręgowym przy zupełnem głodzeniu się, Gaz. szpit. B o t k i n a, 1892 r., Nr. 26, str. 609 (po ros.).

²²⁾ W, M. B e c h t e r e w. Półkule mózgowe. Zasady anatomii mikroskopowej człowieka i zwierząt pod redakcją M. D. Ł a w d o w s k i e g o i F. W. O w s i a n n i k o w a, t. II, St.-Petersburg, 1888 r., str. 913 i nast. (po ros.).

²³⁾ M. F l e s c h. Ueber die Verschiedenheiten im chemischen Verhalten der Nervenzellen. Bern 1888. Patrz ref. w Centralblatt f. Physiologie, Litteratur, 1888, N. 6, p. 154.

²⁴⁾ W. K o r y b u t t - D a s z k i e w i c z. Wird der thätige Zustand des Centralnervensystems von mikroskopisch wahrzunehmenden Veränderungen begleitet? Archiv f. mikroskop. Anatomie, Bd. 33, 1889, p. 51.

²⁵⁾ M. M. P o p o w. Przyczynek do anatomii patologicznej idyotyzmu, Warszaw. wiad. uniwers., 1891 r., Nr. 7 (po ros.).

²⁶⁾ R y c h l i ń s k i. Przyczynek do nauki o ostrych psychozach. Gazeta lekarska, 1892 r., str. 377 i 405.

²⁷⁾ B u c e l s k i. O zmianach w ośrodkach podkorowych mózgowia przy bezwładzie postępującym. Dyssert., 1892 (po ros.).

²⁸⁾ F. H o f m e i s t e r. Zur Lehre von Pepton, III. Ueber das Schicksal des Peptons im Blute. Zeitschrift f. physiol. Chemie, Bd. V 1881, p. 127.

²⁹⁾ v. R e c h l i n g h a u s e n. Patrz sub. Nr. 3, p. 446.

³⁰⁾ T. M. Z a w a r y k i n. Ueber die Fettresorption im Drünn-
darm. Pflügers Arch. Bd. 31, 1883, p. 231.

³¹⁾ C h. S. S h e r r i n g t o n u. C b. B a l l a n c e. Ueber
die Entstehung des Narbengewebes, das Schicksal der Leukocyten und
die Rolle der Bindegewebskörperchen. Centrallblat f. allgem. Pathologie
u. pathol. Anatomie, I Bd., 1890, N. 22, p. 697.

³²⁾ K a r g. Studien über transplant. Haut. Entwicklung und
Bedeutung des Hautpigmentes. Archiv von D u B o i s - R e y m o n d,
1888, p. 369.

³³⁾ E. K l e b s. Die Bildung des Kern. Chromatin; Fortschritte
der Medicin, Bd. 6, 1888, N. 23, p. 906.—Die allgemeine Pathologie oder
die Lehre von den Ursachen und dem Wesen der Krankheitsprocesse.
II Theil, Jena, 1889, p. 524 i d a l e j.

³⁴⁾ H. B u c h n e r. Die chemische Reizbarkeit der Leukocyten
und deren Beziehung zur Entzündung und Eiterung. Berl. klin. Wochen-
schrift, 1890, N. 47, p. 1084.

³⁵⁾ L. c., p. 1087.

³⁶⁾ A. W a l t e r. Eine neue Methode der Untersuchung der
Centralnervensystems. Centralblatt f. d. medicin. Wissenschaft. 1868,
N. 29, p. 449.

³⁷⁾ F l e i s c h l u. ³⁸⁾ W i d e r s h e i m e r. Podręcznik H.
O e r s t e i n e r ' a, Anleitung beim Studien des Baues der nervösen
Centralorgane, 2 Auflage, Leipzig u. Wien, 1892, p. 163.

³⁹⁾ C h. B e e v o z. Die Kleinhirnrinde. Archiv von D u B o i s -
R a y m o n d, 1883, p. 365.

⁴⁰⁾ W l a s s a k. Das Kleinhirn das Frosches, Archiv von D u
B o i s - R a y m o n d, 1887, suppl. Bd., p. 109.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA GRUŹLICY KRTANI resp. PŁUC

zapomocą podskórnych wstrzykiwań tiozynaminy.

Napisał

Dr. Jan Sędziak,

*b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Św. Ducha
w Warszawie.*

Próby racjonalnego leczenia gruźlicy płuc i krtani, dokonywane przed paru laty przez Roberta KOCH'A z tuberkuliną, jakkolwiek nie dały na razie zadawalniających rezultatów, nie pozostały jednak bezowocnymi. I nic dziwnego, myśl bowiem sama była bądź co bądź genialną. Podjęli ją i w dalszym ciągu nad udoskonaleniem metody KOCH'A pracowali KLEBS (*tuberculocidina*), następnie zaś EICHBERG i THORNER ¹⁾, obaj z Cincinnati. Ci ostatni do doświadczeń używali odpowiednio zmodyfikowanej (*resp.* oczyszczonej) przez HUNTER'A tak zwanej B—tuberkuliny, przyczem otrzymywać mieli wcale niezłe rezultaty, pierwszy przy gruźlicy płuc, drugi — krtani. W dalszym ciągu LIEBREICH zalecał analogicznie działający kantarydijan potasu; wreszcie w ostatnich zupełnie czasach, gdyż jesienią roku zeszłego, HEBRA ²⁾, znany dermatolog wie-

1) Some experiments with modified tuberculin. The treatment of tuberculous laryngitis with modified tuberculin. 1893, The medical News. Reprints.

2) Wiadomości terapeutyczne. Gaz. lek., 1893, 1

deński, podał na zjeździe międzynarodowym bardzo zachęcające rezultaty nad stosowaniem (podskórnie) tiozynaminy przede wszystkim przy wilku, a poczęści i przy gruźlicy płuc.

Zachęcony pomyślnymi wynikami przez HEBRĘ otrzymanymi, postanowiłem przeprowadzić szereg prób w celu przekonania się, o ile środek ten (tiozynamina) okaże się również skutecznym przy gruźlicy krtani *resp.* płuc.

Zanim przystąpię do szczegółowego opisu spostrzeganych przezemnie przypadków (ogółem 11, z tych 10 gruźlicy płuc i krtani, 1 wilka), poświęcę słów parę samemu środkowi.

Tiozynamina (*thiosinaminum*), inaczej *allylsulfo (thio) carbamidum*—allylsiarko-mocznik, wyrażający się formułą: $\text{CS} \begin{matrix} \text{NH} \\ \text{NH}_2 \end{matrix} \text{C}_3\text{H}_5$, przedstawia się w postaci proszku białego, nieco błyszczącego, krystalicznego, bez zapachu, o smaku gorzkim—rozpuszczalnego w wodzie, alkoholu i eterze.

Doświadczenia na zwierzętach (psach) wykazały zupełną nieszkodliwość podskórnych wstrzykiwań tiozynaminy, której działanie jest analogicznem do tuberkuliny, różni się zaś jedynie brakiem odczynu ogólnego, stanowiącego, jak wiadomo, ujemną stronę środka KOCH'A. Podobnie jak tuberkulina, i tiozynamina zastrzyknięta w okolicy odległej od miejsca chorobowo zmienionego, tylko w tem ostatniem wywołuje odczyn miejscowy.

W przypadkach moich trzymałem się ściśle przepisu HEBRY, a więc używałem do zastrzykiwań 15% alkoholowego roztworu tiozynaminy ¹⁾.

Zwykle do iniekcji podskórnych używałem przestrzeni międzyłopatkowej, wyjątkowo tylko wykonywałem głębokie śródmiąższowe zastrzykiwania w pośladki. Wogóle wyznać tu muszę, że iniekcje tiozynaminy są dość bolesne, prawdopodobnie wskutek użycia alkoholowego roztworu, ból zresztą, aczkolwiek czasami bardzo dokuczliwy, trwa

¹⁾ Dostarczonego mi przez tutejszych aptekarzy, pp. Wendę i Wiorogórskiego.

zazwyczaj krótko. Zbytecznym będzie dodawać, że zastrzykiwania wykonywałem przy zastosowaniu najściślejszych zasad antyseptyki, pomimo to jednak pare razy skonstatowałem tworzenie się nacieczenia zapalnego, który jednak po zwykłych w tych razach środkach (zimne okłady etc.) rozchodził się bez ropienia.

Trzymając się zasady, że z dawkowaniem każdego nowego, a więc niezbyt jeszcze wypróbowanego środka, zwłaszcza zaś podskórnie stosowanego, należy być bardzo ostrożnym—zaczynałem od najmniejszych dawek, a więc od 2-ch przedziałek strzykawki PRAVAZ'A, co odpowiada 0,030 grm. tiozynaminy—minimalna dawka przez HEBRĘ używana. Z początku zwykle wstrzykiwanie robiłem dwa razy tygodniowo, następnie częściej, co trzeci, a nawet co drugi dzień, zwiększając coraz dawkę o jedną przedziałkę; w ten sposób dochodziłem niekiedy do całej szpryki, *resp.* 0,15 grm.; naturalnie pilną zawsze zwracałem uwagę na odczyn, zarówno miejscowy, jak i ogólny. Ten ostatni przy gruźlicy płuc i krtani czasami występuje, jak to już i HEBRA zaznacza, radząc z tego powodu ostrożne stosowanie tiozynaminy u suchotników.

Obecnie przechodzę do szczegółowego opisu spostrzeżanych przezemnie przypadków, pozostawiając na koniec uwagi krytyczne co do działania tiozynaminy przy gruźlicy płuc i krtani.

P r z y p a d e k I. S., lat 46, pisarz prywatny, z oddziału dra DUNINA w szpitalu Dzieciątka Jezus, którego uprzejmości, jakoteż łaskawej pomocy asystentów kol. DĄBROWSKIEGO, SKŁODOWSKIEGO, panny SALBERG, kol. JASIŃSKIEGO i ŁUKASZEWICZA, zarówno tę, jak i parę innych obserwacji zawdzięczam.

Chory od 5 miesięcy, chrypka i ból przy łykaniu przeważnie twardych pokarmów od 3 miesięcy. Żadnych nadużyć, przymiotu nie przechodził (przed kilkunasty laty *ulcus molle cum bubone secundar.*), krwiopłucia nie było. Brak dziedzicznych momentów. Badanie wykonane dnia 7 Marca 1893 r., wykazało stan następujący: Budowa i odżywianie bardzo dobre. Stan bezgorączkowy (36,4), kaszel niewielki, u prawego szczytu *induratio (matitas, expiratio bronchialis, bronchophonia*, nieco rzężeń drobno-wilgotnych—*subcrepitationes*). U lewego szczytu od tyłu *expiratio prolongata*.

Plwocina nie zawiera laseczników KOCH'A, (poprzednio z polecenia innego specjalisty przyjmował jodek potasu [parę flaszek] bezskutecznie). Waga ciała 163 funt. Ilość moczu 610 ctm. sz., białka nie

zawiera. Jamy nosowa i nosogardzielowa zmian wyraźnych nie posiadają. *Hypertrophia tonsillae lingualis majoris gradus* (wypełnia *valleculae*, przylegając do nagłośni). *Larynx: infiltratio magna epiglottidis, praecipue in parte sinistra*, na krtaniowej powierzchni nagłośni przy przejściu prawych $\frac{2}{3}$ części ku lewej $\frac{1}{3}$ owrzodzenie głębokie, szczelinowate z ząbzionymi brzegami. Nacieczenie dość znaczne więzu nagłośnonalewkowego lewego, w jego głównie przedniej części lekki obrzęk tylnej ścianki. Duży nasięk prawej fałszywej struny, przykrywającej zupełnie prawdziwą, w przedniej części infiltratu owrzodzenie okrągławe, około 5 mm. średnicy mające, pokryte szarawym nalotem. Z lewej strony struny normalne. Prawa połowa krtani mało ruchoma.

Tegoż dnia, t. j. 7 Marca, dokonałem 1-go zastrzyknięcia tioszynami w ilości 0,030 grm. (2 przedziałki) pod skórę między łopatki (po uprzednim dokładnem zdezynfekowaniu skóry), ból silny, lecz krótkotrwały. Wieczorem ciepłota 36,8. Odczyn miejscowy bardzo słaby (w 6 godzin po zastrzyknięciu), lekkie zaczerwienienie zajętych miejsc krtani; ogólnego niema wcale. Wogóle chory nie czuje żadnej zmiany. — Dnia 8 Marca ciepłota rano 36,8, wieczorem 37,2; chryпка i *dysphagia* bez zmiany, w krtani *status idem*, zaczerwienienie jedynie ustąpiło.

Dnia 9 Marca rano ciepłota 36,6, 2-gie zastrzyknięcie tioszynami w ilości 0,045 grm. (3 przedziałki). Ból dość silny. Ilość uryny 1,500 ctm. sześć. białka niema. Wieczorem ciepłota 39,0, (jeszcze rano przed zastrzyknięciem skarżył się chory na silne dreszcze, następnie poty i lekkie zaburzenie żołądkowe,—rozwołnienie, które szybko zresztą ustąpiło). Dnia 10 Marca rano ciepłota 36,6, wieczorem 37,2, moczu 1,600 ctm. bez białka. Chory czuje się dobrze, dreszczy niema. Subiektywnie (chryпка—*dysphagia*) stan bez zmiany. Obiektywnie—nacieczenie nagłośni nieco jakby mniejsze, owrzodzenie bez zmiany, obrzęk tylnej ścianki nieco mniejszy, dość żywe zaczerwienienie zajętych części. W płucach stan bez zmiany. — Dnia 11 Marca rano ciepłota 37,0, wieczorem 37,4. Znowu rozwołnienie (7 stolców płynnych). Ilość uryny 500 ctm. sześć. W krtani owrzodzenie na nagłośni zaczyna się nieco oczyszczać, toż samo na strunie fałszywej prawej; infiltrat tej ostatniej jednak bez zmiany. Subiektywnie chory nie czuje poprawy.

Dnia 12 Marca rano ciepłota 36,4, moczu 500 ctm. sześć. 3-cie zastrzyknięcie tioszynami w ilości 0,060 grm. (4 przedziałki), ból mały. Wieczorem ciepłota 36,8. — Dnia 13 Marca rano ciepłota 36,4. Uryuy 1,000 ctm. sześć. białka nie zawiera. Kaszel o wiele mniejszy, *in pulmonibus—status idem*. Głos i łykanie bez zmiany. Owrzodzenia, zwłaszcza na strunie fałszywej prawej, czystsze, powierzchowniejsze; nasięk nagłośni nieco mniejszy, lekkie zwiększenie zabarwienia błony śluzowej zajętych części.

Dnia 14 Marca rano ciepłota 36,4. Moczu 1,600 ctm. sześć. bez białka. 4-te zastrzyknięcie tioszynami w ilości 0,075 grm. (pół szpryki PRAVAZ'A), wieczorem ciepłota 36,8. — Dnia 15 Mar-

ca rano ciepłota 36,8; poraz pierwszy od początku leczenia chory zaznacza, że mu łatwiej jest łykać, chrypka bez zmiany. Wyraźniejsze, niż zwykle, objawy miejscowego odczynu w krtani, żywe zaczerwienienie i obrzęk zajętych części. Owrzodzenie coraz czystsze. Stan ogólny również o wiele lepszy (apetyt). Ilość moczu 1,500 ctm. sześć., białka niema. Wieczorem ciepłota 36,7.

Dnia 16 Marca rano ciepłota 36,6. Moczu 1,750 ctm. sześć. bez białka. Objawy reakcyjne ustąpiły w zupełności, nacieczenie nagłośni nieco mniejsze. 5-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,075 grm. (6 przedziałek), ból lekki. Wieczorem ciepłota 36,8.— Dnia 17 Marca rano ciepłota 37,0, wieczorem 36,8. Lekkie zaczerwienienie zajętych miejsc, zresztą stan bez zmiany.— Dnia 18 Marca. *Status afebrilis*, ilość moczu 2,000 ctm. sześć., białka nie zawiera. Płwocina badana poraz drugi nie wykazuje laseczników gruzliczych. Subiektywnie chory nie czuje poprawy; głos i łykanie bez zmiany. Obiektywnie również niezbyt wielka różnica; nacieczenie nagłośni mało co mniejsze, owrzodzenie na niej wprawdzie czystsze, jednak nie goi się w dalszym ciągu. Nacieczenie prawej struny fałszywej prawie bez zmiany, owrzodzenie zato o wiele ma lepszy wygląd. W płucach objawy zgęszczeń szczytów, zwłaszcza prawego bez zmiany. Kaszel mały. Stan ogólny stale niezły. — Dnia 19 Marca. Stan stale bezgorączkowy. Ilość moczu 3,500 ctm. sześć. bez białka.

Dnia 20 Marca. 6-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,090 grm. (7 przedziałek). *Status afebrilis*. Ilość moczu 2,800 ctm. sześć. Dnia 21 Marca. Prawie żadnej reakcji miejscowej—ogólnej wcale. Subiektywnie i obiektywnie stan bez zmiany. Gorączki niema. Ilość moczu 2,500 ctm. sześć. bez białka.—Dnia 22 Marca. Ilość moczu 3,000 ctm. sześć., bez białka. *Status idem*. W obec braku w płwocinie laseczników gruzliczych (po dwakroć), w obec prawie zupełnego braku działania tiozynaminy na sprawę chorobową w krtani, pomimo, iż już raz, *kali jodatam*, jak chory utrzymuje, było stosowaniem, mimo stanowczego zaprzeczania przez chorego przymiotu, wstrzymałem się z dalszem zastrzykiwaniem tiozynaminy, zaleciwszy choremu jodek potasu początkowo po 5 gr. na dawkę, następnie po 10 gr. 3 razy dziennie. Po kilku fiaskach, przyczem wystąpiło *acne jodatam*, stan miejscowy w krtani nietylko się nie a nie nie poprawił, lecz przeciwnie nasięki nagłośni i struny fałszywej prawej większe. Infiltrat tylnej ściany; owrzodzenie na nagłośni większe. Chrypka i *dysphagia* większe. Stan ogólny dotychczas wcale niezły, zaczął się pogorszać. Tym sposobem rezultat po jodku potasu był najzupełniej ujemnym, a że ponowne (3-cie) badanie płwociny wykazało wreszcie, acz nieliczną, obecność laseczników gruzliczych, przeto powróciłem znowu do wstrzykiwań tiozynaminy.

Dnia 4 Kwietnia wykonałem 7-me z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y zużywszy 0,120 grm., t. j. 8 przedziałek szpryki PRAVAZ'A, ból niewielki. Stan stale bezgorączkowy. — Dnia 5 Kwietnia. Subiektywnie chory czuje się lepiej, *dysphagia* mniejsza, głos również

jakby nieco lepszy. Odczyn miejscowy znaczny, zaczerwienienie i obrzęk zajętych części duże.

Dnia 6 Kwietnia. *Status afebrilis*. Objawy reakcyjne ustąpiły prawie zupełnie. 8-me z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,150 grm., t. j. cała szprycka PRAVAZ'A. Bolesność duża. Ilość moczu 2,250 ctm. sześć. bez białka. Ciepłota wieczorem 37,0.—Dnia 7 Kwietnia rano ciepłota 38,6. Dreszcze, ból silny i obrzmienie ograniczone (bez zaczerwienienia jednak skóry) w miejscu zastrzyknięcia (prawa przestrzeń międzyżebrowa). Ilość moczu 4,000 ctm. sześć., białka nie zawiera. Zalecono zimne kompresy. Łykanie coraz lepsze. Ruchliwość prawej połowy krtani nieco większa. Nasięk nagłośni dużo mniejszy, owrzodzenie czystsze, zresztą stan bez zmiany, w płucach również objawy szczytowych induracji *in statu quo*. Wieczorem ciepłota 36,6.—Dnia 8 Kwietnia rano ciepłota 38,0. Ilość moczu 2,400 ctm. sześć. bez białka. Ból i lekkie zaczerwienienie na miejscu zastrzyknięcia. Wieczorem ciepłota 36,6. Subiektywnie (chrypka, łykanie) chory czuje się o wiele lepiej; obiektywnie również nacieczenie mniejsze, owrzodzenie więcej powierzchowne.

Dnia 9 Kwietnia rano ciepłota 36,4. Ilość moczu 2,500 ctm. sześć. bez białka. 9-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,15 grm., t. j. cała szprycka PRAVAZ'A. Zaczerwienienie i obrzmienie w miejscu zastrzyknięcia coraz mniejsze. Wieczorem ciepłota 38,2. Kaszel, w płucach nieco rzężeń.—Dnia 10 Kwietnia rano ciepłota 36,6. Ilość moczu 3,250 ctm. sześć. bez białka. Wieczorem ciepłota 37,0. Subiektywnie i obiektywnie stan prawie bez zmiany.

Dnia 11 Kwietnia rano ciepłota 36,3. Ilość moczu 3,000 ctm. sześć. bez białka. 10-o z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y (cała szprycka PRAVAZ'A) miąższowa w lewy pośladek, lekki ból tępy, rozszerzający się do kolana. Wieczorem ciepłota 36,8. Bólu na miejscu poprzedniego zastrzyknięcia niema. Reakcja słaba.—Dnia 12 Kwietnia rano ciepłota 36,8. Ilość moczu 3,250 ctm. sześć. bez białka. Wieczorem ciepłota 37,0. *Dysphagia* mniejsza. Głos nieco czystszy. Infiltrat prawej fałszywej struny nieco mniejszy, tak, iż widać wązki rąbek prawdziwej prawej, która zmian, zdaje się, nie przedstawia; ruchliwość prawej połowy krtani nieco mniejsza. Owrzodzenie w przedniej części struny fałszywej prawej prawie zagojone. Obrzęk tylnej ścianki (zwłaszcza z prawej strony) nieznaczny. Infiltrat nagłośni, oraz owrzodzenie na niej, jakkolwiek nieco mniejsze, jednak stosunkowo bardzo opornie się zachowuje. — Dnia 13 Kwietnia rano ciepłota 36,8, w wieczorem 36,6 Ilość moczu 4,000 ctm. sześć. bez białka. *Status idem*.

Dnia 14 Kwietnia rano ciepłota 36,8. Ilość moczu 3,200 ctm. sześć. bez białka. 11-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y (cała szprycka PRAVAZ'A) w prawy pośladek, ból tępy w kierunku prawego kolana. Wieczorem ciepłota 37,0. Reakcja (zaczerwienienie dość słabe).—Dnia 15 Kwietnia rano ciepłota 36,5, wieczorem 36,8. Subiektywnie i obiektywnie zmiany żadnej zauważyć się nie daje.

Dnia 16 Kwietnia rano ciepłota 37,0. Ilość moczu 3,200 ctm. sześć. bez białka. 12-te i ostatnie zastrzyknięcie tioszynaminy w ilości 0,150 grm., t. j. cała szprycka PRAVAZ'A, podskórnie, w przestrzeni międzyłopatkowej lewej. Ból słaby. Wieczorem ciepłota 36,6.—Dnia 17 Kwietnia rano ciepłota 36,4, wieczorem 37,2. Ilość moczu 3,000 ctm sześć. bez białka. Nacieczenie nagłośni (zwłaszcza lewej połowy), oraz więzu nagłośnio-nalewkowego lewego większe. Zresztą *status idem*. Ból przy łykaniu, oraz chryпка znowu większa. Kaszel męczący, w płucach objawy zgęszczeń szczytowych jakoby wyraźniejsze. Rzężenia drobne, wilgotne. Stan ogólny nieco gorszy. Daje się zauważyć pewne wycieńczenie. — Dnia 18 Kwietnia rano ciepłota 36,4. Ilość moczu 2,500 ctm. sześć. bez białka. Stan bez zmiany; chory traci wiarę w skuteczność aplikowanej metody. Ciężar ciała wynosi 161 1/4 funt. (prawie 2 funty stracił na wadze). Odtąd wstrzymano dalsze stosowanie tioszynaminy, nie widząc z wyjątkiem jakiejś nieznacznej poprawy w krtani, wyraźniejszego działania dodatniego tego środka, stosowanego wciągu 1 1/2 miesiąca, tem więcej, że i sam chory zaczął się już niecierpliwić.

Przeszedłem następnie do miejscowego leczenia zmian gruźliczych w krtani zapomocą metodycznych wcierań kwasu młocznego (50, 75 do 100%), lecz i ten środek nie wywarł absolutnie żadnego działania; ostatecznie chory w parę tygodni potem wypisał się ze szpitala prawie bez poprawy.

P r z y p a d e k II. O., lat 35 licząca, żona stolarza, z oddziału dra CHEŻMOŃSKIEGO (w szpitalu Dzieciątka Jezus), którego uprzejmości zawdzięczam tę, jakoteż i parę innych obserwacyj.

Chora narzeka na kaszel i chrypkę, trwające od roku łykanie dobre, męczące natomiast uczucie zasychania w gardle. Przedtem zdrowa. Krwioplucia nie było. Siostra jej zmarła jakoby z powodu gruźlicy płuc i gardła. W ostatnich czasach zauważyła wychudnienie. Wspomina, że poprzednio miewała gorączkę (poty, dreszcze), obecnie czuje się od pewnego czasu lepiej.

Badanie, wykonane dnia 25 Lutego 1893 r., wykazało stan następujący: Budowa normalna, odżywianie dość liche. Stan bezgorączkowy (37,3), w płucach *condensatio extensa in apicibus, praecipue dextra* (stępienie, oddech oskrzelowy, *bronchophonia*, przy kaszlu nieco drobnych wilgotnych rzężeń (*subcrepitationes*). Inne narządy wewnętrzne zmian wybitniejszych nie przedstawiają. W nosie z lewej strony na *septum membranaceum* rozszerzone naczynia. Chora wspomina o częstych lewostronnych krwawieniach z nosa. Pozatem *rhinitis chronica in stadio atrophiae incipientis*.

W gardzieli i krtani błona śluzowa wogóle blada. Oprócz tego w krtani struna fałszywa lewa mocno nacieczona dość słabo zaczerwieniona, gładka, z wyjątkiem silniej infiltrowanej przedniej części, która przedstawia również silniejsze zabarwienie, oraz powierzchnię zlekka owrzodzoną (*ulcus superficiale*) pokrytą szarym nalotem. Struny praw-

dziwej lewej nie widać, tylko przy głębokiej inspiracji widać jej tyłu odcinek pod postacią bladego wąskiego, normalnego zresztą rąbka. Prawa połowa krtani o wiele mniej zmieniona, jedynie przedni koniec struny fałszywej, nieco infiltrowany, zakrywa w części normalną prawdziwą. Nagłośnia, oraz tylna ściana zmian żadnych nie przedstawiają, z wyjątkiem pewnej bladoci błony śluzowej. Toż samo ruchy fonacyjne i inspiracyjne najzupełniej normalne.

W dniu następnym, t. j. 26 Lutego, przystąpiłem do pierwszej z e g o z a s t r z y k n i ę c i a t i o z y n a m i n y,

Status afebrilis. Tętno 88. *Respiratio* 24. Ilość moczu 1,100 ctm. sześć. (przy jednym płynnym stolcu), ciężar gatunkowy 1,020; białka nie zawiera. Chora w drugim dniu miesiączki. Waga (ciężar ciała 47,25 kg. W płwocinie znaleziono laseczniki gruźlicze, acz w niewielkiej ilości.

W zwykły sposób zastrzyknięto jedną przedziałkę szpryki PRAVAZ'A, t. j. 0,03 grm. tiozynaminy. Ból przytem nieznaczny. W 6 godzin potem zbadana krtąn wykazała co następuje: Obie struny fałszywe, zwłaszcza lewa, przedstawiają się mocno obrzmiałe i żywo zaczerwienione, owrządzenie natomiast jakby nieco czystsze. Chrypka większa, chora skarży się na lekkie utrudnienie i bóle przy łykaniu. Stan bezgorączkowy (37,6), wogóle żadnej różnicy w stanie ogólnym. Kaszel nieco większy, w płucach u szczytów nieco więcej rzężeń.

Dnia 27 Lutego. *Status afebrilis* (37,2). Tętno 108. oddechów 32. Ilość moczu 1,000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1,017, białka nie zawiera. Chrypka nieco mniejsza, *dysphagia* nieznaczna, w krtani obrzmienie, oraz zaczerwienienie strun fałszywych nieco mniejsze, (większe jednak jeszcze, niż przed zastrzyknięciem tiozynaminy). Owrządzenie coraz więcej powierzchowne, pokryte słabym nalotem. Kaszel mniejszy, w płucach stan bez zmiany. Wieczorem ciepłota 38,0.

Dnia 28 Lutego rano ciepłota 37,0, tętno 100, oddechów 24. W krtani objawy reakcyjne ustąpiły. Nacieczenie strun fałszywych, jakoteż i owrządzenie nieco mniejsze, chrypka mniejsza, *dysphagii* niema. W płucach *status quo ante*. Wieczorem ciepłota 36,8.

Dnia 1 Marca rano ciepłota 38,0. 2-gie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,045 grm. (trzy przedziałki PRAVAZ'A), ból tym razem był silny, lecz krótkotrwały. Ilość moczu 1450 ctm. sześć., ciężar 1016. Wieczorem ciepłota 37,2. Chrypka znowu nieco większa, lekka *dysphagia*, na strunach fałszywych obrzęk i zaczerwienienie nieco większe (mniej wyrażony odczyn miejscowy, niż po pierwszym zastrzyknięciu). W płucach objawy zgęszczeń szczytowych jakby nieco wyraźniejsze, rzężeń wilgotnych drobnych (*subcrepitationes*) więcej.

Dnia 2 Marca rano ciepłota 37,2 wieczorem 37,8. Subiektywnie czuje się nieco lepiej; chrypka mniejsza, *dysphagii* niema. W krtani nacieczenie strun fałszywych mniejsze, tak, że już wązki brzeg struny prawdziwej lewej nieco jest widzialny, w tylnej zaś części prawej w ca-

łej rozciągłości. *In pulmonibus status quo.* Ilość moczu 1450 ctm. sześć. ciężar 1016.

Dnia 3 Marca rano ciepłota 37,7, wieczorem 38,4. *Status idem.* — Dnia 4 Marca rano ciepłota 37,6, tętno 120, odd. 28. Wieczorem ciepłota 38,0. Chrypka coraz mniejsza, chora skarży się tylko na lekki ból z lewej strony krtani. Nacieczenie na prawej strunie fałszywej w przedniej części o wiele mniejsze, z lewej strony również częściowo się zmniejsza, wrzód podgaja się. W płucach rżęzenie drobne u szczytów stale się trzymają, zresztą stan bez zmiany.

Dnia 5 Marca rano ciepłota 37,4, tętno 104, odd. 24. 3-ci z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y, jak zwykle, w przestrzeni międzypłatkowej w ilości 0,06 grm., t. j. 4 przedziałki szpryki PRAVAZ'A, ból nieznaczny. Wieczorem ciepłota 37,8. Reakcja miejscowo nieznaczna, wyrażająca się lekkim zaczerwienieniem i obrzmieniem strun fałszywych, głównie lewej. Kaszel nieco większy, w płucach rżęzenia obfitsze. Zresztą chora czuje się nieźle.

Dnia 6 Marca rano ciepłota 37,6, tętno 108, odd. 28, wieczorem ciepłota 38,6. Ilość moczu 600 ctm. sześć. W krtani zaczerwienienie strun fałszywych nieznaczne, struna prawdziwa lewa coraz więcej wystaje z pod odpowiedniej fałszywej, głos lepszy, łykanie dobre. W płucach objawy zajęcia szczytów wyraźniejsze, zwłaszcza z lewej strony od tyłu, gdzie poprzednio *respiratio indeterminata* zaczyna przybierać coraz coraz więcej charakter oskrzelowy. Nieco rżężeń. — Dnia 7 Marca rano ciepłota 36, 7, tętno 104, odd. 36. Wieczorem ciepłota 38,8. *Status idem.* — Dnia 8 Marca rano ciepłota 37,2, wieczorem 38,2. Stan ogólny zaczyna się nieco pogarszać, osłabienie, kaszel większy, głos zato coraz lepszy; w krtani infiltrat na prawej strunie fałszywej prawie ustąpił, na lewej o wiele się zmniejszył. Owrzodzenie w przedniej części struny fałszywej lewej prawie zagojone.

Dnia 9 Marca rano ciepłota 36,6, tętno 96, odd. 28. 4-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w zwykły sposób w ilości 0,075 (pół szpryki PRAVAZ'A), ból nieznaczny. Chora od wczoraj narzeka na dość silny ból przy łykaniu. Przy badaniu lusterkiem krtaniowym znalazłem *in rimula*, t. j. w przestrzeni międzynałekowej, nacieczenie, oraz wystający rodzaj ząbka, który przy KILLIAN'owskim badaniu (głowa chorej nachylona silnie ku przodowi, tak, że podbródek dotyka *sternum*, lekarz bada w pozycji klęczącej), okazuje się brzegiem dość niewielkiego owrzodzenia, umiejscowionu na tylnej ścianie krtani. Inne części bez zmiany. Wieczorem ciepłota 38,0. Reakcja słaba, zaczerwienienie i obrzmienie tylnej ścianki rozszerza się aż do *proc. vocalis* lewej strony. Chrypka i *dysphagia* większe.

Dnia 10 Marca rano ciepłota 36,8. Chora czuje się dużo lepiej, łykanie i głos lepsze. Nacieczenie tylnej ścianki mniejsze, owrzodzenie czystsze, więcej powierzchowne. W płucach, jakoby z lewej strony znowu oddech był mniej wyraźnie oskrzelowym. Kaszel mniejszy, rżężeń mało. Wieczorem ciepłota 38,0.

Dnia 11 Marca rano ciepłota 37,0, tętno 92, odd. 28. Chora wogóle czuje się coraz lepiej, kaszel mniejszy, lekkie rozwolnienie (2—3 stolce). *In larynge status melior* (nacieczenia, zwłaszcza na tylnej ściance, mniejsze; owrzodzenie się podgaja). Łykanie niezłe, chrypka mała.

Dnia 12 Marca rano ciepłota 37,0. Waga ciała zwiększyła się o 0,75 grm. (48 kilo). 5-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,090 grm., t. j. 6 przedziałek PRAVAZ'A, ból bardzo gwałtowny, trwający kilka minut. Wieczorem ciepłota 37,8.

Dnia 13 Marca rano ciepłota 37,0, tętno 100, odd. 36. Stan ogólny coraz lepszy, chrypka mniejsza, łykanie dobre, w krtani zaledwie ślad reakcyi (lekkie zaczerwienienie zajętych części). W płucach stan bez zmiany. Wieczorem ciepłota 37,8.

Dnia 14 Marca rano ciepłota 37,0, tętno 104, odd. 32. *In larynge*, nacieczenie struny fałszywej lewej prawie bez zmiany, mniejsze jednak, niż przed rozpoczęciem zastrzykiwań. Obrzęk tylnej ścianki o wiele mniejszy, owrzodzenie prawie zagojone. Łykanie i głos niezłe. W płucach nacieczenie szczytów bez zmiany, z lewej strony tylko jakby mniej nieco wyrażone. Wieczorem ciepłota 38,4.

Dnia 15 Marca rano ciepłota 37,0, tętno 100, odd. 30. 6-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,105 grm., t. j. 7 przedziałek szpryki PRAVAZ'A. Ból silny. Ilość moczu 600 ctm, sześć., (przy paru płynnych stolcach), białka niema. Wieczorem ciepłota 37,8.

Dnia 16 Marca rano ciepłota 37,0, tętno 94, odd. 36. Ilość moczu 600 ctm. sześć., białka nie zawiera. *Status generalis bonus*. Kaszel mały w płucach *st. quo*. Krtąń: lekkie zaczerwienienie strun fałszywych, zwłaszcza lewej i tylnej ścianki. Infiltrat struny fałszywej lewej mniejszy, tak, że brzeg normalny odpowiedniej struny prawdziwej widzialny w $\frac{2}{3}$ częściach tylnych. Owrzodzenie w przedniej części struny fałszywej lewej zagojone. *Ulcus in parte posteriori laryngis* zaczyna się goić. Łykanie dobre. Wieczorem ciepłota 38,0.

Dnia 17 Marca rano ciepłota 36,8, tętno 98, odd. 30. Ilość moczu 700 ctm. sześć. Wieczorem ciepłota 37,8.

Dnia 18 Marca rano ciepłota 36,8, tętno 98, odd. 32. Ilość moczu 1,000. *Status subiectivus* coraz lepszy. Kaszel mały. Łykanie dobre, chrypka mała. W płucach zgęszczenie przeważnie u prawego szczytu. W krtani na tylnej ściance lekki tylko obrzęk. *Ulcus* prawie zagojony, zresztą *status quo ante*. Wieczorem ciepłota 37,8.

Dnia 19 Marca. *Menstruatio*. Ciepłota rano 38,4. Ilość moczu 1,000 ctm. sześć. Stan ogólny gorszy, chora narzeka na ból przy łykaniu, osłabienie, brak apetytu. Zresztą obiektywnie *st. idem*, wieczorem ciepłota 38,8. — Dnia 20 Marca rano ciepłota 37,8. Ilość moczu 1,600 ctm. sześć. wieczorem ciepłota 38,8. Osłabienie coraz większe. — Dnia 21 Marca ciepłota 37,8, wieczorem 39,0. Ilość moczu 600 ctm. sześć.

Dnia 22 Marca rano ciepłota 38,6, wieczorem 39,2. Ilość moczu 700 ctm. sześć. Osłabienie coraz większe, pomimo to ciężar ciała podniósł się blisko o 2 kilo (49,1) w ciągu miesiąca.

Dnia 23 Marca rano ciepłota 37,6, wieczorem 39,2. Osłabienie w dalszym ciągu, dreszcze i poty wieczorami. W płucach objawy zgęszczeń u szczytów znowu wyraźniejsze; przy kaszlu, zwłaszcza z prawej strony, dość liczne rżenia wilgotne. Chrypka większa. Łykanie utrudnione i bolesne. Zaczerwienienie i obrzęk tylnej ścianki krtani, zwłaszcza z lewej strony, znowu większe. Infiltrat struny fałszywej lewej bez zmiany, inne części również bez zmiany.

Dnia 24 Marca rano ciepłota 37,6. 7-me z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,120 grm., t. j. 8 przedziałek szprycki PRAVAZ'A. Wieczorem ciepłota 39,8, chora czuje się jednak ogólnie lepiej, *in larynge* objawy miejscowe dość silnie wyrażone, t. j. zaczerwienienie i obrzęk miejsc chorobowo zmienionych. W płucach rżenia dość obfite, kaszel większy.

Dnia 25 Marca rano ciepłota 37,4, tętno 112, oddechów 32, wieczorem ciepłota 39,0. Stan ogólny coraz lepszy, osłabienie mniejsze, apetyt lepszy. Rozwolnienie ustaje. *Dysphagia* mała, głos czyściejszy, obrzęk tylnej ścianki mniejszy, zresztą *status idem*.

Dnia 26 Marca rano ciepłota 37,6, wieczorem 39,2. Ilość moczu 500 ctm. sześć. Chora uskarża się na dokuczliwy szum w głowie, oraz przytępienie słuchu. Badanie uszów wykazuje tylko w niewielkim stopniu wciągnięcie błon bębenkowych. Stan ogólny znowu zaczyna podupadać. Głos natomiast coraz lepszy. *In larynge* infiltrat struny fałszywej lewej o tyle mniejszy, że całą widać strunę prawdziwą normalną. *Dysphagii* niema. Infiltrat tylnej ścianki bardzo mały, *in pulmonibus signa destructionis incipientis in apicibus*.

Dnia 27 Marca rano ciepłota 37,4, wieczorem 39,2, szum w głowie bez zmiany. Krwiopłucie, ilość moczu 300 ctm. sześć. — Dnia 28 Marca rano ciepłota 37,0, tętno 100, odd. 32. Wieczorem ciepłota 39,4. Ilość moczu 400 ctm. sześć. Osłabienie coraz większe. *Haemoptoe* stało, zresztą stan bez zmiany.

Dnia 29 Marca rano ciepłota 37,0. 8-me z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,135 grm., t. j. 9 przedziałek szprycki PRAVAZ'A; ból mały. Wieczorem ciepłota 39,8. — Dnia 30 Marca rano ciepłota 37,0, wieczorem 39,7. Osłabienie coraz większe, szum w głowie bezustanny, słuch coraz gorszy. W uszach *st. idem*. W krtani lekkie zaczerwienienie tylnej ścianki i struny fałszywej lewej, zresztą stan bez zmiany. Głos niezły, łykanie dobre. W płucach objawy poczynającego się rozpadu coraz wyraźniejsze.—Dnia 31 Marca rano ciepłota 38,0, wieczorem 39,6. Ilość moczu 800 ctm. sześć.

Dnia 1 Kwietnia ciepłota 37,2, wieczorem ciepłota 39,0. — Dnia 2 Kwietnia rano ciepłota 37,0, wieczorem 39,6. Osłabienie silne, szum; *in larynge*, umiarkowany infiltrat lewej struny fałszywej, przy fonacji widać prawdziwe obie niezmienione, schodzące się zupełnie. *In pulmonibus st. idem*.

Dnia 3 Kwietnia ciepłota rano 37,8, wieczorem ciepłota 39,8. — Dnia 4 Kwietnia ciepłota rano 37,8. 9-te i ostatnie zastrzyknięcie tietiozynaminy w ilości 0,150 grm., t. j. całą szprycę PRAVAZ'A; wieczorem ciepłota 39,2. Reakcyja słaba, lekkie zaczerwienienie i obrzmienie struny fałszywej lewej i tylnej ścianki. Osłabienie silne, szum w głowie bezustanny. Ilość moczu 750 ctm. sześć. *In pulmonibus st. idem.*

Dnia 5 Kwietnia rano ciepłota 37,8, wieczorem 39,2. Objawy odczynu miejscowego ustąpiły, zresztą stan bez zmiany. — Dnia 6 Kwietnia rano ciepłota 36,8, wieczorem 39,4. — Dnia 7 Kwietnia rano ciepłota 38,3, wieczorem 39,8. — Dnia 8 Kwietnia rano ciepłota 37,6, wieczorem 39,2. Osłabienie w znacznym stopniu, szum w głowie, słuch przytępiony. Kaszel, w płucach objawy rozległych infiltratów u szczytów, przeważnie u prawego, jakoteż poczynającego się rozpadu, rżenia wilgotne obfite. Głos niezły, łykanie dobre. Chora skarży się na ustawiczne zasychanie w gardle. W krtani infiltrat struny fałszywej lewej o wiele mniejszy, przeważnie w przedniej $\frac{1}{3}$ części, z pod niej w całej rozciągłości widać brzeg wazki normalnej struny prawdziwej, inne części, z wyjątkiem lekkiego obrzęku tylnej ścianki, zmian nie przedstawiają. Owrzodzenia zagojone. Odtąd chora przedstawiała stan coraz gorszy, mianowicie ogólny i ze strony płuc, w krtani natomiast stan się mniej więcej trzymał bez zmiany; w obec tego wstrzymałem się od dalszych wstrzykiwań tietiozynaminy. W kilka tygodni przy objawach wycieńczenia chora zmarła. Sekcyja nie była robiona.

Przypadek III. K., lat 29, żona kotlarza. Z oddziału dra CHEŁMOŃSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus. Od roku chora, (kaszel, wychudnienie, w ostatnich czasach poty nocne, dreszczyki, rozwolnienie). Chrypka od dwóch miesięcy, przed trzema miesiącami trzykrotna *pneumorrhagia*, bez *diatezy*. Badanie w dniu 1 Marca 1893 roku wykazało co następuje: Budowa prawidłowa, odżywianie nędzne, kaszel, stan bezgorączkowy (37,2), w płucach w niewielkiej ilości laseczniki KOCH'A. W płucach pod prawym obojczykiem stępienie *exp. bronchophonia*, wilgotne rżenie z charakterem dźwięcznym przy kaszlu. Z lewej strony *expiratio prolongata*. W innych narządach zmian wybitniejszych niema. Ilość moczu 560 ctm. sześć, ciężar właściwy 1019 biało w dość znacznej ilości. — Chrypka umiarkowana, łykanie dobre, w krtani nacieczenie tylnej ścianki, *perichondritis arthenoidea dextra*, ruchy prawej połowy krtani nieco upośledzone. Struny zarówno fałszywe, jakoteż prawdziwe i nagłośnia zmian nie przedstawiają, błona śluzowa, pokrywająca te części, jakoteż i w gardzieli, nieco anemiczna.

Dnia 2 Marca rano ciepłota 37,6. 1-sze zastrzyknięcie tietiozynaminy w ilości 0,030 grm., t. j. dwie przedziałki szprycy PRAVAZ'A, (w przestrzeni międzybrowej) ból mały. Wieczorem ciepłota 37,6. Odczyn dość słaby i to tylko miejscowy, wyrażający się, co najwięcej w 6 godzin po zastrzyknięciu, nieznacznym zaczerwienieniem, raz obrzmieniem zajętych części. — Dnia 3 Marca rano ciepłota 37,2,

wieczorem 38,0. Objawy reakcyjne znikły, zresztą stan zarówno ogólny, jakoteż w krtani i płucach bez zmiany. — Dnia 4 Marca rano ciepłota 38,3, wieczorem 38,1. Ilość moczu 450 ctm. sześć., (rozwolnienie w dalszym ciągu), ciężar 1016, białko, cylindry szkliste w małej ilości. Subiektywnie chora jakoby lepiej się czuje, głos również nieco lepszy, infiltrat tylnej ścianki jakby nieco mniejszy, ruchy prawej połowy krtani również nieco lepsze.

Dnia 5 Marca rano ciepłota 36,6. Ilość moczu 300 ctm. sześć., (silne rozwolnienie), ciężar 1015, białko. 2-gie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,045 grm., t. j. 3 przedziałki szpryki PRAVAZ'A, ból mały. Wieczorem ciepłota 38,4.

Dnia 6 Marca rano ciepłota 37,0, wieczorem 37,7. Chrypka nieco większa, obrzęk i zaczerwienienie tylnej ścianki nieco większe. Mocny kaszel.—Dnia 7 Marca rano ciepłota 37,6, wieczorem 38,8, (dreszcze i poty). Subiektywnie czuje się lepiej, głos lepszy. Obiektywnie w krtani objawy reakcyjne ustąpiły, zresztą stan bez zmiany.

Dnia 8 Marca rano ciepłota 38,0, wieczorem 38,0, Ilość moczu 250 ctm. sześć., (stale rozwolnienie), ciężar 1017, białko. *Dysphagii* niema. W krtani obrzęk tylnej ścianki nieco mniejszy. W płucach wyraźny postęp sprawy chorobowej, u obu szczytów zgęszczenia rozległe; oprócz tego u prawego od przodu (pod obojczykiem) objawy dość dużej kawerny (*gargoulement*). Osłabienie silne.

Dnia 9 Marca rano ciepłota 37,8, wieczorem 37,6. Ilość uryny 500 ctm. sześć., (6—7 stolców płynnych). 3-cie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,060 grm. (4 przedziałki szpryki PRAVAZ'A), ból silny lecz krótkotrwały. Dnia 10 Marca rano ciepłota 37,6, wieczorem 37,6. Osłabienie coraz większe. Kaszel silny. W krtani stan prawie bez zmiany. Objawy reakcyjne bardzo nieznaczne (zaczerwienienie).—Dnia 11 Marca rano ciepłota 36,8, wieczorem 37,6. Rozwolnienie silne w dalszym ciągu, kaszel.

Dnia 12 Marca rano ciepłota 36,6, wieczorem 37,4, 4-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,075 grm. (półszpryki PRAVAZ'A), bólu niema.—Dnia 13 Marca rano ciepłota 36,8, wieczorem 37,6. Stan prawie bez zmiany. — Dnia 14 Marca rano ciepłota 36,6, wieczorem 36,8. Stan ogólny coraz gorszy, objawy rozpadu u szczytu prawego coraz wyraźniejsze. W krtani stan bez zmiany, obrzęk tylnej ścianki mały, łykanie dobre.

Dnia 15 Marca rano ciepłota 36,6, wieczorem 36,8. 5-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,090 grm. (6 przedziałek szpryki PRAVAZ'A), ból bardzo mały.—Dnia 16 Marca rano ciepłota 36,6. Chora znowu narzeka na bolesne łykanie, głos nieco gorszy. Obrzęk tylnej ścianki i zaczerwienienie dość znaczne, zresztą stan bez zmiany. Wobec powyższego stanu, jakoteż coraz trudniejszego badania krtani chorej zapomocą laryngoskopu, zaprzestałem dalszych wstrzykiwań tioczynaminy. W trzy dni potem chora zmarła.—Sekcja, wykonana w dniu 20 Marca przez pr. PRZEWOSKIEGO, wy-

kazała co następuje: *Perichondritis cricoarythenoidea dextra, infiltratio partis posterioris laryngis. Tuberculosis pulmonum (destructiones) et intestinorum Degeneratio amyloid. renum.*

P r z y p a d e k IV. W., lat 20, ślusarz. Z oddziału dra DUNINA.

Od trzech miesięcy chory, choroba zaczęła się nagle (po zaziębieniu) chrypką i bólem przy łykaniu (płynny śluz), następnie dołączył się kaszel, gorączka, poty i dreszcze. Wciążu tego czasu wychudł. Żadnych nadużyć. Bez usposobienia dziedzicznego, krwioplucia nie było, przymiotu również. Oddawna ropienie niewielkie z prawego ucha. Badanie dokonane dnia 15 Stycznia 1893 roku, wykazało stan następujący: Budowa prawidłowa, odżywianie dość łyche. Stan gorączkowy (38,0). W płucach u obu szczytów stępienie, wydech nieokreślony (z lewej strony od tyłu prawie oskrzelowy), *bronchophonia, subcrepitationes*. Krtani: nagłośnia, więzy nagłośnio-nalewkowe i struny fałszywe zmian nie przedstawiają. Obrzęk tylnej ścianki krtani średniego napięcia. Struny prawdziwe dość silnie zaczerwienione i obrzmiałe, na lewej brzeżne owrzodzenie lekkie, na prawej rozszczepienie dość głębokie wzdłuż całej struny (głębokie owrzodzenie podłużne). W okolicy lewego wyrostka głosowego owrzodzenie okrągłe w średnicy około pół ctm. mające, z brzegami nacieczonymi. Nos: *Deviatio sin. arcualis, hypertrophia conchae dextrae mediae*. Jama noso-gardzielowa: umiarkowany katar chroniczny przerostowy (muszle i migdał LUSCHKI). Ucho prawe: błona bębenkowa po oczyszczeniu z ropy obrzmiała, zaczerwieniona równomiernie. *pulsatio* w części przednio-dolnej (*perforatio*), *storrhoea modica*. WEBER +, zegarek słyszy na odległość 5 ctm, szepta na 1 metr. Plwocina zawiera laseczniki gruźlicze. Uryna białka nie zawiera.

Tegoż dnia wykonałem pierwsze zastrzyknięcie tiorynaminy, w okolicy podłopatkowej prawej w ilości 0,03 grm., t. j. dwie przedziałki PRAVAZ'A. Ból w miejscu ukłucia dość silny, trwający około minuty. Wieczorem ciepłota 38,8, objawy miejscowej reakcji w krtani słabo wyrażone, mianowicie lekkie zaczerwienienie i obrzmienie zajętych miejsc. W płucach stan bez zmiany.—Dnia 1 Stycznia ciepłota rano 39,2, w południe 38,7, wieczorem 39,0. Łyknięcie dobre. Chrypka mniejsza: W krtani nagłośnia, struny fałszywe i struny nagłośnio-nalewkowe lekko zaróżowione. Struny prawdziwe i tylna ścianka mniej czerwone, nieco mniej obrzmiałe. Owrzodzenia brzeżne na strunie prawdziwej prawej i *ulcus dissecans* wzdłuż lewej struny prawdziwej znacznie czystsze, toż samo i owrzodzenie w okolicy wyrostka głosowego lewego. W uchu zwiększona znacznie ilość ropy, po oczyszczeniu błona bębenkowa zaczerwieniona i obrzmiała, perforacja bez zmiany. Kaszel mniejszy, plwociny więcej. Chory wogóle czuje się o wiele lepiej. Uryna białka nie zawiera.

Dnia 17 Stycznia rano ciepłota 38,6, w południe 38,0, wieczorem 37,6. W krtani subiektywnie i obiektywnie stan bez zmiany, W płucach nieco więcej rzeżeń drobnych wilgotnych u szczytów. — Dnia 18

Stycznia rano ciepłota 37,6, w południe (przed zastrzyknięciem) 37,8. Głos lepszy, łykanie dobre. Krtań: obrzęk tylnej ścianki mniejszy, owrzodzenie w okolicy wyrostka lewego głosowego o wiele mniejsze, pozostałe owrzodzenia czystsze. 2-gie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,045 grm., t. j. 3 przedziałki PRAVAZ'A, pod skórę *in regione interscapulari sin.* Ból bardzo silny. Wieczorem ciepłota 39,0. — Dnia 19 Stycznia rano ciepłota 39,0, w południe 38,0, wieczorem 38,0. Ogólnie czuje się coraz lepiej, dreszcze i poty ustąpiły zupełnie, apetyt, stolce dobre. Sił więcej. Chrypka stale mniejsza, łykanie dobre. W krtani pewne ślady miejscowej reakcyi pod postacią lekkiego zaczerwienienia i obrzmienia zajętych miejsc. Kaszel mniejszy, pluje dużo (gęsta śluzo-ropna wydzielina). Ropienie w uchu mniejsze, błona bębenkowa nieco mniej obrzmiała i zaczerwieniona.

Dnia 20 Stycznia rano ciepłota 36,6, wieczorem 39,0. Kaszel mniejszy suchy, płociny mniej. W krtani infiltrat tylnej ścianki znacznie mniejszy, owrzodzenia coraz lepszy mają wygląd, wrzód w okolicy wyr. głos. prawie zagojony. W uchu *status idem*, słuch bez zmiany. — Dnia 21 Stycznia rano ciepłota 37,0, wieczorem 38,6. Stan bez zmiany.

Dnia 22 Stycznia rano ciepłota 38,0, wieczorem 39,2. *Dysphagii* niema. Obrzęk tylnej ścianki zupełnie ustąpił. Stan ogólny lepszy. U prawego szczytu od tyłu i lewego od przodu dużo wilgotnych drobnych rzężeń.

Dnia 23 Stycznia rano ciepłota 38,6. 3-cie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,06 grm. (4 przedziałki szpryki PRAVAZ'A), ból bardzo silny, lecz krótkotrwały. W godzinę po zastrzyknięciu ciepłota 37,5, wieczorem 38,0. — Dnia 24 Stycznia rano ciepłota 37,6. Stan ogólny lepszy. Kaszel silny. Chrypka nieco mniejsza, łykanie dobre, objawy reakcyjne słabe (lekkie zaczerwienienie i obrzmienie zajętych części). — Dnia 25 Stycznia rano ciepłota 38,0, w południe 39,0, wieczorem 37,4. Stan krtani lepszy: owrzodzenia brzeżne mniejsze, rozszczepienie lewej struny prawdziwej mniej wyraźne, owrzodzenie w okolicy lewego wyrostka głosowego prawie zagojone, tylna ścianka normalna. W uchu stan prawie bez zmiany. — Dnia 26 Stycznia rano ciepłota 38,0, w południe 38,6, wieczorem 38,2. *Status idem.* — Dnia 27 Stycznia rano ciepłota 37,2, wieczorem 39,2. — Dnia 28 Stycznia rano ciepłota 38,6, w południe 39,4, wieczorem 37,4. Stan ogólny niezły. Kaszel mniejszy, w płucach i uchu stan bez zmiany, w krtani nacieczenie strun mniejsze, owrzodzenia czystsze okazują skłonność do zagojenia. — Dnia 29 Stycznia rano ciepłota 37,2, w południe 37,8, wieczorem 39,0. Chory zaczyna narzekać na lekką *dysphagię*. Stan ogólny nieco gorszy (dreszczyki) w płucach bez zmiany, nieco tylko mniej rzężeń. W krtani znowu lekki obrzęk i zaczerwienienie tylnej ścianki, zresztą stan bez zmiany.

Dnia 30 Stycznia. Waga ciała 111 funtów (o 4½ funt. mniej, niż przed dwoma tygodniami), ciepłota rano 37,4, w południe 37,4. 4-te z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,075 grm. (pół

szprycki PRAVAZ'A), ból niewielki. W godzinę po zastrzyknięciu ciepłota 37,8, wieczorem 39,0. — Dnia 31 Stycznia rano ciepłota 38,5, wieczorem 39,0. Chrypka większa. Łykanie nieco bolesne. Zaczerwienienie i obrzmienie strun większe. Obrzęk tylnej ścianki. W uchu, po usunięciu znacznej ilości ropy, dość silne obrzmienie i zaczerwienienie błony bębenkowej, perforacja *in statu quo*, toż samo i słuch. Stan ogólny coraz gorszy (dreszcze, poty).

Dnia 1 Lutego rano ciepłota 37,4, wieczorem 38,6. W płucach wyraźne objawy rozpadu u obu szczytów (u prawego od przodu *gargoulement*, u lewego *resp. fere amphorica*). Chrypka, *dysphagia*. Obrzęk (infiltrat) tylnej ścianki większy. Zaczerwienienie i obrzmienie strun nieco większe. Wrzód w okolicy lewego wyrostka głosowego nieco się rozszerzył. Zresztą stan bez zmiany.—Dnia 2 Lutego rano ciepłota 36,6. Stałe pogorszenie się stanu ogólnego i sprawy chorobowej w płucach. Wobec tego zaprzestałem dalszych zastrzykiwań tiozynaminy, chory pozostawał w obserwacji przez dni 10 (wypisał się), przyczem obok ciąglego upadku sił i coraz większego rozpadu w płucach, stan w krtani nieco się znowu poprawił, mianowicie *dysphagia* znowu ustąpiła, chrypka mniejsza, obrzęk tylnej ścianki prawie ustąpił, zresztą stan bez zmiany.

P r z y p a d e k V. D'É., lat 66 liczący, b. urzędnik. Z kliniki prof. STOLNIKOWA (na sali kol. ŁUGOWSKIEGO, kurator stud. V-go kursu Zakrzewski).

Od 9-ciu miesięcy kaszel, chrypka, *dysphagia*, od pół roku duszność. Przedtem zdrów, nadużyć nie było. Bez *diatezy*, przymiotu nie przechodził, krwoplucia nie było. *Emaciatio*. Badanie, wykonane dnia 30 Stycznia 1893 r., wykazało stan następujący: Budowa prawidłowa odżywianie łyche, *status subfebrilis* (38,0), u obu szczytów (wyraźniej u prawego od tyłu) zgęszczenie, (stępienie, oddech prawie oskrzelowy, głos wzmożony, przy kaszlu z lewej strony nieco drobnych wybitnych rzężeń). Płwocina, poprzednio kilkakrotnie badana, uie zawierała łaseczników gruźliczych. W moczu dość znaczna ilość białka. Krtan: nagłośnia, *lig. aryepiglotticum sin.*, lewa struna fałszywa normalna, lewa struna prawdziwa nieco nacieczona, nierówna (chropowata powierzchnia). Prawa połowa krtani zupełnie nieruchoma wskutek zajęcia stawu obrączko-nalewkowego (*perichondritis crico-arythenoidea dextra*). Tylna ścianka krtani silnie nacieczona, nierówna. W przedniej części struny fałszywej prawej infiltrat, wskutek czego pokrywa ona strunę prawdziwą prawą, widzialną tylko w tylnym jej odcinku (normalna). Wiąz nagłośnio-nalewkowy prawy w tylnej części również infiltrowany. Wogóle szpara głosowa przy najgłębszej inspiracji przedstawia się wąską, około 3 mm. mającą, ztąd *stridor inspiratorius*. *Rhinitis chronica in stadio atrophiae incipientis*. Na *septum membranaceum* z obu stron (wyraźniej z prawej) *varices*. Waga ciała 47,6 kilogramów. Zanim przystąpiłem do zastrzykiwań tiozynaminy, zaleciłem choremu przez kilka dni jodek potasu w zwiększonej dawce (po 10 gr. 3 razy dziennie). Stan jednak o wiele się pogorszył, wystąpiło *haemoptoe*, duszność większa. W krtani

obrzęk zajętych części większy. Wobec tego zaprzestano dalszego użycia *kali jodati*, i dnia 30 Stycznia 1893 roku dokonałem 1-go z a s t r z y k n i ę c i a t i o z y n a m i n y w ilości 0,03 grm., (t. j. 2 przedziałki 15^o/_o roztworu szprycki PRAVAZ'A), ból przytem był nieznaczny. W godzinę po zastrzyknięciu (w przestrzeni międzybrowej prawej) ciepłota 36,4, wieczorem 38,2. Oddech nieco swobodniejszy. Stan ogólny lepszy. Badanie krtani wykazało: zaczerwienienie i obrzęk tylnej ścianki, prawej struny fałszywej i *lig. aryepigl. dextr.* większe, dużo śluzu. Prawa połowa krtani nieco ruchoma, szpara głosowa przy najgłębszej inspiracji szersza (około 5 mm.). W płucach stan bez zmiany. W nocy jakoby wystąpił dość silny atak duszności, dreszcze, poty, osłabienie.—Drugiego dnia (31 Stycznia) jednak stan ogólny zarówno jak i miejscowy w krtani o wiele lepszy. Duszność mała, ruchliwość prawej połowy krtani, acz nieznaczna, jednak wyraźna, większego jakiegóś obrzęku i zaczerwienienia części zajętych nie zauważyłem. Ciepłota rano 37,0, wieczorem 36,8. — Dnia 1 Lutego ciepłota 36,2, wieczorem 36,8. W krtani stała poprawa, nacieczenie struny fałszywej prawej mniejsze. Struna prawdziwa lewa gładka. Tylne ścianka mniej obrzęknięta. Duszność mniejsza, łykanie lepsze. Głos bez zmiany —Dnia 2 Lutego rano ciepłota 36,4, wieczorem 37,0, stan bez zmiany. W płwocinie znowu nie znaleziono laseczników KOCH'A.

Dnia 3 Lutego rano ciepłota 38,0. 2-gie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,045 grm. (3 przedziałki szprycki PRAVAZ'A), ból mały, krótkotrwały.—Dnia 4 Lutego rano ciepłota 36,6, wieczorem 36,5. Oprócz lekkiego zaczerwienienia i obrzęku (reakcyjnego) zajętych części żadnych zmian niema. Duszność mała, łykanie mało bolesne.—Dnia 5 Lutego rano ciepłota 36,6, wieczorem 37,0. — Dnia 6 Lutego ciepłota 36,8, wieczorem 37,0. *Rima glottidis* szersza, oddech coraz swobodniejszy.—Dnia 7 Lutego *Status afebrilis*, stan ogólny niezły. Mocz 750 ctm. sześć.—Dnia 8 Lutego rano ciepłota 38,4. Ilość moczu 500 ctm. sześć. Kaszel większy. Duszność większa. *Dysphagia*, wogóle stan o wiele gorszy. W krtani obrzęk tylnej ścianki powiększył się. Waga ciała 47 kilogramów (a więc 0,6 kilo. mniej niż poprzednio). 3-cie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,045 grm. (3 przedziałki szprycki PRAVAZ'A), bólu niema, wieczorem ciepłota 37,8.

Dnia 9 Lutego rano ciepłota 37,2, wieczorem 36,8. Ilość moczu 1,800 ctm. sześć. Chory czuje się lepiej. Oddech znowu swobodniejszy. łykanie lepsze. Chrypka bez zmiany. W krtani nacieczenie tylnej ścianki nieco mniejsze. Prawa połowa krtani nieco ruchoma, zresztą stan bez zmiany. W płucach toż samo.

Dnia 10 Lutego rano ciepłota 37,8, wieczorem 37,6. — Dnia 11 Lutego rano ciepłota 36,6, wieczorem 36,5, *status quo ante*.—Dnia 12 Lutego rano ciepłota 37,4, wieczorem 38,8. Subiektywnie chory czuje się nieco gorzej (większe osłabienie). Zresztą łykanie i oddech niezłe. W krtani wyraźniejszych różnic nie daje się zauważyć. — Dnia 13 Lutego rano ciepłota 37,4, wieczorem 37,2. — Dnia 14 Lutego rano ciepłota

37,0, wieczorem 37,5. Stan ogólny coraz gorszy, w płucach objawy rozległych zgęszczeń u szczytów (przeważnie prawego, gdzie również przy kaszlu daje się zauważyć nieco wilgotnych drobnych rzężeń). Głos stale zachrypnięty, łykanie nieco więcej bolesne, duszność większa. W krtani dość znaczny obrzęk i zaczerwienienie tylnej ścianki, zwłaszcza zaś przelykowej powierzchni. Zresztą inne części bez zmiany. W moczu białka jakby nieco mniej. Z powodu coraz gorszego stanu ogólnego, jakoteż z powodu niechęci chorego do dalszych zastrzykiwań tiozynaminy, zaprzestano takowych. W 10 dni potem przy objawach upadku stanu ogólnego, oraz stopniowego pogorszenia się stanu w płucach, jakoteż i w krtani (infiltrat i owrzodzenie tylnej ścianki duże, owrzodzenia na strunach, ruchliwość prawej połowy krtani coraz mniejsza), chory zmarł. — Sekcja dokonana przez pr. PRZEWOSKIEGO wykazała owrzodzenia, oraz infiltraty na strunach: krtaniowej powierzchni nagłośni i tylnej ściance, oraz w zatoce MORGAGNI'ego. Tchawica również zajęta sprawą chorobową (drobne owrzodzenie na błonie śluzowej). W płucach, obok rozedmy, u szczytów (przeważnie u prawego) większe ogniska gruźlicze w stanie zwyrodnienia serowatego. *Nephritis chr. diffus.* *Ulcerata tbr.* w kiszce ślepej.

P r z y p a d e k VI. Ł., lat 29 liczący, giser. Z oddziału prof. STOLNIKOWA (ordynator kol. SYLWESTROWICZ, którego uprzejmości, zarówno jakoteż i innych ordynatorów (kol. BRUNNER) tej kliniki zawdzięczam ten i parę innych przypadków).

Chory od kilku lat cierpi na kaszel, chrypkę i duszność (15 lat w zajęciu), przed 5-ciu laty *haemoptoe*, drugi raz przed rokiem. W ostatnich czasach wycieńczenie, poty, dreszcze. Bez *diatezy*, *abusus in Baccho*. Przymiotu nie przechodził. Badanie, dokonane w dniu 25 Lutego 1893 r., wykazało: Budowa prawidłowa, odżywianie łyche, stan bezgorączkowy. W płucach zgęszczenie u prawego szczytu (stępienie, *bronchophonia*), auskultacja w ogóle trudna z powodu silnej stenozy inspiracyjnej. W płucach laseczni gruźlicze w niewielkiej ilości. Chrypka, *dysphagia*, *Infiltratio sat magna epiglottidis, partis posterioris et chordae spuriae dextrae, perichondritis arythenoidea duplex*. Struny prawdziwe (prawej widać tylko tylny odcinek) zmętniałe, chropowate. Przy najgłębszym wdechu *rima glottidis* wynosi 2—3 mm., *dyspnoe magna*. Przy fonacji ruchy normalne. W innych narządach zmian wybitnych niema.

Dnia 26 Lutego. *Status afebrilis*. Ciepłota rano 37,6. Ilość moczu 500 ctm. sześć., białka nie zawiera. Waga ciała 52,8 kilogramów. 1-sze z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,03 grm. (2 przedziały szpryki PRAVAZ'A), ból bardzo mały. Wieczorem ciepłota 37,6.—Dnia 27 Lutego rano ciepłota 36,8, wieczorem 37,5. Ilość moczu 750 ctm. sześć. Nieco białka. Stan ogólny nieco lepszy, oddech swobodniejszy. W krtani lekkie zaczerwienienie i obrzęk zajętych części. Szpara głosowa przy wdechu nieco szersza. W płucach stan bez zmiany.

Dnia 28 Lutego rano ciepłota 37,0, wieczorem 36,7. Łykanie lepsze, oddech również, głos bez zmiany. Objawy reakcyjne ustąpiły. Infiltrat struny fałszywej prawej i tylnej ścianki jakby nieco mniejszy. — Dnia 1 Marca. Białko znikło. Ciepłota rano 38,4, wieczorem 36,8. Subiektywnie i obiektywnie zmian niema.

Dnia 2 Marca rano ciepłota 37,0. 2-gie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,045 grm. (3 przedziałki szpryki PRAVAZ'A), wieczorem ciepłota 36,8. — Dnia 3 Marca rano ciepłota 37,0, wieczorem 37,2. Duszność i kaszel mniejsze, głos również nieco czystszy, w krtani nasięk tylnej ścianki i struny fałszywej prawej nieco mniejszy. Ruchy strun przy oddechaniu nieco większe. Objawy reakcyjne bardzo słabe (zacerwienie). — Dnia 4 Marca rano ciepłota 37,4, wieczorem 36,4, stan bez zmiany.

Dnia 5 Marca rano ciepłota 37,1. 3-cie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,06 grm. (4 przedziałki szpryki PRAVAZ'A), ból dosyć znaczny, krótkotrwały, wieczorem ciepłota 37,0. — Dnia 6 Marca rano ciepłota 38,0, wieczorem 37,8. Ciężar ciała 54,8 kgrm. (o 2 kilogramów więcej, niż przed 10 dniami). W krtani zacerwienie i obrzęk zajętych części dość znaczny, mimo to oddech swobodniejszy, gdyż ruchliwość prawej połowy krtani większa. — Dnia 7 Marca rano ciepłota 36,9, wieczorem 37,2. Subiektywnie czuje się nieco gorzej, chrypka większa, toż samo i duszność. W krtani zmian na gorsze nie można zauważyć. Pomimo to chory w dniu następnym, t. j. dnia 8 Marca, z powodu jakoby złego powietrza na sali ogólnej, wypisał się przy stanie bezgorączkowym (ciepłota 36,5), oddechu niezłym, w krtani nacieczenie tylnej ścianki i struny fałszywej prawej, a poczęści i nagłośni nieco mniejsze. Obrzęk chrząstek nalewkowych (*perichondritis arythnoidea*) prawie bez zmiany, ruchliwość jednak prawej połowy krtani wyraźnie, acz w niewielkim stopniu, zwiększona, szpara głosowa przy wdychu szersza. W płucach stan bez zmiany.

P r z y p a d e k VII. K., lat 30 licząca, żona dróżnika ze Skiernewic, (z oddziału dra CHEŁMOŃSKIEGO). Pierwotnie leczyła się u mnie w domu przez kilka tygodni (wcierania kwasu mlecznego z przemijającym efektem), z powodu zwiększającej się duszności, oraz ewentualnej tracheotomii, umieściłem ją w szpi talu Dzieciątka Jezus.

Anamnesis: Od 6-ciu miesięcy chrypka, ból przy łykaniu, kaszel, duszność stopniowo się zwiększająca. Przed 6 tygodniami *haemoptoe*, od tego czasu wychudnienie, poty nocne. Dziedziczność (matka zmarła na suchoty). Chora znajduje się w 7-ym miesiącu ciąży. Badanie wykonane w dniu 11 Maja 1893 roku wykazało co następuje: Budowa prawidłowa, odżywianie mierne, stan bezgorączkowy, tętno 90, odd. 30. Kaszel, w płucach: *in regione suprascapata dextra matitas, respiratio indeterminata, bronchophonia*, toż samo i z przodu (*reg. infraclav.*). W płwocienie laseczników nie znaleziono. Chrypka, *dysphagia, dyspnoe*. W krtani: *infiltratio tuberculosa* strun fałszywych, nasięk tylnej ścianki nierówny (*vegetationes tuberculosae*). Obrzęk obu chrząstek nalewkowych (*perichon-*

dritis arythenoidea duplex). Ruchliwość strun fałszywych przy iuspiracyi ograniczona, szpara głosowa wązka, ztąd *dyspnoe*. Nagłośnia normalna.—Dnia 12 Maja *status afebrilis*. Ilość moczu 500 ctm. sześć. białka nie zawiera.

Dnia 13 Maja. Przy stanie stale bezgorączkowym dokonałem 1-go z a s t r z y k n i ę c i a t i o z y n a m i n y pod skórę łopatki w ilości 0,03 grm., t. j. 2 przedziałki szprycki PRAVAZ'A 15^o/_o roztworu. Ból mały. Wieczorem stan bezgorączkowy, chory czuje się nieco lepiej, duszność mianowicie nieco mniejsza, w krtani lekkie zaczerwienienie zajętych części.—Dnia 14 Maja. Ilość moczu 500 ctm. sześć. bez białka. Stan bezgorączkowy, w płucach i w krtani bez zmiany.

Dnia 15 Maja 2-gie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,045 grm. (3 przedziałki PRAVAZ'A), ból dość znaczny.—Dnia 16 Maja. Stan bezgorączkowy, chrypka i duszność większa, łykanie gorsze. Dość silna reakcja w krtani (zaczerwienienie i obrzęk tylnej ścianki, jakoteż strun fałszywych większe).—Dnia 17 Maja. Subiektywnie czuje się nieco lepiej, zaczerwienienie zajętych części krtani mniejsze, nasięk guzowaty strun fałszywych jakby nieco mniejszy. Stan stale bezgorączkowy.

Dnia 18 Maja. 3-cie z a s t r z y k n i ę c i e t i o z y n a m i n y w ilości 0,06 grm. (4 przedziałki szprycki PRAVAZ'A), ból większy.—Dnia 19 Maja. Stan bezgorączkowy, chrypka, kaszel, duszność i *dysphagia* bez zmiany. W krtani słaba reakcja (zaczerwienienie tylnej ścianki i strun fałszywych), zresztą *status quo*. Stan ogólny gorszy (osłabienie). Dnia 20, 21 i 22 Maja chora zaczyna coraz więcej podupadać w stanie ogólnym, stan bezgorączkowy dotąd ustępuje od czasu do czasu podniesieniu wieczornemu ciepłoty (38—39^o), zjawiają się dreszcze, poty coraz większe; chora narzeka na złe powietrze, które ją dusi, domaga się wypisania ze szpitala, co i nastąpiło dnia 23 Maja; przytem stan ogólny chorej gorszy, w płucach zaś i krtani prawie bez zmiany.

P r z y p a d e k VIII. P. lat 25 licząca, panna. Z kliniki prof. TUMASA w szpitalu Dzieciątka Jezus (ordynatorzy kol. FRENKIEL i PRUSZYŃSKI).

Od pół roku chrypka, potem kaszel, od czasu do czasu *dysphagia*. *Emaciatio*, poty, dreszcze. Bez *diatezy*. Krwioplucia nie było. Badanie, wykonane dnia 20 Stycznia 1893 roku, wykazało stan następujący: Budowa prawidłowa, odżywianie nędzne, stan bezgorączkowy, kaszel. U prawego szczytu (wyraźniej od przodu) *signa indurationis* (*matitas, expiratio indeterminata, bronchophonia*). Płwocina zawiera laseczniki gruźlicze. Ciężar ciała 48,4 kilogram. Chrypka umiarkowana, *dysphagia* nieznaczna, objawy lekkiej duszności. W krtani lekki obrzęk i zaczerwienienie tylnej ścianki. Zaczerwienienie lekkie struny prawdziwej lewej, w tylnej $\frac{1}{3}$ części; w bliskości *processus vocalis sin.* narośl polipowata okrągła wielkości ziarnka pieprzu, o powierzchni gładkiej, białawej. Ruchliwość strun normalna. Inne narządy zmian nie przedstawiają. Mocz białka nie zawiera.

W dniu następnym, t. j. 21 Stycznia, dokonałem 1-go z a s t r z y k n i ę c i a t i o z y n a m i n y pod skórę w przestrzeni międzyłopatkowej prawej w ilości 0,03 grm., t. j. 2 przedziałki szpryki PRAVAZ'A. Ból bardzo silny, trwający dzień cały w okolicy zastrzyknięcia, jednak bez śladu jakiegokolwiek reakcyi zapalnej (chora histeryczka). Wieczorem, t. j. w 6 godzin po zastrzyknięciu, stan bezgorączkowy (37,5), w krtani zaczerwienienie i obrzęk tylnej ścianki krtani nieco większe; polip a n i ś l a d u r e a k c y i nie przedstawia.

Dnia 22 Stycznia. Stan bezgorączkowy. Kaszel mniejszy *in pulmonibus st. idem*. Chrypka bez zmiany, *dysphagii* niema. W krtani obrzęk i zaczerwienienie tylnej ścianki mniejsze. Polip bez zmiany. Chora nerwowo rozdrażniona nie zgadza się na dalsze zastrzykiwania tioczynami, utrzymując, że są bardzo bolesne.

P r z y p a d e k IX. S., lat 23 liczący, wyrobnik. Z oddziału dra DUNINA w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Anamnesis: Kaszel i chrypka oddawna, od 10 dni jakoby gorzej, osłabienie gorączka. Od roku ropienie z prawego ucha. Wycieńczenie. Żadnych nadużyć, przymiotu nie przechodził, od paru tygodni rozwolnienie. Dziedziczności niema. Badanie, dokonane dnia 20 Stycznia 1893 r., wykazało stan następujący: Budowa prawidłowa, odżywianie średnie. Stan gorączkowy (ciepłota 38,6). Kaszel silny, suchy; u obu szczytów (więcej z prawej strony od przodu i z lewej od tyłu), *mtt. exp. prolongata. bronchophonia subcrepitationes*. Prócz tego słycać rżżenia drobne wilgotne w paru innych punktach (np. pod łopatką) z prawej strony. Plwocina zawiera las. gruźlicze. Lekka chrypka. *dysphagii* niema. W krtani: zgrubienie (infiltrat) *in toto* nagłośni, lekki obrzęk tylnej ścianki, lekkie zmętnienie strnn prawdziwych, więcej prawej. W innych organach zmian wyraźniejszych niema. Mocz białka nie zawiera. *Otitis dextra purulenta chronica*, po oczyszczeniu z ropy (dość obfitej) zaczerwienienie, oraz obrzmienie błony bębenkowej, *perforatio s. magna* w przednim dolnym odcinku. Waga ciała 149 funtów.

Tegoż dnia w południe dokonałem 1-go z a s t r z y k n i ę c i a t i o z y n a m i n y w ilości 0,03 grm. (2 przedziałki szpryki PRAVAZ'A) pod skórę *in regione interscapulari dextra*, ból dość silny krótkotrwały. Wieczorem (w 6 godzin po zastrzyknięciu) ciepłota 39,0. Subiektywnie stan bez zmiany, obiektywnie w krtani: lekkie zaczerwienienie nagłośni, tylna ścianka dość silnie zaczerwieniona i obrzmiąta, pokryta obficie śluzem; zresztą stan bez zmiany. Mocz bez białka.

Dnia 21 Stycznia rano ciepłota 38,6, wieczorem 38,8. Stan prawie bez zmiany, tylko w krtani objawy reakcyjne o wiele mniejsze. — Dnia 22 Stycznia rano ciepłota 38,0, wieczorem 39,2. Stan ogólny niezły, w krtani obrzęk tylnej ścianki o wiele mniejszy, infiltrat nagłośni *in statu quo*. — Dnia 23 Stycznia rano ciepłota 38,8, wieczorem 38,6, chrypka mała, łykanie dobre. — Dnia 24 Stycznia rano ciepłota 38,6. Chory z powodu różnych okoliczności wypisał się ze szpitala, uniemożliwiając w ten sposób dalsze leczenie.

Przypadek X. M., lat 54 liczący, stolarz. Z kliniki prof. STOLNIKOWA w szpitalu Dzieciątka Jezus (na sali kol. KLEINA).

Anamnesis: Od 8-iu tygodni kaszel, chrypka, osłabienie, wycieńczenie poty, dreszcze. Bez uspos. dziedz., przymiotu nie przechodził. Badanie, dokonane w dniu 26 Lutego 1893 roku, wykazało stan następujący: Budowa normalna, odżywianie średnie, stan bezgorączkowy. Kaszel. U prawego szczytu od tyłu lekkie stępienie, wydech wydłużony, głos nieco wzmożony, nieco wilgotnych drobnych rzężeń, od przodu objawy zgęszczenia wyraźniejsze (*mtt. exp. indeterminata, bronchophonia*). Płwocina nie zawiera *bac. tbc.* Chrypka umiarkowana, *dysphagii* niema. W krtani nagłośnia tylna ścianka i struny prawdziwe normalne, struny fałszywe (zwłaszcza lewa) mocno infiltrowane, czerwone. Na lewej nieco brudnawego nalotu. Ilość moczu 650 etm. sześć, ślad białka.

Na drugi dzień, t. j. 27 Lutego, *status afebrilis*. 1-sze zastrzyknięcie tiosiynaminy w ilości 0,03 grm., t. j. 2 przedziałki szpryki PRAVAZ'A, w zwykły sposób dokonane. Bólu niema. Wieczorem stan bezgorączkowy, zaczerwienienie i obrzęk strun fałszywych nieco większe, zresztą stan bez zmiany.

Dnia 1 Marca. *Status afebrilis*. Subiektywnie chory czuje się o wiele lepiej, mianowicie chrypka dużo mniejsza. Infiltrat strun fałszywych mniejszy, wrzód na lewej czyściejszy, bez nalotu. W płucach toż samo.— Dnia 2 Marca. *Status afebrilis*. Stan subiektywny i obiektywny ten sam. W nocy nagle atak duszności, *dysphagia*.

Dnia 3 Marca. Stan bezgorączkowy; badanie krtani nie wykryło zmian żadnych, mogących wytlómaczyć owe pogorszenie, natomiast z lewej strony w gardzieli obrzęk (wypuklenie zaczerwienione), w okolicy lewego migdałka obrzęk silny i zaczerwienienie *uvulae (abscessus peritonsillaris sin)*. W parę dni, po samoistnem pęknięciu wrzodu, wyzdrowienie, chory jednak nie chciał się zgodzić na dalsze zastrzykiwania tiosiynaminy, przypisując im powyższe pogorszenie i wypisał się dnia 5 Marca ze szpitala.

Wreszcie przypadek XI. (*Lupus nasi*) dotyczył G., lat 27 mającego, wyrobnika, z kliniki chirurgicznej prof. TAUBERA w szpitalu Dzieciątka Jezus (na sali kol. BORSUKA, którego uprzejmości za wdzięczam niniejszy przypadek).

Anamnesis: Przed rokiem chory zauważył obrzmienie i zaczerwienienie prawego skrzydła nosa, poczem utworzenie się strupa. Obrzęk ten stopniowo zaczął się rozszerzać z jednej strony do wnętrza nosa, z drugiej zaś na prawy policzek. Przedtem zupełnie zdrowy. Obrzmienie to nie jest bolesnem dla chorego, tylko mocno swędzi. Przymiotu, jak stanowczo zapewnia, nie przechodził (żonaty i dietny). Pochodził z rodziny zdrowej. Badanie, dokonane w dniu 27 Kwietnia 1893 roku, wykazało stan następujący: Chory dobrze zbudowany i odżywiany, w organach wewnętrznych (w płucach etc.) zmian żadnych nie przedstawia. Stan bezgorączkowy, nie kaszle, nie pluje. Nos w całości (aż do podstawy) mocno obrzmiały i zaczerwieniony (sinawo), niebolesny; na prawy m

skrzydło nosa, mocno nacieczonem i zgrubiałem, którego brzeg wolny przedstawia się zniszczonym przez głębokie owrzodzenie, jakoteż na skórze policzka prawego, również infiltrowanej, zauważyć można guziczki twarde, obok tego zaś miejsca pokryte strupami, po usunięciu których widać owrzodzoną powierzchnię. Błona śluzowa lewej połowy nosa zmian nie przedstawia, natomiast prawe nozdrze zwężone, błona śluzowa na *septum* i muszli dolnej nacieczona, nierówna, przy dotyku krwawiąca. *Choanae*, o ile na to pozwalała dość trudna *rhinoscopia post.*, zmian nie przedstawiały. W gardzieli i krtani również. Ilość moczu 830 ctm. sześć., bez białka.

Tegoż dnia wykonałem 1-sze zastrzyknięcie tioczynamin y pod skórę w prawej przestrzeni międzyżebrowej w ilości 0,03 grm. Ból mały. Wieczorem stan bezgorączkowy. Miejscowy odczyn (w postaci zaczerwienienia i obrzmienia zajętych części nosa i policzka) słabo wyrażony.

Dnia 28 Kwietnia. Stwardnienie lewego skrzydła nosa jakby nieco mniejsze. Palenie słabsze, obrzęk i zaczerwienienie mniejsze. Ilość moczu 1,200 ctm. sześć., bez białka. 2-gie zastrzyknięcie tioczynamin y w ilości 0,045 grm., bez reakcyi.

Dnia 29 Kwietnia. 3-cie zastrzyknięcie tioczynamin y w ilości 0,06 grm., ból dość silny. Ilość moczu 1,030 ctm., bez białka. Obrzmienie i zaczerwienienie nosa i policzka większe, strup na prawem skrzydło nosa odpadł, powierzchnia granulująca.

Dnia 30 Kwietnia. 4-te zastrzyknięcie tioczynamin y w ilości 0,075 grm., t. j. pół szprycki PRAVAZ'A, silne obrzmienie i zaczerwienienie na miejscu odpadłego strupa, ból. Wstrzymałem się z zastrzykiwaniem aż do ustąpienia miejscowych objawów reakcyjnych.

D. 4 Kwietnia 5-te i ostatnie zastrzyknięcie tioczynamin y w ilości 0,09 grm. Reakcyja słaba, powierzchnia granulująca zdrowa, obrzęk i stwardnienie nosa i policzka mniejsze.—Dnia 6 Kwietnia. Znowu strup. Chory wypisał się, nie chcąc się zgodzić na dalsze zastrzykiwanie.

Obecnie przedstawię pokrótce krytyczny rozbiór spostrzeganych przezemnie przypadków, a to w celu umotywowania moich wniosków, (o ile naturalnie takowe są możliwe na podstawie tak szczupłego materiału), co do leczniczych własności podskórnych zastrzykiwań tioczynaminy przy gruźlicy krtani *resp.* płuc.

Co się przedewszystkiem tyczy przypadku 1-go, w którym dokonano największej ilości zastrzyknięć (12), w ilościach najwyższych (cała szprycka PRAVAZ'A, t. j. 0,150 grm. tioczynaminy—obserwacyja półtoramiesięczna), to początkowo przypadek ten przedstawiał wielkie trudności

rozpoznawcze. Z jednej bowiem strony obraz krtaniowy (nasięk i owrzodzenie nagłośni i struny fałszywej prawej), jakoteż zmiany induracyjne u szczytów płucnych przy braku przymiotu w anamnezie (wreszcie leczenia poprzednio bezskutecznie stosowanego), najwięcej przemawiały za gruźliczem cierpieniem tych narządów; z drugiej jednak strony stały brak laseczników gruźliczych w płwocinie, wygląd doskonały chorego, wreszcie stosunkowo słabe występowanie miejscowego odczynu przy stosowaniu podskórnem tiozynaminy, (który to odczyn w innych przypadkach stale w mniejszym lub większym stopniu występował), wszystko to rozpoznanie gruźlicy czyniło niezupełnie pewnem. Nasuwała się mianowicie możliwość przymiotowego cierpienia płuc, jak wiadomo, acz rzadko, lecz bezwątpienia się zdarzającego, oraz krtani, tem więcej, że obraz krtaniowy zarówno dla gruźlicy, jakoteż i dla syfilisu i w tym przypadku, jak to zresztą dość często bywa, charakterystycznym nie był. Wreszcie możliwą była kombinacyja obu tych cierpień. Dla rozstrzygnięcia tych wątpliwości, choremu jeszcze raz zaleciłem jodek potasu w zwiększonej dawce, gdy jednak takowy nietylko nie wywołał poprawy w stanie miejscowym krtani, a nawet wystąpiło częściowe pogorszenie, zaniechałem myśli o przymiocie, tem więcej, że ostatecznie ponowne, tym razem dodatnie, badanie płwociny rozpoznanie gruźlicy uczyniło pewnem. W przypadku tym oprócz przemijającej poprawy obiektywnej, jak oczyszczenie się owrzodzenia na nagłośni, lekkie zmniejszanie się nasięków, głównie na strunie fałszywej prawej, żadnego rezultatu ostatecznie od tiozynaminy nie otrzymałem. Dodam tu jednak nawiasowo, że i następczo przeprowadzone leczenie miejscowe, mianowicie kwasem mlecznym, nie doprowadziło również do żadnego rezultatu.

Przypadek ten wyróżniał się od innych tem, że po 8-em zastrzyknięciu wystąpił ograniczony nasięk w miejscu ukłócia, który jednak bez ropienia wkrótce przeszedł. W dalszym ciągu choremu temu zrobiłem parę miąższowych (w pośladki) zastrzykiwań tiozynaminy, które były wogóle nieźle znoszone.

I w tym, jak i w pozostałych przypadkach wybitniejszej jakiejś reakcyi ogólnej po zastosowaniu tiozynaminy nie widziałem; wprawdzie dwa razy nastąpiło podniesienie ciepłoty, lecz nie bezpośrednio (na drugi dzień) po zastrzyknięciu, prawdopodobnie zależnem było ono od innych przyczyn (zaburzenia gastrycznego?), zresztą nie ponawiało się. Co się tyczy reakcyi miejscowej, to ta, jak już wspomniałem, rzecz dziwna, była po większej części minimalną: lekkie zaczerwienienie, czasami nieco wyraźniejsze obrzmienie zajętych części krtani. W płucach absolutnie żadnych zmian przy powyższem leczeniu nie byłem w stanie zauważyć. Stan ogólny w początkach stale dobry, ku końcowi zaczął podupadać (zmniejszenie się wagi ciała o 2 funty). W przypadku tym również można było zauważyć stopniowe zwiększanie się ilości moczu na dobę, który stale białka nie zawierał.

Różnił się wielce co do działania tiozynaminy od poprzedniego przypadku 2-gi, w którym dokonano 9 zastrzyknięć, dochodząc również do znacznych dawek (cała szprycka PRAVAZ'A); obserwacja około dwumiesięczna. W przypadku tym od samego początku już po pierwszych zastrzyknięciach, przyczem odczyn miejscowy bywał dość silnie wyrażonym, można było zauważyć dość znaczne polepszenie i to nie tylko subiektywne (głos i łykanie lepsze), ale co ważniejsza obiektywne, (nasięki strun fałszywych mniejsze, zagajanie się owrzodzeń).

Wprawdzie stan ten ulegał chwilowym pogorszeniom, ostatecznie jednak pewnego wpływu wstrzykiwań tiozynaminy na sprawę gruźliczą w krtani zaprzeczyć nie można. Inaczej rzecz się miała ze sprawą gruźliczą w płucach, która prawie od pierwszych zastrzykiwań nie tylko się nie poprawiła, lecz przeciwnie, ulegała jakoby stopniowemu pogorszeniu (wyraźniejsze objawy zgęszczeń, wkońcu poczynający się rozpad). O ile winną tu była tiozynamina, nie chcę przesądzać, to jednak zdaje się nie ulegać wątpliwości zarówno na zasadzie tego, jak i innych spostrzeżeń, że środek ten dodatniego wpływu leczniczego na sprawę gruźliczą w płucach nie ma.

Co się tyczy zachowania stanu ogólnego pod wpływem zastrzykiwań podskórnych tiozynaminy. to początkowo przedstawiał się on wcale nieźle, czego najlepszym dowodem było powiększenie wagi ciała dość znaczne, gdyż o 2 kgrm. w ciągu miesiąca przy marnych warunkach szpitalnych. Jednak ostatecznie i stan ogólny zaczyna się pogarszać, ciepłota dotychczas normalna lub najwyżej lekko podniesiona, zaczyna wieczorami dochodzić do 39° i wyżej, dołączają się objawy hektyczne (dreszcze, poty etc.), ostatecznie nastąpiło zejście śmiertelne. Szkoda, że z powodów niezależnych odemnie sekcyjna nie mogła być wykonaną. Jakiegoś wyraźniejszego wpływu tiozynaminy na diurezę, tętno, oddech, nie byłem w stanie zauważyć w tym przypadku.

W p r z y p a d k u 3-im (sekcyjnym), w którym dokonano 5 zastrzyknięć tiozynaminy, a przedstawiającym już od początku daleko posuniętą sprawę w płucach, oraz nędzny stan ogólny, efekt od tiozynaminy był prawie żaden. W krtani początkowo lekka poprawa subiektywna, a poczęści i obiektywna (lekkie zmniejszanie się infiltratu tylnej ścianki, ostatecznie jednak nie było zmiany, natomiast w płucach stale sprawa szła naprzód. Ogólnej reakcji nie było (stan stale bez gorączkowy), miejscowy odczyn w krtani słabo wyrażony.

W p r z y p a d k u 4-y m, w którym dokonano 4 zastrzyknięć tiozynaminy, do ostatniej prawie chwili można było zauważyć, względnie do innych przypadków, dość znaczne polepszenie przede wszystkim w stanie miejscowym krtani. Owrzodzenia, z których jedno wzdłuż całej struny prawdziwej lewej—głębokie, zaczęły się oczyszczać, a następnie podgajać. Natomiast stan ogólny wkrótce zaczął podupadać (wciągu dwóch tygodni zmniejszenie się wagi ciała o $4\frac{1}{2}$ fnt.), również i w płucach sprawa destrukcyjna stale postępowała, co ostatecznie było powodem zaprzestania zastrzykiwań. I stan krtani ku końcowi zaczął się pogorszać, w każdym razie nie w takim stopniu, jak w płucach.

Co się tyczy zmian w uchu prawem, prawdopodobnie gruźliczych (wydzielina nie była badaną na zawartość laseczników Koch'a), to reakcja po zastrzyknięciach i tu

występowała, acz niezbyt wyraźnie, pod postacią zwiększonej wydzieliny ropnej, większego zaczerwienienia, oraz obrzmienia błony bębenkowej, do pewnego więc stopnia możnaby mówić o rozpoznawczem znaczeniu tiozynaminy przy cierpieniach gruzliczych ucha. Ostatecznie jednak pomyselnego działania na sprawę uszną od tiozynaminy nie było.

W przypadku tym również, jedynym w szeregu obserwowanych przezemnie, trzykrotnie występował odczyn ogólny pod postacią dość znacznego podniesienia ciepłoty w 6 godzin po zastrzyknięciu (od ciepłoty lekko podniesionej do 39°), natomiast raz jeden (po 3-im zastrzyknięciu) przeciwnie ciepłota z 38,6 spadła wieczorem na 38,0. W każdym razie przypadek ten stwierdza fakt, podany przez HEBRĘ, o możliwości odczynu ogólnego u suchotników, i dlatego, zwłaszcza w przypadkach dalej posuniętych—gorączkowych, należy być ostrożnym ze stosowaniem tego środka.

P r z y p a d e k 5-ty, w którym tylko 3 zastrzyknięcia tiozynaminy były dokonane, nastęrcza parę uwag ogólniejszej treści. I tak stwierdza on powszechnie już przyjęty fakt, że o ile dodatni rezultat badania plwociny u suchotników ma wielkie znaczenie, bądź rozpoznawcze—w początkowych okresach, bądź potwierdzające—przy wyraźniejszych zmianach, o tyle ujemny, choćby kilkakrotny, jak to w przypadku powyższym stwierdzonym przez sekcję miało miejsce, niema żadnego znaczenia.

W przypadku tym również zasługuje na uwagę fakt, że po pierwszym zastrzyknięciu tiozynaminy, przy względnie niewielkiej reakcyi miejscowej, jak zwykle najwyraźniej w 6 godzin występującej, nagle w nocy zjawił się dość silny atak duszności, który jednak wkrótce ustąpił, badanie zaś rano nazajutrz nie wykryło żadnej przyczyny, mogącej ten atak wyjaśnić. Jak sobie ten fakt wytłómaczyć? Czy był on zależnym od tiozynaminy? Tego rozstrzygnąć nie jestem w stanie; w każdym razie sędzę, że w przypadkach podobnych, t. j. z zajęciem stawów obrączkonalawkowych, wogóle zaś przy zwężonej głośni, należy

zachować większą niż zwykle ostrożność. Początkowo dość znaczna nawet poprawa w stanie miejscowym krtani, pod wpływem zastrzykiwań tiozynaminy, zarówno subiektywnie (zmniejszenie się duszności), jakoteż obiektywnie (zmniejszenie się infiltracji, a głównie zwiększona ruchliwość prawej połowy krtani), ostatecznie ustąpiła miejsca stopniowemu pogorszeniu. Również podupadł stan ogólny, w płucach zaś sprawa poszła naprzód. Ostatecznie nastąpiło zejście śmiertelne, przyczem autopsyja wykazała rozległe zmiany w krtani i w płucach. Tym sposobem ostateczny rezultat leczenia tiozynaminą w tym przypadku należy nazwać ujemnym.

Przykład 6-ty, w którym również dokonano 3 zastrzyknięć tiozynaminy, odróżniał się od innych: 1) że po pierwszym zastrzyknięciu wystąpił lekki białkomocz, który jednak w dniu następnym znikł i więcej się już nie powtórzył; 2) że w ciągu 10 dni w warunkach dla chorego nieprzyjaznych (na sali ogólnej) nastąpiło zwiększenie wagi ciała o 2 kilogramy. (5 funt.). Poza tem stan w płucach pozostał bez zmiany, w krtani zaś można było zauważyć pewną, acz niewielką poprawę zarówno subiektywnie (duszność mniejsza), jakoteż i obiektywnie (nasięki nieco mniejsze, ruchy prawej połowy krtani nieco swobodniejsze). Ogólnego odczynu nie było, miejscowy (w krtani) dość słaby.

W przykładzie 7-ym, powikłanym ciężką (7-y miesiąc), dokonałem również tylko 3 zastrzyknięć z powodu zwiększającego się osłabienia ogólnego. Subiektywnie była lekka poprawa (zmniejszona duszność), obiektywnie stan w krtani prawie bez zmiany, toż samo i w płucach. Reakcja ogólna równa się 0, miejscowa (w krtani) dość słabo wyrażona.

Przykłady 8-y, 9-ty i 10-ty z powodu krótkości obserwacji, oraz zbyt małej (jedno) ilości zastrzyknięć tiozynaminy, nie mogą mieć znaczenia w ocenie leczniczych własności tego środka. Wprawdzie w 10-tym przypadku już nawet po jednym zastrzyknięciu dało się zauważyć pewne, acz niewielkie polepszenie w stanie miejscowym krtani, w pozostałych jednak przypadkach (8-ym i 9-ym) za-

dnego efektu leczniczego nie było. W przypadku 10-tym trzeciego dnia po zastrzyknięciu wystąpił nagle w nocy dość silny atak duszności. Zależnym był on jednak, jak się okazało, od powikłania ropniem naokołomigdałkowym (*abscessus peritonsillaris*). Reakcyi ogólnej ani śladu, miejscowa słaba; również jak i w przypadku 9-tym, gdzie wyraźniejszego wpływu na przebieg gorączki nie dało się zauważyć.

Zasługuje na uwagę w przypadku 8-ym fakt, że po zastrzyknięciu tiozynaminy wystąpił odczyn miejscowy pod postacią obrzęku i zaczerwienienia zajętej (nacieczonej gruzliczo) tylnej ścianki, podczas gdy guzik na strunie lewej, wszelkie cechy polipa mający (wprawdzie guzik nie był usunięty i jego natura mikroskopowo nie była zbadaną), nie okazał ani śladu reakcyi. Przemawiałoby to za rozpoznawczem znaczeniem tiozynaminy, podobnie jak to dla tuberkuliny powszechnie było przyjętem. Ogólnej reakcyi również w tym przypadku nie było.

Pozostaje nam jeszcze rozpatrzyć ostatni (11-ty) przypadek, wilka nosa, jedyny, jaki miałem sposobność poddać leczeniu tiozynaminą. W przypadku tym dokonałem 5 zastrzyknięć, pomimo niewątpliwej poprawy od otrzymanej tiozynaminy, chory na własne żądanie wypisany został ze szpitala. Poprawa zwłaszcza wyraźna wystąpiła po 3-ciem zastrzyknięciu, po której strup dość rozległy i gruby na lewym skrzydle nosa odpadł, pozostawiając zdrową ziarninową powierzchnię. Wprawdzie po następnem zastrzyknięciu nastąpiło pogorszenie, było ono jednak chwilowem i zależało poprostu od silnej reakcyi miejscowej. W przypadku tym również, na co HEBRA główny kładzie nacisk, brak było absolutnie reakcyi ogólnej. Na zasadzie więc tego jedynego przypadku wilka nosa, wstrzymuję się od wyprowadzenia zdania co do własności leczniczych tiozynaminy przy tem cierpieniu.

Na zasadzie powyższych, nielicznych wprawdzie, spostrzeżeń, ośmieliłbym się, acz ostrożnie, wypowiedzieć następujących parę wniosków.

1) Tiozynamina podskórnie stosowana, w pewnych przypadkach może wywierać pewien wpływ dodatni na

przebieg sprawy gruźliczej w krtani. Świadczą o tem między innymi 2-gi, 4-ty, a poczęści i 6-ty przypadek.

2) Na sprawę gruźliczą w płucach tiozynamina nie zdaje się wywierać żadnego wpływu, lub nawet ujemnie na nią oddziaływa.

3) I na stan ogólny w większości przypadków nie działa środek ten pomyślnie.

4) Przy wilku, o ile się zdaje, tiozynamina, podobnie jak i tuberkulina, może z największą korzyścią być stosowaną.

5) Środek ten nie zdaje się wywoływać ogólnego odczynu, co, jak wiadomo, stanowiło słabą stronę środka KOCH'A, w każdym razie przy gruźlicy płuc, *resp.* krtani, należy go stosować z pewnemi ostrożnościami.

Ostatecznie po przeprowadzeniu powyższych obserwacji przyszedłem do przekonania, że rezultaty otrzymane przy wstrzykiwaniach tiozynaminy, przy gruźlicy krtani *resp.* płuc, zbyt zachęcającymi nie są, co zniechęciło mnie wkońcu do dalszych w tym kierunku prób. Tym sposobem i tiozynamina, tak gorąco przez HEBRĘ zachwalana, o ile się zdaje, podzieli losy swoich poprzedniczek tuberkuliny, tuberkulocidiny, wreszcie kantarydynianu potasu, czyli pójdzie w zapomnienie.

Już po oddaniu do druku niniejszej pracy, znalazłem w „Centralblatt für Klin. Med.“ Nr. 36 z dnia 9 Września 1893 r. pracę SPIEGLER'A z kliniki prof. KAPOSÍ'ego, pod tytułem: „Ueber Lokalreaktion in Folge hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen.“ Między innymi środkami, działającymi na podobieństwo tuberkuliny KOCH'A i najnowszy środek HEBRY, t. j. tiozynamina, był przez autora wypróbowany. Otóż zgadzając się z HEBRĄ, co do występowania miejscowego odczynu przy wilku, SPIEGLER twierdzi, że jakiegoś wybitniejszego działania leczniczego przy tem cierpieniu nie widywał tak, iż zmuszonym był powrócić do rękoczynów miejscowych.

O ZAPOBIEGAWCZEM LECZENIU WŚCIEKLIZNY U CZŁOWIEKA

z krytycznym poglądem na metodę Pasteur'a,

Napisał

Stanisław Rybicki.

*Lekarz Księstwa Łowickiego i szpitala Św. Stanisława w Skierniewicach,
członek korespondent Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, b. lekarz
powiatu Skierniewickiego.*

(Dokończenie).

Dr. KRUPSKI Jan z Rawy w liście już wzmiankowanym opisuje następujący przypadek: (7) Dziewczynkę 6-letnią ukąsił w łydkę przez pończochę pies, który równocześnie pokąsał chłopaka i inną dziewczynę w palec obnażonych nóg. U wszystkich wypalenie żelazem zrobiono w 18 godzin po ukąszeniu. U wzmiankowanej dziewczynki po wypaleniu stosowano różne zewnętrzne i wewnętrzne leki; gnojenie rany podtrzymywano przez 8 tygodni. Oprócz przestrzegania dyjetetycznego zachowania się wogóle, podawano napary zalecanych ziół, a także rekomendowany w owym czasie proszek Miłkuchy Makłaj, który w tym celu aż umyślnie sprowadzono z Petersburga. Nawiasem mówiąc, wszyscy troje pokąsani próbowali też i zażegnywania; dwoje z nich, nie używając żadnych środków—oprócz pierwotnego przyżegania—pozostało zdrowymi, dziewczynka zaś, mimo wszelkich środków zapobiegawczych, dostała wścieklizny po ośmiu miesiącach. Objawy jednak tej choroby były tu dziwnie niejasne, z przebiegiem podobnym do tyfusu, z ciągłą wysoką gorączką od 39 do 40,5° C., trwającą trzy tygodnie, przy zachowaniu zupełnej przytomności i dopiero w osta-

tnich dniach przed śmiercią niepokój ogólny chorej, bystrość wzroku, charakterystyczne rzucania oczyma(?), drgawki pojedynczych mięśni i t. p., zdecydowały dra K. do postawienia dyjagnozy wścieklizny. Ten przypadek choroby „nader niewyraźny,” jak się o nim wyraża sam dr. KRUPSKI, widział też i dr. KOSMOWSKI z Warszawy.

Niniejszy przypadek pomieszczamy w szeregu wątpliwych przypadków wścieklizny jedynie na odpowiedzialność dra K. między przypalanymi, lecz ze znakiem (?): nam się jednak zdaje, iż był to przypadek albo tyfusu, albo ciężkiej malaryi, albo wreszcie zapalenia opon mózgowych, i tylko fakt pokąsania dziecka przed kilku miesiącami, nasunął tu leczącemu uporczywą myśl o wścieklicznie.

Dla ciekawości podajemy tu opisany przez dra KRUPSKIEGO sposób zażegnywania, używany w jego okolicy przez znachorów. Po większej części dają oni pokąsanemu do wypicia szklanekę naparu sekretnych ziółek lub każą połknąć maika i zakąsić kawałkiem chleba z masłem, na którym pacyczkiem piszą, dające się czytać jednako we wszystkie cztery strony, następujące słowa:

S a t o r
a r e p o
t e n e t
o p e r a
r o t a S

Dr. KADLER Ludwik z Warszawy spostrzegął i opisał w Gazecie lekarskiej z 1880 r. „Wypadek wścieklizny (*Lyssa*) w dwadzieścia siedm lat po ukąszeniu,” który jednak sam do wątpliwych zalicza:

(8) Kobieta 36-letnia, niezamężna, po odbyciu dalekich kursów po mieście podczas słoty i silnego wiatru, po powrocie do domu uczuła kurcze w palcach prawej ręki i bóle w okolicy serca, rozchodzące się ku prawej łopatce i prawej kończynie górnej. Objawiła się też u niej duszność w postaci napadów, powtarzających się co parę minut. Zaordynowano jej nacierania i do wewnątrz *kalium bromatum*; lekarstwa jednak nie zażywała, gdyż go przełknąć nie mogła. Na drugi dzień napady duszności i niemożność przełykania wzrosły, przytem objawił się wielki

niepokój i pewność zbliżającej się śmierci; nadczułość nerwów obwodowych taka, iż każdy najlżejszy powiew otaczającego powietrza, dotknięcie chorej i t. p. silnie ją drażniły, wywołując gwałtowne kurcze mięśni oddechowych. Źrenice były rozszerzone, gałki oczne nastrzyknięte, wyraz oczu dziki, błędny i t. d. Na prawem przedramieniu w pobliżu łokcia od wewnątrz znajdowała się biała, gładka, połyskująca, niewgłębiona, półksiężycowata, 3 ctm. długa blizna, powstała od ukąszenia przez psa podejrzanego i następnego wypalenia tego miejsca żelazem; miało to mieć miejsce w 8-ym roku życia chorej. Blizna ta w danej chwili nie przedstawiała jakichbądź widomych oznak podrażnienia, chociaż chora utrzymywała, iż czuje w niej darcie. Badanie przedmiotowe chorej nie wykazało żadnych zgoła zmian, któreby wystąpienie wyżej wzmiankowanych przypadłości objaśniać mogły; dr. K. zatem drogą wykluczenia przyszedł do wniosku, iż ma do czynienia z wścieklizną, wszakże nie mógł pogodzić się z myślą, iżby takowa była tu następstwem owego z przed 27-miu laty pokąsania. Przypuścił on, że zarażenie nastąpiło w ostatnich czasach, wszakże niewiadomo w jaki sposób. Chora ta na trzeci dzień choroby zmarła. Sekcyi dokonał prosektor uniwersytetu dr. PRZEWOSKI, lecz takowa dała rezultat ujemny, tylko badanie mikroskopowe ślinianek zmarłej, dokonane przez dra ELSEMBERGA, pomocnika prosektora, miało podobno wykazać w nich zmiany zbliżone do znajdujących jakoby przez tegoż w śliniankach psów dotkniętych wścieklizną (?).

Przypadek ten umieścimy w statystyce z Warszawy między nieleczonymi ze znakiem (?).

Wyciąg niektórych danych przedmiotu dotyczących z ogólnej liczby przypadków, pod literami a, b, c, d, e, f. opisanych.

Opisane dotąd przez nas przypadki wścieklizny pozwalają wyprowadzać niektóre wnioski ogólnego znaczenia; rozpatrzmy się więc w nich bliżej. Zebraliśmy 130 przypadków wścieklizny, wyłącznie w kraju spostrzeganych, a mianowicie :

1. Nieleczonych lub niewiadomo czy i czem leczonych 100 (w tej liczbie wątpliwych 19).

2. Leczonych zapobiegawczo przypalaniem ran 17 (w tej liczbie bardzo wątpliwych 2).

3) Leczonych zapobiegawczo metodą PASTEUR'A 13 (w tej liczbie wątpliwych 2). Ogółem 130 (wątpliwych 23).

Stosunek uległych chorobie co do wieku i płci przedstawia się w nich jak 60 (mężczyzn) do 38 (kobiet) do 32 (dzieci), z kąd wyprowadzić można chyba ten tylko wniosek, iż mężczyźni dorośli najczęściej narażeni bywają na pokąsanie, a przez to dwa razy częściej ulegają zarażeniu, niż kobiety i dzieci, które więcej w domu przesiadują.

W liczbie 130 przypadków źródłem zarazy 114 razy były psy, 5 razy koty, 8 razy wilki, 1 raz krowa, 1 raz świnia i 1 raz owca (w jaki jednak sposób, nie wiadomo nam bliżej—patrz między wątpliwymi dr. STECKI).

Ztąd widzimy, iż u nas w kraju głównym przenośnikiem zarazy na ludzi są psy, wściekliczna zaś od kotów, wilków i innych zwierząt pochodząca, jest prawdziwą rzadkością (fakt zresztą ogólnie wiadomy). Zaznaczamy tu okoliczność, iż między leczonymi zapobiegawczo przypaleniami, którzy mimo to ulegli wścieklicznie, znajdujemy aż 4 przypadki pokąsań od wilków i 1 od kota, na ogólną liczbę do tej kategorii należących 17; tymczasem między zmarłymi na wścieklicznę po kuracji PASTEUR'owskiej, na ogólną ich liczbę 13, nie mamy ani jednego przykładu pokąsania przez koty lub wilki i wszystkie one nastąpiły po ukąszeniu tylko przez psy. Wyjątek stanowi przypadek opisany przez dra GRUËLL'A, lecz ten do statystyki krajowej nie należy i w owej liczbie 13-tu się nie mieści.

Pod względem miejsca ukąszenia, *resp.* miejsca wniesienia jadu do ustroju, widzimy, iż na ogólną liczbę wściekłych ludzi 130, było pokąsanych w twarz tylko 18, a z liczby tych przypada na leczonych zapobiegawczo przypalaniem 4 (na 17) i leczonych metodą PASTEUR'A 5 (na 13).

Najkrótszy czas wylęgania (*incubationis*), zanotowany przez nas, był 8-dniowy (przypadek dra KRASUSKIEGO), a najdłuższy 8-miesięczny (przypadek dra BUJWIDA między leczonymi przypalaniem), nie mówiąc naturalnie o przypad-

ku dra KADLERA, którego inkubaćja miała trwać aż 27 lat, co stanowczo poczytaliśmy za rzecz wątpliwą. Czas trwania choroby najkrótszy był dni 2, a najdłuższy dni 10 (tenże sam przypadek dra KRASUSKIEGO), nie biorąc również w rachubę przypadku dra KRUPSKIEGO, w którym choroba trwać miała aż dni 20, co także stawia ten przypadek w rzędzie nader wątpliwych.

Średni czas inkubacji dla nieleczonych i leczonych (bez względu na metodę) wypada nam z obliczenia 8-tygodniowy; tak samo średni czas trwania choroby samej dni 4. Rodzaj zatem zapobiegawczego leczenia w zupełności nie wpływa na czas wylęgania wścieklizny i na czas trwania jej od chwili wybuchu.

Ukąszenia kątów pod względem czasu inkubacji nie przedstawiają nic charakterystycznego; wynosił on dla 5-iu wiadomych przypadków średnio więcej, niż 8 tygodni; zaś czas trwania choroby w tych przypadkach był 3-dniowy. Przy ukąszeniach wilków wściekłych inkubacja trwała średnio 6 tygodni czasu, choroba zaś sama średnio dni 5. Różnic więc wybitnych dopatrzeć trudno, i obliczenia nasze pod tym względem niczego nie uczą.

Formę paralityczną obserwowano między nieleczonymi 4 razy (na 100), między leczonymi metodą PASTEUR'A raz 1 (na 13), między przypalonymi ani razu. Widzimy, zatem, iż forma ta u człowieka jest nader rzadką (5 na 130 przypadków).

g) Przypadki pozorować mogące wściekliznę, lecz stanowczo za takową nie przyznane.

Dr. PODBIELSKI Karol z Gostynina w liście z d. 10 Czerwca 1890 r. opisuje następujący przypadek: W roku 1884 na wiosnę przybyła do niego 18-letnia dziewczyna, pokąsana w rękę przez psa, podejrzanego o wściekliznę. Dr. P. przypalił jej dwie rany kwasem karbolowym. W tydzień zaś potem był do niej wezwany z powodu jakoby wybuchłej już u niej wścieklizny. Po przybyciu na miejsce do wsi Korzeń (pow. Gostyńskiego) znalazł chorą nieprzytomną, bredzącą, z drgawkami w twarzy, zaciśnięciem w gardzieli

z utrudnieniem przętkania; po zastosowaniu zimnych okładów na głowę, lawatyw z zimnej wody i podskórnego wstrzykiwania morfiny, chora zasnęła, drgawki się stopniowo uspokoiły, a w trzy dni potem chora zupełnie wyzdrowiała.

Dr. P. dowiedział się, iż rodzice tej dziewczyny, obawiając się wścieklizny, po przypaleniu jej ran, zawieźli ją jeszcze do owczarza sławnego z kurowania wścieklizny, który dał jej jakieś ziele do picia; po obejrzeniu owego ziela dr. P. przekonał się, iż to były liście bielunia (*Datura stramonium*), co też, jak słusznie twierdzi, było przyczyną zatrucia, które otaczający chorą przyjęli za objawy wścieklizny.

Dr. P. tak kończy swój opis: „Powyższy przypadek przytaczam dlatego, że sądzę, że pomiędzy prostym ludem fakty podobnego rodzaju przy leczeniu wścieklizny przez owczarzy i znachorów są dosyć częste i nieraz mogą się przyczynić do śmierci osób pokąsanych przez psy podejrzane o wściekliznę. Podobne przypadki przez nieobeznanych z objawami wścieklizny u ludzi, są brane za wodowstręt, co wpływa na pozorne zwiększenie liczby śmierci między nieleczonymi metodą PASTEUR'A, ci bowiem, którym stosowano szczepienie, przekonani w jego skuteczność, nie szukają porady znachorów i owczarzy.“

Mybyśmy nieco inaczej na to się zapatrywali. Tego rodzaju bowiem kuracje na szczęście rzadko kiedy kończą się śmiercią pacjentów, ale zato dają możność znachorom pokazania swej sztuki uleczenia już rozwiniętej niby wścieklizny, o co się starają, a czego żaden z lekarzy dotąd nie dokazał.

Dr. JAWUREK Aleksander z Żyrardowa, który zresztą nader sceptycznie zapatruje się wogóle na zapobiegawcze leczenie wścieklizny i ogranicza się na zwykłym opatrunku ran, od ukąszeń przez zwierzęta podejrzane zadanych, tak jak od zwykłych innych skaleczeń, a mimo to na 36 przypadków tego rodzaju pokaleczeń ani razu nie miał sposobności widzieć wścieklizny w ciągu 33-letniej praktyki w tak ludnej, jak Żyrardów, miejscowości, w liście swym z dnia 30 Czerwca 1890 r. opisuje między innymi następu-

jący przypadek: Przed 22 laty wezwany został do robotnika fabryki Guzów nazwiskiem Głanza, który szczekał zębami i ujawniał chęć kąsania otaczających, wskutek czego został związany. Po bliższem zbadaniu dr. J., wiedząc, iż człowiek ten trudni się pokątnem leczeniem wścieklizny, podejrzewając go, że na sobie chce dać przykład uleczalności tej choroby swoim sposobem, napadł na niego ostro aby nie odegrywał komedyi, kazał go rozwiązać i polecił mu, aby natychmiast poszedł do roboty, co też wrzekomy chory niezwłocznie uczynił i cieszy się po dziś dzień dobrem zdrowiem.

Dr. PODCIECHOWSKI Aleksander z Turka w liście swym opisuje następujący przypadek: W Maju 1889 roku spostrzegł w miejscowym szpitalu przypadek śmiertelny, podejrzany o wściekliznę. Mianowicie, przywieziono do szpitala chłopca, 9 lat mającego, który na kilka dni przedtem był ukąszony przez psa podejrzanego w prawą rękę. Felczer wypalił mu zaraz ranę lapisem; następnie dawało mu w domu jakieś lekarstwa (maik), a zapewne i kantarydy. Do szpitala przywieziono go w stanie zupełnie bezprzytomnym, bez żadnych wszakże kurczów lub innych charakterystycznych objawów wścieklizny. Na zapytania z trudnością odpowiadał. Śmierć nastąpiła wkrótce przy zupełnym upadku sił. Ponieważ sędzia śledczy i lekarz powiatu mieli podejrzenie o otruciu chłopca, zrobioną więc została przez dra P. sekcja, przyczem okazało się: ogólne wyniszczenie i bledność wszystkich wewnętrznych organów; tkanki tłuszczowej podskórnej brak zupełny; w żołądku drobne punkcikowate wynaczynienia krwi w błonie śluzowej i także jedno wynaczynienie w pęcherzu moczowym, który był pustym. Za życia była tu podobno poliuria. Badanie chemiczne wykryło otrucie kantarydami.

Trzy powyższe przypadki stanowiączo nie kwalifikują się do statystyki wścieklizny; pomieszczamy ich opisy, jako pouczające tylko dla lekarzy praktyków. Ostatni z nich jest przykładem szkodliwych następstw nierozważnie przedsięwziętej radykalnej niby kuracji, mającej na celu zapobieganie rozwinąć się mającej wściekliznie.

B) *Zamiejscowe.*

Na skutek odezwy mojej do lekarzy krajowych („Medycyna“ z 1890 r., Nr. 19), oprócz listów z gubernij Królestwa, dotyczących omawianego przez nas przedmiotu, otrzymałem też kilka i od kolegów zamiejscowych. Że jednak wiadomości nadesłane mi, jako zbyt nieliczne i odosobnione, nie mogą dać wyobrażenia nawet o częstotści przypadków wścieklizny danej prowincyi i nie mogą też być dołączone do statystyki krajowej, z tego względu pomieszczam tu tylko wzmiankę o nich, być bowiem może, iż wzmianka ta na coś się przyda. I tak:

Dr. MACHCEWICZ z Teplika pow. Hajsyńskiego gub. Podolskiej, w liście z dnia 15 Maja 1890 roku wzmiankuje o jednym wiadomym mu przypadku wścieklizny u dziewczyny, która będąc pokąsana przez psa wściekłego, pozostawiona bez wszelkiego leczenia zapobiegawczego, po 4-ch miesiącach uległa tej chorobie.

Dr. PAWLICKI Teodor z Nowego Targu pod Tatrami (w Galicyi) w liście, który nadesłał w 1890 r., podaje, iż miał w swej praktyce jeden przypadek śmierci z wścieklizny u człowieka, leczonego zapobiegawczo przyżeganiem. Rany pochodzące od ukąszenia psa znajdowały się przy kolanie i były głębokie. Śmierć nastąpiła w 150 kilka dni po ukąszeniu. Ten sam przypadek spostrzegali też tamtejsi lekarze d-rowie ZAWADZIŃSKI i SCHIKIN.

Oprócz dwóch powyższych, dr. BUJWID w wykazie wiadomych mu przypadków, który nadesłał, pomieścił 5 przypadków zamiejscowych, a mianowicie:

W 1886 r. dr. SKUPIEWSKI z Pińska doniósł o 2-letnim NN., który będąc pokąsany w Lipcu, zmarł ze wścieklizny dnia 27 Sierpnia tegoż roku.

W 1888 r. dr. BUJWID notuje z „Kuryjera Warszawskiego,“ iż w Ulanowie pod Berdyczewem zmarł na wściekliznę jakiś pisarz pokąsany przed sześciu laty (?).

W 1889 r., podług telegramu lekarza z Libawy, nadesłanego d-rowi BUJWIDOWI, zmarła tam dnia 29 Czerwca tegoż roku niejaka Wilczyńska, ukąszona przed 9-ma miesiącami.

W 1890 r. wieziono do dra BUJWIDA z Galicyi NN. z rozwiniętymi objawami wścieklizny,—chora wszakże zmarła jakoby w pociągu kolei Warszawsko-Wiedeńskiej dnia 14 Maja tegoż roku.

(Nadmieniam, jako lekarz oddziałowy dr. żel. Warszawsko-Wiedeńskiej, iż o tym przypadku zgoła nic nie słyshałem).

Nakoniec dr. BUJWID, czerpiąc wiadomość z „Kuryjera Warszawskiego“ notuje, iż w Grudniu 1890 roku zmarł w Wilnie NN. ukąszony przed 2-ma miesiącami.

Na tem kończymy zamiejscową kazuistykę przypadków wścieklizny, która, jak to widzimy, nie jest zbyt liczną, a przeważnie nie dosyć pewną.

IV.

STATYSTYCZNE przypadków wścieklizny, spostrzegranych w Królestwie 1. Tablica przypadków wścieklizny, spo

TABLICE stwie Polskiem, wykazujące różne sposoby leczenia *) strzegranych w 10 guberniach Królestwa.

Nazwisko i imię lekarza	Miejsce zamieszkiwania i działalności	Ludność w tysiącach	W ciągu lat praktyki	Spostzegal		przypadków wścieklizny					Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo.	
				do 1886 r.		Od 1886 r. do 1890 włącznie						
				należących za- pobiegawczo	nieuważających przy- palaniem	należących za- pobiegawczo	nieuważających przy- palaniem	przep. liencou. met. Pasteura	nieuważających tylko met. Pasteura			
	I. Gubernija warszawska											
1. Rybicki Stanisław lek. szp. b. lek. pow.	Skiernowie i pow. skier- nowicki	46	24	2	—	—	1?	—	—	—	—	Pokaszanych leczy zapobieg. przyżeganiem ferro candente (rocznie takich przypadków miał średnio około 10) potem opatruje roztworem kw. karbol. 2 lub 3x. Tylko 2 po przypaleniu odwieziono ziąd na kuracyję do Dra Bujwida w Warszawie.
2. Kuzkowski Henryk zn. w r. 1890 i tenże	Skiernowie i okolica Lyszkowice w p. łowickim i okolica	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Szczeniowski Aleksand. lek. pow.	Łowicz i powiat łowicki	86	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Kaczkowski Zygmunt lek. szpit.	"	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Gruel Mieczysław lek. szpit.	Włocławek i p. włocławski	86	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Kosowski Jan lek. pow.	Nieszawa i p. nieszawski	76	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Leśniowski Józef lek. pow.	Góra-Kalwaryja potem Grójec i pow. grójcecki	89	25	1	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Tomczycki Jan lek. szpit.	Grójec i okolica	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Majkowski Julian b. lek. szp.	tamże	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Zawisza Konrad	Mogielnica i okolica pow. grójceckiego	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Pilną zwrócono uwagę aby w tablicach niniejszych przypadki spostrzegrane raz według urzędowego sprawozdania Departamentu Lekarskiego za r. 1887, a pochodzi,

tylko były notowanymi. Cyfra ludności powiatów i miast w Królestwie podana w kilku tylko miejscowościach według notowań lekarzy, od których wiadomość

Nazwisko i imię lekarza	Miejsce zamieszkiwania i działalności	Ludność w tysiącach	W ciągu lat praktyki	Sporządzał		przypadków wścieklizny				Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo
				do 1886 r.		Od 1886 r. do 1900 włącznie				
				niebezpiecznych zapobiegawczo	bezonych przypadkach	niebezpiecznych zapobiegawczo	bezonych przypadkach	Przyp. i leczenia młd. Pasteur'a	leczenia obojęt. Pasteur'a	
11. Podbieleki Karol lek. pow.	Gostynin i pow. gostyński	83	7	—	—	—	—	—	—	W tym czasie leczył 45 pokąsanych, wszyst. przypal. kw. karbolow., z nich 8 następnie leczyło się jeszcze iniekcjami u Dra Bujwida w Warszawie.
12. Krauski Kazimierz lek. pow.	Nowo-Mińsk i p. nowomiński	93	13	1	—	—	—	—	—	Leczył pokąsanych, przypalając kali caustico—jedną z jego chorych leczył się też u Dra Bujwida i nie uległ wściekliznie.
13. Dobrzycki Henryk lek. szp.	szpít. w Mioni p. nowomiński	—	6	1	1	—	—	—	—	Leczył zapobiegawczo, przyżegając rany kali caustico. W ciągu pobytu w mieście miał 8 przyp. pokąsaań przez niewątpliwie wściekłe psy. (p. także Warszawa).
14. Wolfram Stanisław lek. szp.	"	—	7	—	—	—	—	—	—	Robił 3 tylko wypalania u pokąsanych kw. azotnym. Wścieklizna psa była skonstatowana.
15. Zaleski Rajmund lek. szp.	Kutno i pow. kutnowski	79	20	—	—	—	—	—	—	W ciągu tego czasu miał 137 pokąsanych, w większości pokąsaań wścieklizna była stanowczo skonstatowana, wszystkich przypalał ferro candente. Z pow. kutnowskiego było odesłanych na kurację do Dra Bujwida ogółem 5 osób.
16. Handelman Józef	Kutno i okolica pow. kutnowskiego	—	34	—	—	—	—	—	—	—
17. Bojastński Michał lek. pow.	Grodzisk i pow. białski	98	23	—	—	—	—	—	—	Pokąsanych przypalał: 1 chory, który dostał wścieklizny, zmarł w szpitalu Sgo Jana Bózego w Warszawie (miesił się w liczbie zmarłych w tym że szpitalu).
18. Jawurek Aleksander lek. szp. ifab.	Żyrardów i okolica pow. białski	—	30	—	—	—	—	—	—	Leczył 36 pokąsanych, opatrując tylko rany jak zwykle—nawet bez przyżegaań, które robił tylko w 2-ch czy 3-ch przyp. ulegając naleganom. (Podług listu Dra Jaworka).
19. Hay Wilhelm lek. fabr.	"	—	?	—	—	—	—	—	—	Corocznie opatrkuje co najmniej 5 pokąsanych, rany oczyszcza i przyżega acido aceticco.
20. Tabaczynski Leopold	Piotrków-Kujawski, pow. łozawski	—	21	—	—	—	—	—	—	Pokąsanych przyżegał bólem lub kwasami. W ciągu 18 lat praktyki (patrz jeszcze g. kaliska) leczył w ten sposób zapobiegawczo 22 osób. Z powiatu radzyńskiego ostatnimi czasy leczyło się metodą Pasteur'a u Dra Bujwida osób 7—notuje wszakże, że wścieklizna psów kasaających nie była w tych przypadkach naukowo stwierdzona.
21. Mizgier Franciszek lek. pow.	Radzymin i pow. radzyński	57	6	—	—	—	—	—	—	Kilku pokąsanych przypalał, jednego zwyciężalnie tylko opatrzył. Wszyscy są zdrowi. W ostatnich paru latach pokąsanych odesłano z pow. na kur. do Dra Bujwida, z nich także nikt nie zmarł z wścieklizny.
22. Fermer Karol	Sochaczew i p. sochaczewski	97	25	—	—	—	—	—	—	—
	w 11 powiatach	890	—	6	2	—	1?	—	—	—

Nazwisko i imię lekarza	Miejsce zamieszkiwania i działalności	Ludność w tysiącach	W ciągu lat praktyki	Sporzeczal		przypadków wścieklizny				Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo.
				do 1886 r.		Od 1886 do 1890 włącznie				
				nieskorzysta- nie pobiegawczo	leczonych przy- palaniem	nieskorzysta- nie pobiegawczo	leczonych przy- palaniem	przy i bezos. mat. Pastera's	leczonych tylko mat. Pastera's	
2. Gub. łomżyńska.										
Tomczycki Jan lek. pow. i szpit.	Ostrołęka i p. ostrołęcki	71	11	—	—	—	—	—	—	(Patrz także g. warszawska, i poniżej pow. ostrow- ski).
23. Słomiński Maciej lek. pow.	"	—	4	—	—	—	—	—	—	—
24. Harnasiewicz Jan lek. pow.	Ostrów i pow. ostrowski	80	2	—	—	—	—	—	—	12 razy przypałał pokąsanych, z tych i leczył się następnie u Dra Bujwida, wszyscy zdrowi. (Patrz żół kasulistykę s. 27).
Tomczycki Jan lek. pow.	"	—	3	—	—	—	—	—	—	(Patrz gub. warszawska i powyżej pow. ostrołęcki. Jeden chory przypałał zmarł w wścieklizny w szpitalu Ś-go Jana Bożego w Warszawie i objęty jest listą zmarłych w tym szpitalu.)
25. Szacherski Piotr lek. szpit.	Pułtusk i pow. pułtusk	86	14	1	—	—	—	—	—	Pokąsanych przypałał głęboko.
26. Słomiński Maciej lek. pow.	"	—	2	—	—	—	—	—	—	—
27. Sieragowski Paweł	Nasielak i okolica pow. pułtuskiego	—	4	1	—	—	—	—	—	(Patrz także gub. plocką i m. Warszawę).
28. Huzarski Stanisław lek. pow.	Szczuczyn i powiat szczuczynski	60	27	—	—	—	—	—	—	Leczył rok rocznie po kilku pokąsanych przypala- niami i dopiero w r. 1890 odesłał i pokąsaną ko- bietę, ukąsaną w twarz, do Dra Bujwida.
29. Kancelarz Stanisław lek. pow.	Łomża i p. łomżyński	110	4	—	—	—	—	—	—	(Patrz przypisek przy Drse Krauze w g. suwalskiej).
30. Nawroczyński Adam lek. pow.	Kolno i pow. kolneński	73	3	—	—	—	—	—	—	Poprzednio od 1876 do 1880 w gub. kałużyńskiej, od 1880 do 85 w pow. lipowieckim, gub. kijowskiej, od 1885 do 87 w Miechowie gub. kieleckiej (p. poniżej) nigdzie nie widział przypad. wścieklizny u człowieka.
	w 6 powiatach.	490	—	2	—	—	—	—	—	—
3. Gub. kaliska.										
31. Weiss Waldemar Insp. gub.	Kalisz i pow. kaliski	117	22	—	—	—	—	—	—	Poprzednio w Petrozawodsku g. oluńskiej od 1861 do 67 także wścieklizny u ludzi nie widział.
32. Merkiel Juliusz pom. Insp. gub.	"	—	18	—	—	—	—	—	—	Poprzednio od r. 1865 do 72 w Choroszczy pod Bia- łymstokiem, w Zgierzu i w Słupcy także nie widział.
33. Drecki Feliks lek. pow.	"	—	16	—	—	—	—	—	—	Poprzednio od r. 1871 do 1874 w gub. tambowskiej także nie widział.
34. Drozdowski Adam lek. szpit.	Kalisz i okolica	—	18	—	—	—	—	—	—	—
35. Rymarkiewicz Józef lek. szpit.	"	—	33	—	—	—	—	—	—	Pokąsanych przypałał żelazem raz przypałał odrazu 17 takich osób.
36. Bieniecki Józef	Kalisz	—	13	—	—	—	—	—	—	—

Nazwisko i imię lekarza	Miejsce zamieszkiwania i działalności	Ludność w tyśiącach	W ciągu lat praktyki	Spostrzegat		przypadków wścieklizny						Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo.	
				do 1886 r.		Od 1886 do 1890 włącznie							
				śmierdzących zapobiegawczo	leczonych przez palaniem	zabitych w szpitalu	zabitych w domu	zabitych w drodze	zabitych w innych miejscach	zabitych w innych miejscach	zabitych w innych miejscach		
37. Dębeżyński Antoni lek. pow.	Koło (pierwiej Dąbiec) i powiat kolski	98	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
38. Saks Henryk lek. szpit.	Turek i pow. turecki	107	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39. Podciechowski Aleks. lek. pow.	"	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40. Wieszczkiewicz Leon lek. pow.	Wieluń i pow. wieluński	125	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41. Kuszel Witold lek. pow.	Lęczycza i p. lęczycki	109	27	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mizgier Franciszek	Poddębice i okolica p. lęczycki	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	w 5 powiatach.	556	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	4. Gubernija kielecka.												
42. Jedlicki Łukasz lek. pow.	Miechów i p. miechowski	100	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
43. Jęzkowski Aleksander lek. pow.	tamże. Jędrzejów i p. jędrzejowski	—	2 69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
44. Patek Enzebljusz lek. pow.	Stopnica i p. stopnicki	121	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
45. Czarkowski Wacław lek. szpit.	tamże	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
46. Dymnicki Józef	Busko i okolica pow. stopnickiego	—	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
47. Kowalewski Karol lek. pow.	Olkusz i pow. olkuzski tamże	106	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Od r. 1873 do 75 mieszkał w osadzie Zagorów, p. supeckiego, a od 1875 do 86 w m. Warcie pow. tureckiego i także nie widział przypadku wścieklizny.

Poprzednio od r. 1870 do 76 w osadzie Pilica g. kieleckiej, potem w Przysusze, g. radomskiej, potem w m. Brzeźninach g. piotrkowskiej także nie widział przyp. wścieklizny.

Leczył przypalaniem. W ciągu 10 lat jako lekarz szpitalny wypalał u 131 pokąsanych rany. W ostatnich czasach 3 osoby *podrapane* leczyły się u Dra Bujwida. Obecnie rany dezinfekuje sublimatem, kw. salicylowym, lub jodoformem tylko, miewa od 15 do 25 przypadków pokąsania rocznie.

(Patrz. gubern. warszawską).

Rany przyżęga pokąsanym.

(Patrz. gubern. łomżyńską).

Pokąsanych przypalał. Zdarzało się że po kilkunastu takich opatrywał w ciągu jednego tygodnia, po przypalaniu osobom inteligentnym zaleca użycie jakiegobądź środka indyferentnego, prostych ludzi odsyłał umyślnie do znachorów, zapewniając wszystkich iż pokąsanie złych skutków mieć nie będzie. Z pomiędzy pokąsanych jeden tylko w r. 1869 do Dra Bujwida na kuracyję i ten także jest zdrow.

Przypadek obserwowany z k. Wyrzykowskim i Hassmanem (patrz także pow. będziński, gubern. piotrkowskiej).



Nazwisko i imię lekarza	Miejsce zamieszkiwania i działalności	Ludność w tysiącach	W ciągu lat praktyki	Sposzrzał		przypadków wścieklizny					Różne uwagi, a w szczególności czem leczyl zapobiegawczo.	
				do 1886 r.		Od 1886 do 1890 włącznie						
				niezakończonych za pobiegawczo	leczonych przy- paraniem	niezakończonych za pobiegawczo	leczonych przy- paraniem	przepr. i lezono. wot. Pastura'a	leczonych tylko wot. Pastura'a			
48. Słapezyński Jan lek. szpit.	Olkusz i pow. olkuski	—	10	1	—	—	—	—	—	—	—	
49. Rodziewicz Jan	Częcin i okolice pow. kielecki	—	?	—	—	—	—	—	—	1	Wiadomość wzięta z rozprawy Dra Bujwida. (Metoda Pastura'a. 1887 r.).	
50. Lewiński Marecki Insp. lek. gab. lek. szp. Słapezyński Jan lek. pow.	Kielce i pow. kielecki Pinczów i p. pinczowski	121	10	—	3	—	—	—	—	—	Pokąsanych przypałał ferro candente lub acido nitrico fumante.	
51. Sierakowski Maryjan	Żarnowiec i okolica pow. olkuskiego	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	
	w 6 powiatach.	622	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
5. Gubernija piotrkowska.												
52. Kułski Julian b. lek. szp. i lek. dr. żel.	Nowo-Radomsk i pow. nowo radomski	127	32	—	—	—	—	—	—	—	W ciągu 10 letniej praktyki szpitalnej leczyl ogółem 31 pokąsanych, wścieklizna jednak psów kąsających nie była sprawdzoną.	
53. Wieliczko Julian lek. pow.	Łódź i pow. łódzki	240	4	—	—	—	—	—	—	—	—	
54. Lohrer Julian lek. miasta	Łódź i okolica	—	26	2	1?	—	—	—	—	—	Z wykazanych przypadków 1 sam obserwował, drugi był w obserwacyi Dra Jurasza, a 3-ci nie pamięta w czyjej.	
55. Brzozowski Władysł.	Osada Kłobucko i okolica w pow. częstochowskim	20	4	—	—	—	—	—	—	—	i chory odwieziony wiaród objawów już rozwiniętego wodowstrętu do szpitala Sgo Jana Bożego tamże umarł, pomieszczony w starystycie tegoż szpitala.	
56. Krupski Jan lek. pow.	Rawa i pow. rawski	68	17	—	1	—	—	—	—	—	W obu przypadkach przypałał rany: w pierwsz. na 2-gi dzień, w 2-gim po 18-tu godzinach. Leczy obmywaniem i przypalaniem kwasem karbolowym.	
57. Dehuel Jan lek. pow.	Będzin i p. będziński	162	5	—	—	1	—	—	—	—	W ciągu 5 lat leczono 46 pokąsanych w szpitalu miejsc. Od r. 1890 wszystkich pokąsanych przez psy, na których weterynarz skonstat. wściekliznę, odayła się zjadł do Dra Bujwida do Warszawy.	
58. Górecki Alfons lek. dr. żel. Patek Ezebiusz	Granica i okolica, pow. będziński Będzin i pow. będziński	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	
59. Strzyżowski Antoni lek. dr. żel.	Piotrków i p. piotrkowski	159	20	—	—	—	—	—	—	—	Przypadek obserwow. wspólnie z D-mi Grabowskim i Nazarewiczem (patrz tegoż w g. kieleckiej). Obserwował 6 pokąsan. przez niewątpliwie wściekłe psy. Jedna matka jeździła na kuracyję do Paryża, robiono jej 8 iniekcycy; 2-giej zaś dzieciom nie nie robiono, wszyscy pozostali zdrowi.	
60. Wygrzywański lek. szpit.	tamże	—	?	1	—	—	—	—	—	—	Według listu Dra Strzyżowskiego Dr. Wygrzywański w ciągu 29 lat ostatnich praktyki szpitalnej, miał w kuracyi około 150 pokąsanych, któr. przysłał. Przypadek wścieklizny był przypzywieszony z chorobą już rozwiniętą i ten wkrótce zakończył się śmiercią.	

Nazwisko i imię lekarza	Miejsce zamieszkiwania i działalności	Ludność w tysiącach	W ciągu lat praktyki	Spostrzegal		przypadków wścieklizny					Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo
				do 1886 r.		Od 1886 do 1890 włącznie					
				niebezpieczn. za- pobiegawczo	bezopasną przy- palaniem	nie- bezpieczn. za- pobiegawczo	bezopasną przy- palaniem	prap. i bezop. met. Pasteur'a	bezopasną tylko met. Pasteur'a		
	8. Gubernija Siedlecka.										
70. Kisielewski Adolf	Osada Kock i okolica w p. łukowskim	12	19	1	—	—	—	—	—	—	Corocznie leczy przypalaniem po kilka przypadków pokąsanych, żaden z leczonych nie uległ wściekliznie.
71. Sawicki Anastazy	m. Siedlce	15	14	—	—	—	—	—	—	—	Według listu Dra Sawickiego A. ten przypadek wścieklizny obserwował Dr. Zawadzki w szpitalu.
72. Zawadzki	tamże	—	28	1	—	—	—	—	—	—	Pokąsanych w tym czasie leczył przeszło 40, albo żelaz. albo stężonym kwas., przynajmniej wartość tylko przyżeganom natychmiastowym.
73. Michałowski Zygmunt lek. pow.	Radzyń i pow. radzyński	72	18	—	—	—	—	—	—	—	Stanowczo twierdzi iż corocznie nieważ 3 chorych pokąsanych. Wszystkim przedewszystkiem dokładnie przemywał rany, poczem wypalał stężonym k.w. azotnym i uspokajał chorych, że im już nic nie grozi.
74. Podolecki Alojzy lek. pow.	Węgrów i p. węgrowski	70	6	—	—	—	—	—	—	—	Dwóch przypalanych przez siebie odesłał jeszcze do Dra Bujwida, który im robił iniekcycje. W kilku przypadkach wścieklizna psów była stwierdzoną. Ogółem przypalał 48 osób pokąsanych.
tenże	w Sokołowie	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
tenże	Sterdynia, p. sokołowski	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—
75. Dziołkowski Jan lek. pow.	Sokołów i p. sokołowski	63	11	—	—	—	—	—	—	—	—
76. Maleszewski Wiktor lek. pow.	Osada Janów i p. konstantynowski	56	30	1	—	—	—	—	—	—	Obserwował i leczył pokąsanych od 3 do 20 rocznie, przyżegał nawet po upływie dni kilku od ukąszenia. W wielu przypadkach sprawdzono, że zwierzęta były wściekłymi.
77. Rodkiewicz Andrzej lek. szpit.	Biała i p. biański	66	3	—	—	—	—	1	—	—	Leczy przypalaniem kw. azotnym dymiącym, z leczonych tym sposobem nikt nie zmarł (patrz zresztą kasunistykę. (Patrz niżej).
78. Pleszczyński Józef lek. pow.	Włodawa i p. włodawski	75	6	—	—	—	—	—	—	—	—
79. Swirski Wincenty b. lek. pow., lek. osady Inwał. d. ż. w Orchom.	"	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—
80. Nowak Józef b. lek. pow., l. dr. żel. Pleszczyński Józef b. lek. szpit.	Garwolin i p. garwoliński	104	20	—	1	—	—	—	—	—	Pokąsanych przez zwierzęta wściekłe widział zaledwie kilku, leczył ich zapobiegawczo przypalaniem, wszyscy zostali zdrowymi.
	Maciejowice i okolica p. garwolińskiego	—	13	—	—	—	—	—	—	—	Przypalał acido nitricum, notuje wazakże iż i z leczonych w jego okolicy metodą Pasteur'a nikt nie umarł. (Patrz wyżej). Leczył wielu pokąsanych przez podejrzane zwierzęta przypalaniem. Raz jeden, przed 3-ma laty, przypalał 3 osoby ukąszone przez niewątpliwie wściekłego psa, potem leczono je jeszcze metodą Pasteur'a, pozostali zdrowymi.
81. Tehórnicki Józef lek. szpit.	Sterdynia i okolica pow. sokołowskiego	—	6	—	—	1	—	—	—	—	Sześciu pokąsanych przypalał ac. nitrico concentrato, z tych 3 wysłał następnie do Dra Bujwida; niezależnie od tego gm. Sterdyni wysłała też do Dra Bujwida na kuracyję 8 osób pokąsanych. Wszyscy ci ludzie zdrowi.
	W 7 pow. i 2 oddz. miejsc.	533	—	3	1	1	—	1	—	—	—

Nazwisko i imię lekarza	Miejsce zamieszkiwania i działalności	Ludność w gminach	W ciągu lat praktyki	Sposprzedaż do 1886 r.		Przypadków wścieklizny					Różne uwagi, a w szczególności o czym leczył zapobiegawczo
				skłonności na robiegawczo	leczonej przy- palinami	Od 1886 r. do 1890 włącznie	nieleczonych za- porobiegawczo	leczonych przy- palinami	Przyp. liczone naś. Pasteur'a	leczonych tylko naś. Pasteur'a	
82. Drużyłowski Władysław lek. szpit.	9. Gubernija Płocka. m. Płock i pow. płocki	99	33	1	—	—	—	—	—	—	W ciągu swej praktyki leczy około 100 przypadków pokąsania, które leczył przypalaniem kwasami lub żrącą amonią, potem wezykatorjami. W przypadku śmiertelnym z porady Dra Kohna gujono tylko rany, przyżęgał zaś nie robiono, w czasie kuracyi zapobiegawczej podawano arsenian amonii i robiono kąpiele parowe.
83. Erlich Marcin	tamże	—	26	—	—	—	—	—	—	—	Podług listu Dra St. Brzozowskiego obserwow. Jeden przypadek wścieklizny, lecz jest to ten sam, który zanotowano przy Drze Drużyłowski.
84. Brzozowski Stanisław lek. pow.	tamże	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—
85. Bereza Kamil lek. szpit.	Lipno i pow. lipnowski	83	7	—	—	—	—	—	—	—	Corocznie przypała po kilku pokąsanych. W okresie od 1886 r. 3 przypadki odesłano ztąd na kuracyję do Dra Bujwida, rezultat kuracyi niewiadomy.
86. Zduński Marcell lek. szpit.	Mława i pow. mławski	72	5	—	—	1	—	—	—	—	(Patrz tegoż w g. lubelskiej).
87. Kasterski Leander lek. pow.	Rypin i pow. rypiński	69	17	1	—	—	—	—	—	—	Rany u pokąsanych przypała, z tych żądou nie kilka wściekliznie, młowa takich przypadków po kilka-nastierocznie.
88. Sieragowski Paweł	Prasznysz i pow. prasznyski	64	3	—	—	—	—	—	—	—	(Patrz tegoż w gub. łonżyńskiej i w m. Warszawskiej.
89. Jędrzejowicz Jan (nieżyjący)	Płońsk i pow. płoński	77	30+	—	—	—	—	—	—	—	Jeden przypadek przypała zaraz po ukąszeniu i następnie przewieziony do Warszawy zmarł pod obserwac. Dra Bujwida i tamże zanotowany.
	w 6 powiatach	464	—	2	—	1	—	—	—	—	—
	10. Gubernija Lubelska.										
90. Staniszewski Aleksander lek. pow.	Lublin i pow. lubelski	132	4	—	—	1	—	—	—	—	Przypadek obserwowany też przez Drów Janiszewskiego, Kosiejowskiego i Dziewiszka, pierwszych 2-eh z Lublina, ostatniego w Zamościu zamieszkałego.
91. Sachs i 92. Glogowski Feliks	m. Lublin i okolica	—	?	—	—	—	—	1?	—	—	Podług listu Dra Staniszewskiego; patrz też kasuistykę przyp. wątpliwych wścieklizny, obserw. Dra Bujwida.
93. Szmít Ludwik lek. szpit.	"	—	?	—	—	2?	—	—	—	—	Podług listu Dra Staniszewskiego.
94. Olechnowicz Władysław 95. Leszczyński Tetz Benjamin lek. szpit.	"	—	?	—	—	—	—	—	—	—	(Patrz Suwałki).

Nazwisko i imię lekarza	Miejsce zamieszkiwania i działalności	Ludność w tysiącach	W ciągu lat praktyki	Sposzrzegał		przypadków wścieklizny					Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo.
				do 1886 r.		Od 1886 do 1890 włącznie					
				nieleczonych zapobiegawczo	leczonych przypalaniem	nieleczonych zapobiegawczo	leczonych przypalaniem	przyp. i leczon. met. Pastora's	leczonych tylko met. Pastora's	leczonych tylko met. Pastora's	
96. Totwiński Władysław lek. pow.	Lubartów i pow. lubartowski	86	11	—	—	1?	—	—	—	—	(Patrz kazuistykę przypadek wątpliwych).
97. Skawiński Wojciech lek. pow.	Krasnystaw i pow. krasnostawski	86	24	—	2	—	—	—	—	—	W ciągu swej praktyki leczył zapobiegawczo przypalaniem i różnymi środkami około 200 pokąsanych; nikt więcej nie zachorował. Ogółem z pobytem w Mławie i przeciąg 28 lat praktyki miał licznych pokąsanych chorych, którym przypalał rany i żaden z nich nie uległ wścieklicznie. 2 notowane tu przypadki, lecz kauteryzacja, kw. karbolowym stężon., belladoną, kąpielami rzymskimi (p. kazuistykę). Podług władności udzielonej przez Dra Bujwida (patrz jego kazuistykę).
Zdański Marcell	m. Turbini, p. krasnostawskiego	—	12	—	—	—	—	—	—	—	
tenże	Janów i pow. janowski	84	11	1	—	—	—	—	—	—	
98. Stecki Konstanty lek. szpít.	Hrubieszów i p. hrubieszowski	91	17	3	2	—	—	—	—	—	
N. N.	pow. Bilgorajski	90	—	—	—	1	—	—	—	—	—
	w 6 powiatach	569	—	4	4	2	—	1?	—	—	—

2. *Tablice przypadków wścieklizny, spostrzeganych w m. Warszawie oraz przywiezionych do Warszawy*
a) *Przypadki spostrzegane w przy-*

(z ludnością 439000) i w powiecie warszawskim (z ludnością 127000), z dalszych stron kraju na kuracyjkę w tnej praktyce lekarzy Warszawskich.*

Nazwisko i imię lekarza	W ciągu lat praktyki	Sposzrzegał przypadek		kóów wścieklizny					Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo.	
		do 1886 r.		Od 1886 r. do 1890 włącznie						
		nieleczonych zapobiegaw.	leczonych przypalaniem.	nieleczonych zapobiegawczo	leczonych przypalaniem	przyp. i leczon. met. Pastora's	leczonych tylko met. Pastora's	leczonych tylko met. Pastora's		
1. Anders Ludwik	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Borysowicz Teodor	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Bartoszewicz Joachim	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Bazylewicz-Kniażykowski	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Za wyłączeniem przypadków, przywiezionych z po za granic Królestwa.

Nazwisko i imię lekarza	W ciągu lat praktyki	Spostrzegł przypad do 1886 r.		kół wścieklizny				Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo.
		nie leczon. zapobiegaw.	leczonych przypalan.	Od 1886 do 1890 włącznie				
				śledzonych za pobiegawczo	leczonych przy- palaniem	przy i lezon. met. Pasteur'a	leczonych tylko met. Pasteur'a	
5. Bujwid Odo	7	—	—	7 11?	1	—	7	Oprócz przypadków w szpitalu wolskim spostrzeganych innych, które albo widział z innymi kolegami, przy których ich zanotowaliśmy, albo też zebrał o nich wiadomości. Ogółem Dr. Bujwid wie o 13 przypadkach leczonych zapobiegawczo metodą Pasteur'a i o 39 innych krajowych i zakrajowych, z których tylko 2 leczono napewno zapobiegawczo przypaleniem ran.
6. Bruner Mikołaj	28	—	—	—	—	—	—	Pierwiej 6 lat w szpitalu w Mieni (patrz statystykę gub. warszawskiej), gdzie widział 2 przypadki wścieklizny. Widział 1 przypadek po kuracji metodą Pasteur'a, który zanotowany jest w statystyce D-ra Bujwida, patrz wyżej.
7. Chełmiński Antoni	6	—	—	—	—	—	—	
8. Chrostowski Bronisław	15	—	—	—	—	—	—	
9. Ciągliński Adam	4	—	—	—	—	—	—	
10. Dobrzycki Henryk	18	—	—	—	—	—	—	Pierwszych kilkanaście lat w Koniecpolu, gub. kieleckiej także nie widział.
11. Drzewiecki Józef	7	—	—	—	—	—	—	Pierwiej 5 lat, jako lekarz szpitala w Częstochowie, także nie widział.
12. Dunin Teodor	14	—	—	—	—	—	—	Widział 1 przypadek po leczeniu swoistem metodą Pasteur'a, prawdopodobnie ten sam, który opisał Dr. Bujwid (patrz kasuistykę leczonych tą metodą) i zapisany w statystyce D-ra Bujwida.
13. Fieki Feliks	16	—	—	—	—	—	—	
14. Florkiewicz Władysław	30	—	—	—	—	—	—	(Patrz kasuistykę nieleczonych zapobiegawczo).
15. Fritsche Gustaw	13	—	—	—	—	—	—	Spostrzegł 1 przypadek nieleczony zapobiegawczo w szpitalu 8-go Ducla. Opisał go w gazecie lekarskiej z r. 1875 N 20. Zanotowany w statystyce tego szpitala.
16. Fruehman	1	—	—	—	—	—	—	Pierwiej 4 lata w Kromoniu (na Infantsch) także nie widział.
17. Gabszewicz Antoni	11	—	—	—	—	—	—	
18. Gromadzki Jan	9	—	—	—	—	—	—	Widział 1 przypadek w szpitalu Jana Bożego, 2-gi w szpitalu Wolskim w oddziale Dra Bujwida, 3-ci w praktyce prywatnej wraz z Drem Bujwidem—patrz statystykę tych szpitali i statystykę zanotowaną przy Drze Bujwidzie.
19. Guranowski Ludwik	14	—	—	—	—	—	—	(Patrz także szpital Dzieciątka Jezus).
20. Gepner Bolesław	32	1	—	—	—	—	—	
21. Grosztern Wiktor	19	—	—	—	—	—	—	
22. Groer Franciszek (nieżyjący)	40	—	—	—	—	—	—	
23. Jaguńtkowski Ludwik	10	—	—	—	—	—	—	
24. Jakowski Maryjan	9	—	—	—	—	—	—	
25. Jawdyński Franciszek	14	—	—	—	—	—	—	
26. Kadler Ludwik	24	1?	—	—	—	—	—	

Nazwisko i imię lekarza	W ciągu lat praktyki	Spostrzegał przypadki		Wśród wściekliczyn				Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo.
		do 1886 r.		Od 1886 do 1890 włącznie				
		nie leczonych zapobiegaw.	leczonych przypalan.	nieleczonych zapobiegawczo	leczonych przy paleniu	WSPŁY i bezwspł. mat. Pastora i mat. Pastora's	leczonych tylko mat. Pastora's	
27. Karwowski Konstanty	26	—	—	—	—	—	—	Widział 1 przypadek w szp. Dzieciątka Jezus (p. statystykę tegoż szpitala).
28. Kinderfreund Józef	35	—	—	—	—	—	—	Poprzednio 3 lata w Soczewce (gub. warszawska), potem 3 lata w Zamościu (gub. lubelska) jako lekarz szpitali, nigdy nie widział wściekliczyny.
29. Klein	1	—	—	—	—	—	—	Przypadek ten obserwowali też Drwie Sikorski i Bujwid; drugi przypadek widział w szpitalu na Pradze, ten przewieziony był do szpitala S-go Jana Bożego; patrz statystykę tego szpitala.
30. Kopeć Stanisław	25	—	—	1	—	—	—	
31. Kopytowski Władysław	9	—	—	—	—	—	—	—
32. Kosiewicz Antoni	27	—	—	—	—	—	—	—
33. Kapliński Wacław	10	—	—	—	—	—	—	—
34. Kleimdel Jan	17	—	—	—	—	—	—	—
35. Kramsztyk Zygmunt	18	—	—	—	—	—	—	—
36. Kramsztyk Julijan	15	—	—	—	—	—	—	—
37. Kryże Władysław	26	1	—	—	—	—	—	Leczył około 100 pokąsanych, 15 odesłał na kurację Drwi Bujwidowi. Widział ogółem 2 przyp. wścieklicziny, z tych 1 odesłany był do szpitala Sgo Jana Bożego, drugi także, lecz że nazwisko to nie figuruje w wykazie Dra Rothego, tn więc go notujemy.
38. Kuniewicz Władysław	15	—	—	—	—	—	—	—
39. Lewiński Marcell	10	—	—	—	—	—	—	—
40. Majkowski Julijan	20	—	—	—	—	—	—	—
41. Markiewicz Stanisław	11	—	—	—	—	—	—	Pierwiej 12 lat jako lekarz szpitala w Grójcu, także nie widział.
42. Mazaraki Kazimierz	9	—	—	—	—	—	—	Pierwiej lat 2 w Tomaszowie Rawskim i w Soczewce lat 12, także nie widział.
43. Modrzejowski Edward	16	—	—	—	—	—	—	Widział 1 przypadek w szp. Śgo Łazarza; patrz statystykę tegoż szpitala.
44. Natanson (syn)	1	—	—	—	—	—	—	—
45. Obrębski Henryk	32	—	—	—	—	—	—	Widział 1 przypadek w szp. Dzieciątka Jezus i 1 w szp. Sgo Rocha w Warszawie (patrz statystykę obu tych szpitali).
46. Oitaszewski Władysław	12	—	—	—	—	—	—	—
47. Pawiański Józef	15	—	—	—	—	—	—	—
48. Piaszezyński Józef	18	—	—	—	—	—	—	—
49. Portner Szymon	27	—	—	—	—	—	—	—
50. Peszke Józef	15	—	—	—	—	—	—	—
51. Przytański Aleksander	51	—	—	—	—	—	—	—
52. Reichman Mikołaj	18	—	—	—	—	—	—	—
53. Rothe Adolf	24	—	—	—	—	—	—	Spostrzegał przypadki w szpitalu Śgo Jana Bożego patrz statystykę tegoż szpitala; innych nie notuje.
54. Rosé Józef Konstanty	38	—	—	—	—	—	—	—

Nazwisko i imię lekarza	W ciągu lat praktyki	Sporządzał				Przypadków wścieklizny				Różne uwagi, a w szczególności czem leczyl zapobiegawczo
		do 1886 r.		Od 1886 do 1890 włącznie						
		nieleczon. ¹ zapobiegaw.	leczonych przypalał.	nie leczonych za- pobiegawczo	leczonych przy- palaniem	prze- i lezom. met. Pasteur'a	leczonych tylko met. Pasteur'a			
55. Rogowicz Jakób	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56. Rosenthal Albert	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—
57. Sasaki Władysław	15	—	—	—	—	—	—	—	—	Pierwiej 3 lata w Brzeźnacu i 3 lata w Wieruszowio, także nie widział.
58. Śliwki Franciszek	27	—	—	—	—	—	—	—	—	Podług wiadomości podanej przez Dra Saskiego miał widzieć jeden przypadek wścieklizny po kuracji Pasteur'owskiej w szpit. Śgo Łazarza; patrz statystykę tegoż szpitala.
59. Sieragowski Paweł	10	—	—	—	—	—	—	—	—	Widział jeden przypadek po kuracji Pasteur'owskiej w oddziale Dra Bujwidła w szpit. Wołskim; patrz statystykę tegoż oddziału.
60. Skabieczowski Bazyl	3	—	—	—	—	—	—	—	—	Drugi przypadek widział z Drami Bujwidem i Kopciem (patrz tego ostatniego powyżej i statystykę szpit. dla dzieci w Warszawie).
61. Sikorski Antoni	28	1	—	—	—	—	—	—	—	Opócz przypadków, zapisanych w statystyce oddziału Dra Bujwidła przy szpit. Wołskim, z praktyki prywatnej nie notuje innych więcej.
62. Sommer Feliks	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—
63. Stankiewicz Władysław	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—
64. Starkman Józef	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65. Strasburgier Mieczysław	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—
66. Stępiński Wacław	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67. Świątecki Władysław	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
68. Sztcyner Władysław	12	—	—	—	1	—	—	—	—	—
69. Sznabl Jan	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—
70. Szumlański Witold	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71. Szyszło Wincenty	20	1	—	—	—	—	—	—	—	—
72. Thieme Apollinary	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—
73. Tyrchowski Władysław (syn).	13	2	—	—	—	—	—	—	—	—
74. Vacqueret Aleksander	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—
75. Wojciechowski Jan	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—
76. Woźnicki Jan	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
77. Wojekiewicz Feliks	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—
78. Waszbor Józef	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Nazwisko i imię lekarza	W ciągu lat praktyki	Sposzrzegał		przypadków wścieklizny					Różne uwagi, a w szczególności czem leczył zapobiegawczo
		do 1886 r.		Od 1886 r. do 1890 włącznie					
		nieleczon. zapobiegaw.	leczonych przypalał.	nieleczonych zapobiegawczo	leczonych przy- palałami	prze- p. l. i. i. m. m. Pastera	leczonych tyko met. Pastera		
79. Winawer Abraham	6	—	—	—	—	—	—	—	Widział jeden przypadek, który chwilowo pomiesz- czony był w szpit. Sgo Duchą, natychmiast wszak- że przewieziony był do szpit. Sgo Jana Bożego, patrz statystykę tegoż szpitala.
80. Wolff Aleksander	20	—	—	—	—	—	—		
81. Zaleski Seweryn	20+	—	—	—	—	—	—		
82. Zawisza Konrad	14	—	—	—	—	—	—	—	Pierwej 3 lata w Mogielnicy (pow. grójeckiej, gub. warszawskiej), gdzie widział 1 przypadek; patrz gub. warszawską).
83. Żłobikowski Tadeusz	26	—	—	—	—	—	—	—	Sposzrzegał 4 przypadki pokąsanych przez niewąt- pliwie wściekłego psa, co stwierdzonem zostało przez weterynarza; leczono przypaleniem i pozostali zdrowymi.
34. Żera Teofil	18	—	—	—	—	—	—	—	

b) Przypadki sposzrzegan w Szpitalach warszawskich.

Nazwa szpitala	W ciągu lat	Zmarło		na wściekliznę					Różne uwagi
		do 1886 r.		od 1886 do 1890 włącznie					
		nieleczon. zapobiegaw.	leczonych przypalał.	nieleczonych zapobiegawczo	leczonych przy- palałami	prze- p. l. i. i. m. m. Pastera	leczonych tyko met. Pastera		
1. Sgo Jana Bożego (obłąkanych mężczyzn).	24	12	2	1	—	—	—	—	Szpital ten jest głównym przytułkiem dla uległych wścieklicznie mężczyzn w Warszawie. Cyfry tu wynotowane podług wykazu nadesłanego przez Dra A. Rothe Naezel, lekarza, oraz podług spra- wozdań jego, pomieszczonych w Gazecie lekarsk. Największy w Warszawie szpital ogólny. Podług wykazu, nadesłanego przez Dra Żłobikow- skiego, ordynatora oddziału kobiet obłąkanych, któ- ry to oddział jest głównym przytułkiem dla kobiet niegłych wścieklicznie.
2. Dzieciątka Jezus: a) oddział obłąkanych kobiet.	38	7	—	—	—	—	—	—	
b) oddziały męzkie	22	1	—	1	—	—	—	—	

Nazwa szpitala	W ciągu lat	Zmarło		na wściekliznę						Różne uwagi
		do 1886 r.		od 1886 do 1890 włącznie						
		nieleczon. zapobiegaw.	leczonych przypalan.	nieleczonych na- podległych	leczonych przy- palaniem	Przyp i leczon. met. Pasteur'a	leczonych tylko met. Pasteur'a			
3. Ś-go Duchy	16	1	—	—	—	—	—	—	—	Spostrzeżenie a. p. Dra F. Groera b. Naczeln. lekarza, opisane w Gazecie lekarskiej z r. 1875. Od tego czasu, podług zapewnienia obecnego Naczeln. lekarza Dra S. Zalewskiego, przywieziono tu jeszcze w r. 1878 jednego chorego ze wścieklizną lecz ten był natychmiast odesłany do szpitala Ś-go Jana Bożego i tam też jest przez nas odnotowany.
4. Ś-go Rocha	32	1	—	—	—	—	—	—	—	Podług wiadomości udzielonej przez Dra Obrębkatego, długoletniego ordynatora tegoż szpitala, i przez Dra Wszeborę, b. Naczelnego lekarza tegoż szpit.
5. Dla dzieci	22	1?	—	1	—	—	—	—	—	Podług nadesłanego z polecenia Naczelnego lekarza D-ra A. Sikorskiego, wykazu Dra L. Rabka lekarza miejscowego. Pokąsane dzieci leczą tu przyżegzaniemi, bez względu na czas, jaki przeszedł od chwili pokąsania do pomieszczenia w szpitalu.
6. Ewangelicki	10	—	—	—	—	—	—	—	—	Podług listu D-ra Mikolaja Brunera Naczeln. lekarza, z d. 17 Listopada 1890 r.
7. Starozakonných	34	—	—	—	—	—	—	—	—	Podług listu z d. 27 Grudnia 1890 r. Dra Kinderfreunda, Naczeln. lekarza tegoż szpitala.
8. Starozakonných dzieci	12	—	—	—	—	—	—	—	—	Podług zapewnienia listownego Naczelnego lekarza Dra Fortnera od r. 1878, t. j. od założenia tego szpitala, nie spostrzegano w nim przypadku wścieklizny.
9. Ś-go Łazarza	?	—	—	2	—	—	—	1?	—	Podług listownej wiadomości Dra Wł. Kopytowskiego, asystenta kliniki prof. Trautvettera w tymże szpitalu pomieszczonej, oraz wykazu nadesłanego przez Dra Bujwida, a wreszcie podług wiadomości, udzielonej przez Dra Siergowskiego ordynatora szpitala i zakomunikowanej z jego upoważnienia przez Dra Wł. Saskiego.
10. Na przedmieściu Praga	20	—	—	—	—	—	—	—	—	Podług wiadomości listownej Dra Wł. Kryżę Naczeln. lekarza tegoż szpitala i Dra Kopela lekarza miasta Warszawy, był tu chwilowo tylko pomieszczoney jeden chory, dotknięty wścieklizną, który zaraz przewieziony został do szpitala Ś-go Jana Bożego i tam zmarł,—przypadek ten zatem nie mieści się w statystyce tego ostatniego szpitala.

Nazwa szpitala	W ciągu lat	Zmarło		na wściekliznę					Różne uwagi.
		do 1886 r.		Od 1886 r. do 1890 włącznie					
		nieleczon. zapobiegaw.	leczonych przypalan.	nieleczonych za- pobiegawco	leczonych przy- palaniem	Przyp. i lezom. mst. Pasteur'a	leczonych tytko mst. Pasteur'a		
11. Na przedmieściu Wola, specyjalny oddział Dra Bujwida	2	—	—	4	1	—	2	<p>Oddział ten istniał tylko przez ciąg 1887 i 1888 r. Wiadomości o działalności oddziału udzielił Nacz. lekarz tegoż szpitala Dr. F. Sommer w listach z d. 22 Czerwca i z 10 Lipca 1890 r. Z nich podajemy tu niektóre szczegóły: przez czas istnienia oddziału leczono w nim pokąsanych przez psy, koty, wilki i koni: mężczyzn 219, kobiet 135 (w tych leczbach dzieci do lat 13-tu 112), ogółem osób 354. W tej liczbie było pokąsanych z Warszawy 13, z gubernij Królestwa 305, z Cesarstwa 36, ogółem 354. Co do czasu przybycia od chwili ukąszenia wstąpiło po upływie dni 10—osób 297, po 20 dniach—40, po 30 dniach—6, po 40 dniach—4, po 60 dniach—6 i po 75 dniach 1 osoba, —razem 354. Co do miejsca ukąszenia: w twarz, noko, głowę osób 38, w kończyny górne—200, w kończyny dolne i brzuch—116, razem—354. Zejść śmiertelnych jak zanotowano obok było 7. Do szpitala zgłoszono się na kurację ludzi już pierwiej zapobiegawczo przypalanych różnymi środkami ogółem 35, a takich którym tylko wymyto pierwotnie rany 76.</p> <p>Śóle w miejscu dokonanych wstrzyknięć Pasteur'owskich podczas pobytu w oddziale ujawniły się u 16 osób, ci wyszli jednak ze szpitala, a co się z nimi stało nie wiadomo Dwi Sommerowi.</p> <p>U 86 zwierząt które pokąsały wyżej wymienione 354 osób, skonałatow. niewątpliwą wścieklizną.</p>	



Przebieg Ludność we- dług urzędo- wych obli- czeń z roku 1887	Przeciętnie w ciągu lat		Ogółem przypadków wścieklicziny		A w szczególności						W tej liczbie zanotowano przypadków wątpliwych
					do 1886 roku wyłącznie		od 1886 po koniec 1890				
					nieleczon. zapobiegaw.	leczonych przypalan.	nieleczon. zapobiegaw.	leczonych przypalan.	przyp. i lecz. m. Pasteur'a	leczon. tylko m. Pasteur'a	
6,096,000	14 1/2	57	32	12	9	1	2	1	Nieleczon. zabobieg. lub nie- wiad. czy i czem lecz. przyp. 6 Leczonych przypalan. " 2 Lecz. met. Pasteur'a. " 1		
	17 1/2	35	7	—	20	1	—	7			
(prawie) 6,100,000	21	38	23	2	9	1	—	3	Nieleczon. zapobieg. lub nie- wiad. czy i czem lecz. przyp. 13 Leczonych przypalan. " 1 Leczon. met. Pasteur'a " 1		
	18	130	62	14	38	3	2	11			
					76		54		Nieleczon. zapobieg. lub nie- wiad. czy i czem lecz. przyp. 19 Leczonych przypalan. " 2 Leczon. met. Pasteur'a " 2		

Już po zamknięciu i ostatecznem obliczeniu statystyki naszej otrzymaliśmy jeszcze dwa listy, przedmiotu tego dotyczące, od d-rów Aleksandra STROMFELDA i Antoniego ELSENBERGA z Warszawy. Że jednak koledzy ci nie nam ważnego nie donieśli, nie uważaliśmy za konieczne wnosić ich do tablic przez nas ułożonych i zmieniać w nich porządek, oraz nasze cyfrowe obliczenia. Pierwszy z nich w liście z dnia 15 Stycznia 1891 r. doniósł tylko, iż będąc przed laty lekarzem powiatu Mławskiego, słyszał o jednym przypadku wścieklizny u mężczyzny, który został przywieziony do szpitala Św. Jana Bożego w Warszawie i tamże umarł; przypadek ten więc zanotowany jest niewątpliwie w statystyce pomienionego szpitala. Drugi w liście z dnia 22 Stycznia 1891 r. potwierdza nadesłane nam pierwszej wiadomienie dra KINDERFREUNDA, iż nietylko on, lecz i inni lekarze szpitala Starozakonnych w Warszawie nie mieli nigdy sposobności spostrzegania przypadku wścieklizny. Dr. ELSENBERG donosi przytem, iż, jako asystent prof. BRODOWSKIEGO, robił trzy sekcye (na 2-ch kobietach w szpitalu Dzieciątka Jezus i na jednym chłopcu ze szpitala Św. Jana Bożego) zmarłych na wściekliznę, rezultatów wszakże tych sekcyj nie opisuje; notuje przytem, iż wciągu 11-letniej praktyki, osobiście przypadku wścieklizny nie spostrzegął.

V.

Uwagi, porównania i wnioski.

Zebranie kazuistyki krajowej, dotyczącej wścieklizny u ludzi, i ułożenie jej w tablice statystyczne, któreśmy powyżej przedstawili, wymagało całorocznej korespondencji i dość długiej a mozolnej pracy,—i oto rezultatem tych zachodów jest zaledwie kilkanaście cyfr, które dziś przedstawiamy ogółowi kolegów.

Nie przeczę, iż, pomimo usilnych starań, aby uczynić zbieraną przez siebie statystykę jak można najdokładniejszą, takowa, być może, nie jest jeszcze absolutnie komple-

tną zdaje mi się wszakże, iż jest ona przynajmniej tak już pokąźną i tak bliską prawdy, że na niej stanowczo sądy nasze opierać możemy. Że tak jest w rzeczy samej, dosyć jest przejrzeć nasz materyjał kazuistyczny, przeważnie z opisu imiennych przypadków wścieklizny złożony, i rozważyć, że wiadomości o jednych i tych samych przypadkach, od różnych lekarzy zaczerpnięte, w trakcie zbierania w zupełności się ze sobą zgadzały i co najwyżej dopełniały się tylko wzajemnie.

Braki, któreby znaleźć można w materyjale kazuistycznym, tą drogą zebranych, nie mogą nam być poczytane za winę, wyczerpaliśmy bowiem wszelkie środki, aby ich uniknąć; gdyby więc je kto odnalazł, prosimy uprzejmie, iżby pracę niniejszą dopełnić raczył. Jesteśmy wszakże przekonani, iż dopełnienie takie, nie o wiele obliczenia nasze zmieni, że więc na zmianę przekonań naszych nie wpłynie.

Stawiając zarzuty metodzie PASTEUR'A, wyraziliśmy zdanie, iż ona teoretycznie uzasadnić się nie daje, że zatem aby w skuteczność jej uwierzyć, potrzeba postarać się o przedstawienie rezultatów, jakie osiągnięto przez wprowadzenie tej metody w ogólne zastosowanie; czy mianowicie wpłynęło to na zmniejszenie śmiertelności od wścieklizny pochodzącej?

Co do kraju naszego, pozwalają nam właśnie sądzić o tem, zebrane przez nas cyfry ostatniej tablicy statystycznej; zastanówmy się więc bliżej nad niemi.

Gdybyśmy zbierali te cyfry jedynie dla dowiedzenia się, wiele też u nas zdarzało się i zdarza rocznie przypadków wścieklizny u ludzi, bez względu na sposób ich leczenia zapobiegawczego, dostatecznem byłoby zacytować, że, według tablicy naszej, blisko 200 lekarzy krajowych w praktyce prywatnej i w 11-tu szpitalach warszawskich wśród ludności 6,100,000 wciąż 18-tu lat (przeciętnie) spostrzegło ogółem 130 przypadków wścieklizny u ludzi, czyli, że corocznie umiera tu z wścieklizny 1 człowiek na 1,000,000 mieszkańców; że jednak o coś więcej nam jeszcze chodziło, musieliśmy statystykę naszą ułożyć w sposób więcej skomplikowany.

Rozglądając się w tablicy wzmiankowanej, uderzy nas niewątpliwie fakt wielkiego niestosunku przypadków śmierci z wścieklizny wcale nieleczonych zapobiegawczo, do leczonych jakąbądź z dwóch metod dziś uprawianych. Kiedy bowiem wciągu 18 lat (przeciętnie) leczonych jakotako, a mimo to zmarłych, było ogółem 30 osób, to w tymże samym czasie zmarło nieleczonych, albo fikcyjnie tylko niy leczonych aż 100; wypada ztąd wniosek, iż u nas w kraju przeszło trzy razy jest więcej takich, którzy w przypadkach pokąsania przez psy wściekłe wcale się o pomoc racjonalną nie troszczą, niż takich, którzy się o nią starają. Jest to zatem jeden więcej cyfrowo stwierdzony fakt wielkiej obojętności ogółu na zdrowie i życie jednostek, co, z drugiej strony, powinnyby nas skłaniać przede wszystkim do popularyzowania środków niewątpliwie pożytecznych, powtóre do uczynienia ich jak można najbardziej przystępnymi dla ogółu, który zgodzi się na nie o tyle tylko, o ile zastosowanie ich nie pociągnie za sobą wiele zachodów i kosztów.

Wielki rozgłos nowej metody przyniósł nam wprawdzie pod tym względem pewien pożytek: widnieje on ze stosunku nieleczonych do leczonych, przed jej wprowadzeniem i po ogólnem jej wprowadzeniu w życie. Kiedy bowiem do 1886 r. na 76 zmarłych było 62 nieleczonych, a 14 leczonych zapobiegawczo przypaleniami, co równa się 4,43:1, to po 1886 r. na ogólną liczbę zmarłych 54 było nieleczonych 38, a leczonych przypaleniami, głównie zaś metodą PASTEUR'A, ogółem 16, stosunek więc ten przedstawia się teraz jak 2,37:1, czyli, że ostatnimi czasy jest prawie dwa razy więcej pokąsanych szukających naszej pomocy, niż dawniej.

Byłoby to pocieszającym, gdyby jednocześnie nie wykazywało (pozornie przynajmniej) powiększenia się śmiertelności z wścieklizny u ludzi w kraju naszym wciągu lat pięciu. Zastanówmy się bowiem, iż gdy przez lat 13 (przeciętnie), t. j. do 1886 r., umarło u nas na 6,100,000—76 osób, co daje nie całe 6 na rok, to wciągu tylko 5 lat ostatnich zmarło 54, co odpowiada prawie 11 osobom na rok.

Jestto rezultat wcale dla nas niespodziewany, z tego powodu zmuszeni jesteśmy zastanowić się, gdzie dopatrywać przyczyny tak niepomyślnego wyniku naszych obliczeń statystycznych.

Rozglądając się w cyfrach ostatniej tablicy, widzimy, iż do 1886 r. liczba przypadków po leczeniu zapobiegawczem przeważała na prowincyi; gdy bowiem takich przypadków mamy w tym okresie zanotowanych aż 12 na prowincyi, z Warszawy zanotowaliśmy ich w tymże samym czasie tylko 2. Widać więc z tego, że do czasu wprowadzenia u nas w życie i uogólnienia zastosowania metody PASTEUR'A, ci, którzy pragnęli leczyć się zapobiegawczo, poprzestawali na pomocy miejscowych, prowincjonalnych lekarzy, którzy stosowali ogólnie dawno znaną metodę przypalań, później zaś i do dziś dnia, prąd ten zwrócił się w stronę Warszawy i to nietyle do wszystkich lekarzy i szpitali tego miasta, ile wyłącznie do lekarza specjalnie tej sprawie oddanego, w części zaś i do specjalnego oddziału przy szpitalu Wolskim czasowo (w 1887 i 1888 r.) również pod jego kierunkiem istniejącego. Odrazu wciągu lat 5 widzimy tu aż 13 przypadków śmierci po zapobiegawczem leczeniu metodą PASTEUR'A, a jednocześnie uderza nas widoczne zmniejszenie się przypadków śmierci po leczeniu się przypaleniami, których to notujemy tylko 3 za cały ten okres czasu.

To zwiększenie pozorne liczby przypadków śmierci, mogłoby być przyczyną niekorzystnego wniosku o rezultatach osiągniętych przez metodę PASTEUR'A; tak powierzchownie jednak nie wolno nam jest sądzić. Dalecy jesteśmy od postawienia podobnego wniosku; nie chcemy bowiem być tak pochopnymi do wyrokowania o szkodliwości metody PASTEUR'A, jak to się stało we Francyi z d-rem LUTAND, któremu, jak to już widzieliśmy, coś podobnego z obliczeń wypadło. My raczej zwrócimy uwagę na następujące okoliczności: 1) że od czasu wprowadzenia u nas metody PASTEUR'A, zaczęto tu więcej zwracać uwagi na przypadki wścieklizny, a, pokładając w metodzie tej większe nadzieje, zaczęto szerzej ją stosować— ztąd zwrócenie się prądu w stronę Warszawy, gdzie jedynie pomoc

takową znaleźć można, i ztąd zwiększenie się tu odrazu liczby przypadków śmiertelnych; 2) że od czasu większego zainteresowania się tym przedmiotem całego kraju, zaczęto niewątpliwie skrupulatniej notować wszystkie przypadki wodowstrętu i o nich donosić komu należy. Że tak jest w rzeczy samej, dowodzi okoliczność, iż kiedy nam za lat 13 (do 1886 r.) udało się zebrać śmiertelnych przypadków z 59 powiatów, m. Warszawy i z 4-ch oddzielnych miejscowości na 6,100,000 mieszkańców ogółem 76, to sam dr. BURWID przez ostatnich lat 5, skrzętnie je zbierając, zanotował wiadomych sobie aż 34 przypadków wścieklizny w kraju wydarzonych, ogółem zaś, wliczając spostrzeżenia i innych lekarzy, mamy zanotowane z ostatnich lat 5-ciu 54 przypadki. Ztąd wniosek, że owe 54 przypadki winniśmy już przyjąć nie jako liczbę odpowiadającą 6,100,000 mieszkańców, lecz jako rezultat obliczeń z całego Królestwa, którego ludność, według urzędowych danych, wynosić miała w 1887 r. około 8,300,000.

Licząc zatem, względnie do tej ludności i mając jeszcze na względzie pewien przyrost ludności w ostatnich paru latach, możemy śmiało przypuścić, iż bez względu na stosowaną u nas metodę zapobiegawczą umierałoby u nas obecnie powinno około 9 osób na wściekliznę rocznie, zdarzenie zaś, iż umierało ich rzeczywiście 11 rocznie chętnie uważać jesteśmy gotowi za przypadkowe, i okoliczność ta wcale nie wpłynie na postawienie sądu o szkodliwości wprowadzonej u nas w życie metody PASTEUR'A.

Wprawdzie opisaliśmy w kazuistyce dwa przypadki wścieklizny (przez d-rów RODKIEWICZA z Białej i SZNABŁA z Warszawy obserwowane), które mogłyby dać wiele do myślenia o możliwości szkodliwych skutków stosowania metody PASTEUR'A; że jednak te dwa przypadki zbyt są odosobnione, jak dotąd, i zawsze w obronie tej metody i wobec nich nawet, powiedzieć jeszcze można, iż osoby uległe tu wściekliznie miały szczególne do niej usposobienie, inni zaś, którzy nie ulegli jej, choć przez te same pokąsani zwierzęta—szczególną odporność wrodzoną, nie będziemy się o to sprzeczać i gotowi jesteśmy otwarcie tu wyznać, iż dotąd nie posiadamy pozytywnych dowo-

dó w, że by metoda PASTEUR'A była szkodliwą w zastosowaniu, chodzi więc już tylko o to, czy i jaki pożytek przynieść ona może?

Pięć lat już upłynęło, jak metoda ta jest uprawiana w naszym kraju. W tym okresie czasu, jak widzieliśmy, względnie do lat poprzednich, liczba śmiertelnych przypadków nie zmniejszyła się, jakby spodziewać się należało, lecz w każdym razie, choć niewiele, wzrosła; gdzież więc są obiecywane nam świetne rezultaty? Gdzie więc są owe tysiące wrzekomo ocalonych, których się bez przerwy „leczy“ od wścieklizny? Statystyka nasza, niestety, nic nam o nich nie mówi; wobec więc tego z konieczności wypowiedzieć zmuszeni jesteśmy zdanie, że sukcesy metody PASTEUR'A są tylko złudzeniem, a tysiące „leczonych“ (właściwie zaś „szczepionych“ tylko) tysiącami zdrowych, którzyby i bez metody PASTEUR'A zdrowymi pozostali.

Zastanówmy się wszakże nad dowodami liczbowymi, stawianymi przez szkołę PASTEUR'A zagranicą i u nas, świadczącymi, iż metoda, przez nią uprawiana, w każdym razie jaki taki przynajmniej pożytek przynosi i że zawsze powinna być uważaną jako jedna z takich, którą zalecać można, a nawet należy, w celu uchronienia pokąsanych od mogącej rozwinąć się u nich wścieklizny.

Aby pytanie to rozwiązać, przypomnijmy przede wszystkim, iż, według dokładnie dziś znanych obliczeń, przez samą szkołę PASTEUR'A przyjętych, z liczby ludzi pokąsanych przez niewątpliwie wściekle zwierzęta umiera średnio około 10%, że zaś w rzeczywistości na ogólną liczbę zwierząt kąsających ludzi (zwłaszcza psów) jest co najmniej 6 razy więcej niewściekłych, niż wściekłych [patrz rozdział II] ¹⁾, wypadnie zatem, iż z liczby ludzi pokąsanych przez

¹⁾ Wiadomo, iż oprócz psów z natury złych, popęd do kąsania objawić się może niespodziewanie przy gwałtownych bólach (ból zębów), przy wysokim stopniu podrażnienia psychicznego (zabranie młodych, znaczne pobudzenie i niezaspokojenie popędu płciowego), wreszcie z powodu rozmaitych zaburzeń w ośrodkach nerwowych; nie sama przecież wścieklizna jest tego powodem.

wściekle i niewściekle zwierzęta, pozostawionych bez wszelkiego leczenia umiera na wściekliznę tylko $\frac{1}{6} = 1,7\%$ —zaś około 98% wcale nie jest wścieklizną zagrożonych i zdrowymi bez leczenia pozostać może.

Wobec tego cóż nam obiecuje nowa metoda? Oto sam PASTEUR w artykule, mającym ostatecznie przekonać wszystkich niedowiarków, powiada, iż z liczby leczonych jego metodą umiera 1%, a jeżeli to będą pokąsani w twarz, to 2%, średnio więc wypadnie coś więcej jak 1%. Mielibyśmy więc zysk, według jego własnych obliczeń, nie większy, jak kilka dziesiątych procentu, co, naturalnie, powinno być przecież choć o kilka przypadków zmniejszyć śmiertelność z wścieklizny w jego własnym kraju; tego jednak, jak dotąd z obliczeń dra LUTAUD'A wynika, wcale nie widzimy.

U nas w kraju szczepieniem ochronnem i leczniczem jadu wścieklizny według metody PASTEUR'A (zmodyfikowanej), zajmuje się, jak wiadomo, dr. BURWID w Warszawie. On to, jako bezstronny badacz, pragnąc wyświecić prawdę, na prośbę naszą, łaskawie nadesłał nam szczegółowe sprawozdanie o liczbie wiadomych mu przypadków wścieklizny za 5 lat ubiegłych, tak leczonych przez niego metodą PASTEUR'A, jako i nieleczonych zupełnie, a, oprócz tego, nadesłał nam wykaz wszystkich szczepionych przez siebie w celu zapobiegawczym za tenże okres czasu po koniec 1890 roku, z którego widzimy, że:

Z liczby leczonych przez niego w 1886 r. metodą s l a b ą (1 wstrzyknięcie codziennie, poczynając od rdzenia 14-dniowego, kończąc na 5-dniowym) osób 100, zmarła 1.

Z liczby leczonych w 1887 roku metodą j e s z c z e s l a b s z ą (1 wstrzyknięcie codziennie, poczynając od rdzenia 14-dniowego i dochodząc stopniowo tylko do 7-dniowego) osób 195, zmarło 8.

Z liczby leczonych w latach 1888, 89 i 90 metodą w z m o c n i o n ą (2 wstrzyknięcia codziennie, poczynając od rdzenia 10-dniowego, kończąc na 3 lub nawet na 2-dniowym) osób 1,175, zmarło 3.

Tak więc, ogółem na 1,470 osób szczepionych różnemi modyfikacjami metody PASTEUR'A zmarło 12, czyli 0,9%.

Że jednak dr. BUJWID zaniechał już dawno metody słabszej i dziś tylko posiłkuje się metodą wzmocnioną, wypada więc odsetkę śmiertelności obliczać z 1,175 szczepionych przez niego tą ostatnią metodą, poczem zmarło mu tylko osób 3, t. j. prawie 0,35%.

Zwracamy uwagę, iż odsetka ta jest znacznie lepszą od odsetki, podawanej przez samego twórcę metody—PASTEUR'A. Powinnaby ona zatem przekonać nas już stanowczo o skuteczności tej metody (zwłaszcza wzmocnionej), gdyby rezultat obliczeń śmiertelności u nas w kraju zmniejszył się był choć o jednego człowieka na rok; niestety, śmiertelność z wścieklizny wzrosła u nas od czasu wprowadzenia metody PASTEUR'A. Pozwolimy więc sobie, wbrew tłumaczeniom dra BUJWIDA, przypuścić, że osiągnięte przez niego świetne na pozór rezultaty z metody wzmocnionej, są może niczem więcej, jak chwilowym zbiegiem okoliczności, i że tak samo, jak przed laty trzema, nie był zadowolony z rezultatów stosowania metody słabej (na 295 bowiem szczepionych tym sposobem, zmarło mu aż 9 pacjentów, co równa się 3%), tak też i w przyszłości wydarzyć się może coś podobnego i z metodą wzmocnioną. Do przypuszczenia tego upoważnia nas okoliczność, iż właściwie przy stosowaniu owej metody wydarzyły się u nas w kraju aż dwa przypadki, nasuwające myśl prosto o szkodliwości jej zastosowania, czego pierwej nie bywało.

Pozostawiamy zresztą zwolennikom PASTEUR'A kłopot wyjaśniania sprzeczności, jakie rzucają się w oczy przy porównaniu ich świetnych pozornie rezultatów z obliczeniami faktycznej śmiertelności w kraju, i przechodzimy do kwestyi, która nas właśnie najbardziej obchodzi, t. j. do zastanowienia się, co ostatecznie więcej jest warte, jako środek zapobiegawczy—metoda PASTEUR'A, czy też stara, a dziś za „zbyteczną“ przez niektórych uznana — metoda przypalań ran od ukąszeń pochodzących?

Za pierwszą z nich przemawia nowość i świetnie nam przedstawiane odsetki śmiertelności. Wprawdzie staraliśmy się już wykazać, jak na owe obliczenia patrzeć należy, jeżeli jednak na nich opierać można wniosek o skuteczności

metody, to postaramy się także o odsetki i dla drugiej metody przypalań zapobiegawczych. Przedewszystkiem zwróćmy się znowu do cyfr ostatniej naszej tablicy statystycznej. Widzimy z niej, iż kiedy w naszym kraju w ciągu całych lat 18-tu zmarło, po leczeniu zapobiegawczem przypaleniami, — osób 17, t. j. umierała mniej więcej 1 osoba na rok, to po leczeniu metodą PASTEUR'A w ciągu lat 5 zmarło aż 13, zatem $2\frac{3}{5}$ na rok. Już to zestawienie pod pewnym względem rzuca światło na pewną wyższość metody starej nad nową; wiemy wszakże, iż dla przekonania zwolenników PASTEUR'A porównanie to nie będzie wystarczającym; cyfry te zresztą są za zbyt skromne, aby komukolwiek imponować mogły, i my więc także postaramy się o dowody dotykalsze i o cyfry więcej imponujące. — Przedewszystkiem więc przytoczymy tu zebrane przez nas przykłady z praktyki krajowej, służyć mogące za dowód skuteczności przypalań.

Cytujemy tu tylko przypadki, przy których skaleczenia zadane były przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta.

Dr. MALESZEWSKI, oprócz przypadku z 3-ma dziewczętami pokąsanymi przez kota w 1862 r. w osadzie Janów pow. Konstantynowskiego — o czem zrobiliśmy już wzmiankę przy opisie przypadku wścieklizny kobiety nieleczzonej wcale zapobiegawczo (patrz kazuistykę) — podaje, iż w ciągu swej wieloletniej praktyki obserwował bardzo wiele przypadków pokąsań ludzi przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta, co sprawdzonem zostało przez sekcję lub przez udzielenie się wścieklizny innym pokąsanym jednocześnie zwierzętom, zostawionym pod obserwacją, a mimo to u ludzi, pokąsanych przez takowe, wścieklizna się nie rozwinęła. W 1889 r. w Październiku pies wściekły pokojowy w folwarku Cieleśnica pokaleczył naraz kilka osób; wścieklizna psa sprawdzoną została przez weterynarza; z pokąsanych jeden tylko chłopiec był leczony w Paryżu metodą PASTEUR'A, innym zaś zrobiono dokładne przyżegania ran na miejscu, i to dopiero w kilka dni po ukąszeniu. Wszyscy ci jednak są zdrowi.

Dr. KRUPSKI przy opisie przypadku pokąsania dziewczynki, która następnie umrzeć miała na wściekliznę, podaje, iż jednocześnie z nią przypalał jeszcze dwojgu innym osobom pokąsanym, które mimo, iż niczem więcej się nie leczyły, pozostały jednak zdrowi. Zachodzi wszakże wątpliwość, czy tym razem choroba owej dziewczynki była rzeczywiście wścieklizną, przezco przykład ten do stanowczych zaliczonym być nie może.

Dr. STRYŻÓWSKI robi wzmiankę o przypadku pokąsania 6-ciu osób przez psa niewątpliwie wściekłego, z tych jedna jeździła do PASTEUR'A, który jej zrobił 8 wstrzykiwań, inne, a w szczególności dwoje dzieci, poprzestały na leczeniu domowem i pozostały zdrowi.

Dr. PODCIECHÓWSKI opisuje następujący przypadek: W 1889 r. taks niewątpliwie wściekły (dokonano na nim sekcji i wyżeł przez niego pokąsany zdechł w dwa tygodnie w objawach wścieklizny) pokąsał 15 osób naraz w jednym z majątków w pow. Konińskim położonych. Pomędzy pogryzionymi był też i syn właściciela majątku, młodzieniec lat 15, uczeń klasy 5, oraz lokajczyk lat około 18-tu. Obu tym pokąsanym dr. P. silnie zdezynfekował rany kwasem karbolowym i opatrzył je jodoformem. Syn właściciela miał ranę na grzbiecie prawej ręki, a lokajczyk na przedniej powierzchni goleni w jej środku. Pierwszy leczył się, oprócz tego, wstrzykiwaniami swoistemi u dra BUJWIDA, lokajczyk zaś i reszta pokąsanych pozostali w domu, niektórzy z nich, oprócz prostego przemycia ran octem, nic więcej nie robili—dotychczas jednak wszyscy są zdrowi. (Przykład ten w równym stopniu służyć może za dowód wrodzonej odporności).

Dr. WOLFRAM cytuje nam fakt, iż trzech ludzie, którym w Listopadzie 1883 r. przyżegał kwasem azotnym rany od ukąszeń przez niewątpliwie wściekłego psa zadane, dotąd są zdrowi.

Dr. MACHCEWICZ opisuje następujący przypadek: W Marcu 1886 r. we wsi Rozpsza, o 12 wiorst od Teplika, gdzie doktor ten mieszka, pies wściekły pokąsał parobka 20-paroletniego i dziewczynę dorosłą. Pierwszy siadł natychmiast na konia i pośpieszył o pomoc do Teplika, druga

zaś udała się do znachora, we wsi Kozuchówce mieszkającego. Dr. M. w godzinę lub dwie po ukąszeniu przypalił parobkowi 3 ranki na łydce i przepisał do gnojenia masę BUCHNER'A. W pierwszych dniach Lipca tegoż roku, zatem po upływie 4-ch miesięcy później, został wezwany do owej dziewczyny, ujawniła się bowiem u niej wścieklizna, od której po paru dniach zmarła, parobek zaś przypalany dotąd żyje. Dr. M. kończy list swój jak następuje: „Przypadek wyżej opisany przedstawia ten interes, iż przyżeganie było dokonane nie natychmiast, ale conajmniej w 1½ do 2 godzin po ukąszeniu i to przez psa niewątpliwie wściekłego; może więc on służyć za dowód, że przyżeganie powinno mieć rację bytu w każdym przypadku wątpliwym, i że ciężkoby zawinił lekarz, któryby środka tego zaniedbał, mając nawet możność leczenia chorego przez iniekcye, wartość których, pomimo wszelkich teoryj, bądź co bądź jest i, jak sądzę, na długo jeszcze pozostanie wątpliwą.“

Dr. PAWLICKI z Nowego Targu (w Galicyi) opisuje, iż, podczas przemieszkiwania na Podolu galicyjskiem w pow. Borszczowskim, leczył 5 osób pokąsanych zapomocą przyżegań różnymi środkami. Wszyscy pozostali zdrowymi, chociaż krowa, przez tegoż samego psa pokąsana, zdechła na wściekliznę. W Nowym Targu na trzech ludzi pokąsanych przez jednego i tegoż samego psa, po dokonaniu przyżegań, choroba ujawniła się tylko u jednego (patrz kazuistykę — przypadki zamiejskowe); dwaj drudzy pozostali zdrowymi. Dr. P. zaznacza, iż u dwóch ostatnich rany były powierzchowne, że zatem wypalenie ich mogło być dokładnem.

Dr. DOBRZYCKI w „Klinice“ z r. 1868 (t. III, Nr. 12) w sprawozdaniu ze szpitala Św. Józefa w Mieni za rok 1867, w którym wówczas ordynował, zamieścił opis 7 pokąsanych osób przez psa wściekłego, który pokąsał też i krowę. Z nich dziecko 4-letnie, ukąszone w twarz, w niepełna trzy tygodnie, a krowa w dni 15 uległy wściekliznie, zaś 6 osób, którym robiono przypalania miejsc uszkodzonych *Kali caustico*, nawet bardzo późno, gdyż dopiero około 17-go dnia po ukąszeniu, nie podległy chorobie.

Dr. ZALESKI Seweryn, naczelny lekarz szpitala Św. Ducha w Warszawie, osobiście podyktował następujący przypadek:

W dniu 4 Września 1888 r. podczas pobytu u syna na wsi, pies legawy domowy ukąsił syna jego przez ubranie bardzo powierzchownie w przedramię, że jednak psa tego nie podejrzewano o wściekliwość, narazie nic nie przedsięwzięto w celu zapobiegawczym. Dopiero na drugi dzień, gdy pies ten rzucił się na inne domowe psy i kilku z nich mocno pokąsał, a, oprócz tego, pokąsał jeszcze i lokaja (w zewnętrzną stronę palca wielkiego u lewej ręki), psa tego i paru innych przez niego pokąsanych zabito, zostawiając li tylko jedną sukę wyżlicę w zamknięciu pod obserwacją, dla wysokiej jej wartości. Dr. Z. natychmiast po wypadku przypalił *Zinco muriatico* ranki lokajowi i synowi swemu (temu więc dopiero na drugi dzień). Suka, pokąsana przez owego psa wściekła się na 9-ty dzień, obaj zaś przypalani do dziś dnia są zdrowi.

Dr. Z. akcentuje okoliczność położenia ran, t. j. notuje czy znajdują się one na zewnętrznej stronie, czy też na wewnętrznej, pamięta bowiem przypadek z czasów przemieszkiwania w Rosyi, że z 20 osób pokąsanych przez wilka wściekłego, uległo wściekłości aż 9 osób, t. j. wszystkie pokąsane w wewnętrzną stronę członków lub w twarz, 11 zaś ukąszonych z zewnętrznej strony pozostało zdrowymi, co dr. Z. przypisuje, może słusznie, większej liczbie naczyń limfatycznych na wewnętrznej stronie członków, niż na zewnętrznej. Spostrzeżenie to w każdym razie godne zaznaczenia.

Dr. ŻERA spostrzegł 4 osoby pokąsane przez niewątpliwie wściekłego psa (co sprawdził weterynarz), które, mając sobie tylko przypalone rany, pozostały zdrowymi.

Nakoniec notujemy tu dwie jeszcze wiadome nam obserwacje: W roku 1872 (o ile pamiętam) w domu moim własny mój pies ukąsił w rękę p. Wiktora W. Ponieważ zachowanie się psa tego wydało mi się podejrzaniem już uprzednio, z tego względu p. W. przypaliłem natychmiast rękę, psa zaś trzymałem w zamknięciu jeszcze dni parę, w trakcie których rozwinęła się u niego z całą gwałtowno-

ścią wściekliczna, gdy p. W. do dziś dnia dobrem cieszy się zdrowiem.

Drugi ciekawy przypadek tego rodzaju jest mi wiadomy następujący: W roku 1888 lub 89 we wsi Budziszewice gminy Budziszewice pow. Rawskiego, na podwórzu włościanina Kowalskiego wpadł niespodziewanie obcy pies i bez przyczyny pokąsał dwoje dzieci i prosiaka, poczem uciekł i niewiadomo, co się z nim stało. Widząc to, matka dzieci, wiedziona własnym instynktem, natychmiast wykąpała dzieci, a upaliwszy w ogniu trzonek żelaznej łyżki, przypaliła im rany od ukąszeń pochodzące; dzieci pozostały zdrowymi, zaś pokąsany prosiak uległ wścieklicznie.

Powyższe przypadki dowodzą niezbicie, że z liczby osób przypalonych po pokąsaniu przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta, nader mała tylko liczba ulega wścieklicznie; procentowych obliczeń wyprowadzać z nich nie można, liczba bowiem wszystkich zebranych tu przypadków jest zbyt małą, aby służyć mogła do stawiania odsetków. Wprawdzie możnaby i tu jeszcze powiedzieć, iż przypalani ocaleli zostali jedynie wskutek wrodzonej odporności ustrojowej, albo, że z jakichbądź powodów, mimo, iż byli pokąsani, zarazem do ich ustroju nie zdołał przeniknąć... prawda — w każdym jednak razie o żadnym z tych przypalanych nie można powiedzieć, iż środek im stosowany mógł być dla nich w czemkolwiek szkodliwym.

Żeby wszakże wszechstronnie wykazać możliwość skuteczności przypalań zapobiegawczych u pokąsanych, idźmy za przykładem szkoły PASTEUR'A i postarajmy się o dowody cyfrowe. Nie mogą one wprawdzie być zbyt ścisłe, będą jednak bardzo blizkimi prawdy.

Którykolwiek z kolegów przez czas pewien zamieszkiwał na prowincyi, niewątpliwie wie, jak częstemi są u nas pokąsania przez psy podejrzane. Nie mogliśmy jednak przedstawiać-ich tak znowu częstemi, jakby to wnosić należało z pokąsań przez wściekłe jakoby psy w Warszawie bezustanku nam ogłaszane, na prowincyi bowiem niema nagród za zabicie psa wściekłego, ani weterynarzy, którzyby po dokonaniu sekcyi na zabitym przez policyjanta psie stawiali ogólnie stereotypową dyjagnozę: „pies wście-

kły," albo: „podejrzany o wściekliznę.“ W takim bowiem razie odsetki pomyślnie leczonych przez nas przypalaniem na prowincyi wypadłyby niewątpliwie już nie świetnemi, ale nawet olśniewającemi. Przedstawimy więc liczby nasze w nieco skromniejszej, przedewszystkiem w zbliżonej do prawdy formie. Zaczniemy od obliczeń własnych.

W artykułach polemicznych, przedmiotu tego dotyczących, pomieszczonych w „Medycynie“ z 1889 i 90 roku, przyjąłem przybliżenie liczbę przyżegań pokąsanych 10 na rok w powiecie Skierniewickim. Wypadłoby zatem, iż wciągu ubiegłych tu lat 24 praktyki mojej miałem ogółem 240 przypadków pokąsań, przy których rany po ukąszeniu były przypalaniem, zaś w tym czasie wydarzył się tu jeden tylko przypadek choroby po przypalaniu, którą ja za *Eclampsję* połogową, a dr. BUJWID za *Hydrophobię* przyznaje. Że przybliżone cyfry moje nie są wygórowanemi, dostatecznie będzie powiedzieć, iż wciągu lat ubiegłych zdarzyło mi się raz przypalać odrazu aż 22 osób pokąsanych, że w 1890 r. w Skierniewicach dokonano 9 przypałań pokąsanych przez nader podejrzane zwierzęta (psy i koty), że wkońcu wciągu tylko jednego miesiąca Stycznia 1891 r. przypalono tu aż 4 ludzi pokąsanych przez psa niewątpliwie wściekłego. Zgódźmy się jednak i na to, że cyfry moje były tylko fikcyjnemi i w zbyt różowem świetle malującemi rezultaty przypałań, to w każdym razie rozpatrując się wdanych, dostarczonych nam przez kolegów szpitalnych i tych wolnopracujących, którzy nam cyfry przypalanych przez siebie osób choć w przybliżeniu postawili (patrz w uwagach statystyki z gubernij Królestwa) widzimy, że dr. ZALESKI Rajmund miewał rocznie 7 osób, które przypalał w celu zapobiegania wściekliznie, dr. KUSZEL 13 rocznie, dr. KULSKI 3, dr. WYGRZYWAŁSKI 7, dr. PŁUŻAŃSKI 3, dr. KACZKOWSKI 1, dr. PODBIELSKI 1, dr. WOLFRAM 1, dr. JAWUREK 1, dr. TABACZYŃSKI 5, dr. MARESZ 7, dr. MICHAŁOWSKI 2, dr. DRUŻYŁOWSKI 3, dr. SKAWIŃSKI 8, dr. LEŚNIEWSKI 4, dr. MALESZEWSKI średnio 11, dr. HARASZEWICZ 6, wreszcie dr. PODOLSKI 3 rocznie. Zatem 19 lekarzy miało rocznie 96 przypadków pokąsań (czyli 1 lekarz 5 przypadków) przez zwierzęta podejrzane, przy

których stosowali zapobiegawczo przypalania ran. Ztąd wypada, że 84 lekarzy prowincjonalnych, zajmujących się głównie niesieniem tego rodzaju pomocy, przypalało rocznie około 430 osób pokąsanych, zaś w ciągu lat 18 podało tego rodzaju pomoc przybliżenie 7,740 razy. Ponieważ zaś na prowincyi zmarło w tym czasie po przypalaniu tylko osób 13 (patrz ostatnią tablicę statystyczną), wypadłoby zatem, iż z liczby przypalanych a pokąsanych przez wściekle zwierzęta umarło zaledwie 0,10%, co naturalnie przedstawia znakomitą wyższość rezultatów otrzymanych z przypalań nad najlepszymi rezultatami, osiągniętymi przez stosowanie metody PASTEUR'A. Nie możemy jednak tych cyfr jeszcze akceptować z przyczyny, iż nie wszyscy lekarze w danej miejscowości mogli mieć po 5 pokąsanych do przypalania rocznie i że raczej cyfrę takową należy odnieść nie do liczby lekarzy, lecz do liczby miejscowości; obliczając więc w ten sposób wypadnie nam, iż w 63 miejscowościach na prowincyi w Królestwie (59 powiatów i 4 oddzielne miejscowości) bywało przypalanych $63 \times 5 = 330$ rocznie, zaś w ciągu lat 18 było ich nie mniej jak $330 \times 18 = 5,940$. Gdy więc na tę liczbę przypalanych zmarło na prowincyi 13 osób, wypadłoby więc dla nich odsetek śmiertelności 0,22%, co jeszcze byłoby lepszem od najlepszego rezultatu, osiągniętego przez metodę PASTEUR'A.

Jeżeli zatem chodzi o imponowanie cyframi, to i pod tym względem stara metoda przypalań otrzyma pierwszeństwo przed nową metodą zastrzyknięć.

Rozbierzmy jeszcze tę kwestyję z punktu praktycznego i ekonomicznego.

Nie mamy co zastanawiać się nad kwestyją wyboru środka do przypalań, w danej chwili służyć mogącego, pod tym bowiem względem nie robimy żadnego wyboru. Każdy z nich jest dobrym, byleby w rezultacie był w stanie doszczętnie zniszczyć zarazek w ranie istniejący. Ztąd widzimy, iż wcale nie przypisujemy szczególnej wyższości przypalaniem rozpalonem żelazem, nad przypalaniem za pomocą kwasów stężonych lub gryzących alkaliów. Co w danej chwili i w danym miejscu najwłaściwiej zastosować, osądzi nie już każdy lekarz, ale nawet każdy logicznie

myślący człowiek, pamiętając o jednej tylko rzeczy, iż zastosowanie środka powinno nastąpić jak najprędzej po ukąszeniu i że winno być dokładnem.

Powodując się temi zasadami, niepodobna nam twierdzić inaczej, jak, że podanie pomocy pokąsanemu przez przypalanie może zawsze być wcześniejszem od podania mu pomocy metodą PASTEUR'A, że nawet doraźna pomoc może być podaną tylko przez przypalanie, że zatem sposób ten jest stanowczo praktyczniejszym, niż oglądanie się na wpływ zastrzyknięć swoistych, mogących być stosowanemi tylko znacznie później.

Nakoniec z punktu widzenia ekonomicznego, metoda PASTEUR'A nie może już wytrzymać żadnego porównania z metodą przypalań, gdy bowiem te ostatnie nic, albo niewiele co kosztować mogą, zastosowanie drugiej licząc najskromniej (podróż, koszt żywienia i mieszkania w Warszawie i koszt kuracyi), pociągnie za sobą wydatek od 30 do 40 rubli, który to poniesie albo interesowany, albo za niego cała gmina. Ktokolwiek zaś zna choć trochę stosunki krajowe, ten wie dobrze, iż wydatek tego rodzaju jest stanowczo za wysokim dla naszego włościanina i że choćby nawet kuracyja metodą PASTEUR'A była rzeczywiście korzystną, to dla jej niewiadomych skutków włościanin nasz dobrowolnie nigdy nie zaryzykuje tak znacznej, względnie do jego zamożności, sumy. Wątpimy zaś, czyliby wolno było dokonać tego drogą przymusu. Metoda zatem PASTEUR'A ze względów materialnych także nie jest praktyczną, a nawet gdyby faktycznie uznaną została za pożyteczną, względny te stałyby zawsze na przeszkodzie jej ogólnemu zastosowaniu tam, gdzie największa właśnie zachodzi potrzeba podania pomocy tego rodzaju.

Po ostatecznem zastanowieniu się nad wszystkim, cośmy w pracy niniejszej rozebrali i po przedstawieniu powyższych uwag i porównań, zmuszeni się widzimy postawić tu następujące wnioski:

1) Wścieklizna u ludzi była i jest u nas chorobą tak rzadką (1:1,000,000), iż nie należy nią bezustanku ludzi straszyć, oddziaływa to bowiem szkodliwie na nastrój ich duchowy, niekiedy nawet krzywdę wyrządzić może.

2) Wszyscy wiedzieć powinni o prawdzie, iż z liczby ludzi pokąsanych przez zwierzęta wściekłe i podejrżane tylko około 2% ulega chorobie, zaś 98%, bez wszelkiego leczenia nawet, pozostaje zdrowymi mocą własnej wrodzonej odporności ustrojowej ¹⁾. Nie idzie zatem, żeby z tego powodu pokąsani, licząc na los szczęścia, nie byli zagnani do szukania pomocy, zapobiedz mogącej wybuchowi choroby, który, gdy nastąpi, niewątpliwą już śmierć sprowadzi; chodzi więc tylko o wybór środka zapobiegawczego, któryby dawał największą rękojmię skuteczności.

3) Leczenie zapobiegawcze wścieklizuy metodą PASTEUR'A nie daje się dotąd objaśnić teoretycznie, gdyby zaś zgodzić się na teoryje, stawiane nam przez szkołę PASTEUR'A, i stanowczo przyjąć, że doświadczenia, dokonane na zwierzętach, są faktem, nieulegającym żadnej wątpliwości, to i w tym razie możnaby przyznać tej metodzie conajwyżej znaczenie ochronne tylko, nigdy zaś lecznicze. I w tym jednak razie metoda owa mogłaby znaleźć zastosowanie jedynie u zwierząt, ze względu bowiem na nadzwyczajną rzadkość wścieklizny u ludzi, szczepienie ochronne nigdyby nie zostało rozpowszechnionem. Dzisiaj poddają mu się ludzie jedynie strachem zagnani.

5) Metoda PASTEUR'A, stosowana u uas od lat 5-ciu w celach leczniczych, nie zmniejszyła śmiertelności, od wścieklizny zależnej, nawet o jednego człowieka. Obliczenia więc, przedstawiane nam dotąd, jako dowód jej skuteczności, są niczem więcej, jak złudzeniem, opartem na wykazywaniu wszystkich szczepionych za zagrożonych, co jest niewłaściwem, i jakkolwiek nie posiadamy pozytywnych dowodów, iżby metoda PASTEUR'A mogła być szkodliwą, to jednak, dla braku dowodów jej skuteczności, i ze względów praktyczno-ekonomicznych winniśmy ją uznać conajmniej za gorszą od metody przypalań.

5) Jako środek jedynie logiczny tak z punktu widzenia teorii, jako i z czysto praktycznych zasad, zapobiegać mo-

¹⁾ Bardzo być może, iż dzieje się to wskutek odpowiedniej zawartości we krwi proteidu obronnego—sozínu.

gący wybuchowi wścieklizny, pozostaje nam przeto tylko przypalanie ran pokąsanym przez zwierzęta wściekłe lub o wściekliznę podejrzane. Daje ono najwięcej rękojmi zmniejszenia liczby przypadków tej choroby, a skutki jego będą tem pewniejsze, im wcześniej po ukąszeniu zastosowanem będzie.

Oto są przekonania nasze i wnioski ostateczne, z którymi po roku pracy i zastanowienia, ośmielamy się publicznie wystąpić, oddając je pod sąd kolegów i myślącej publiczności w przekonaniu, iż spełniliśmy nasz obowiązek lekarski.

Skierniewice, dnia 5 Lutego 1891 r.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO I Z PRACOWNI
BAKTERYJOLOGICZNEJ W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

Niezwykłe długotrwały odbyt sztuczny. Badania che- miczno-bakteryjologiczne nad zawartością kiszek cienkich.

Podali

A. Ciechomski i M. Jakowski.

(Z tablicą litogr.).

W 1-szym tomie „Arch. des sciences biologiques“ i w roku zeszłym w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego,“ jeden z nas podał wyniki badania chemiczno-bakteryjologicznego nad zawartością kiszki grubej w spostrzeganym w Bernie przypadku przetoki kałowej okrężnicy. W pierwszym z cytowanych wydawnictw przy tym opisie, był zamieszczony w krótkości wynik takiegoż badania w przypadku przetoki kiszki cienkiej, spostrzeganym wspólnie przez nas w szpitalu Dzieciątka Jezus w 1891 r.

Obecnie dopiero, po zgromadzeniu całego materiału, podajemy tutaj szczegółowy opis tego niezmiernie ciekawego przypadku długotrwałej przetoki kałowej jelita biodrowego (*ileum*). Spostrzeżenie nasze z tego głównie względu zasługuje na uwagę, że organizm, w którym przez dzieciętki lat wykluczony był z procesu trawienia udział kisz-

ki grubej, a wskutek czego rozkład i asymilacja białka były minimalne, mógł istnieć we względnym stanie zdrowia; chora nasza przez 35 lat czuła się dobrze i zmuszona była ciężko pracować.

Sądzymy, że badania nasze wraz z wynikami otrzymanymi przez jednego z nas w ogłoszonym już na tem miejscu przypadku, oraz ze znakomitymi wynikami poszukiwań MACFADYEN'A, NENCKIEGO i SIEBEROWEJ, które służyły nam jako punkt wyliczeniowy w naszej pracy, przyczynić się mogą do lepszego poznania spraw chemicznych, zachodzących w przewodzie kiszkiowym.

Z drugiej strony, przypadek nasz może być uważany za jeden z bardzo rzadkich pod względem chirurgicznym, a to z uwagi na niezmierną długotrwałość sztucznego odbytu, który nie spowodował przez lat tyle żadnego ważniejszego powikłania tak miejscowo, jak i w stanie ogólnym chorej, co np. niezmiernie łatwo zdarzyć się mogło podczas trzykrotnej ciąży i okresu połogowego.

I.

Dnia 9 Lipca 1891 r. zapisała się do szpitala Dzieciątka Jezus Aniela Kowalska, lat 59 licząca, żona krawca, zamieszkała w Warszawie już od lat 30. Wzrostu średniego, szczupła, miernie odżywiana, szatynka; co do swej choroby następujące opowiedziała nam szczegóły.

O ile pamięta, już w dzieciństwie miewała bóle w dolnej połowie brzucha, które nie pozwalały jej biegać lub śmiać się. Łaknienia dobrego nigdy nie miała, wreszcie jadła jaknajmniej z obawy tychże bólów; głodna — czuła się jaknajlepiej, wypróżnienia stolcowe należyte były codziennie rano. Jako najmłodsza wśród zdrowego rodzeństwa była zawsze wątła, blada i apatyczna.

W 14-m roku życia bóle odrazu gwałtownie się wzmożyły, a wobec wymiotów, uporczywie kilka dni trwających, musiała położyć się do łóżka. Wkrótce spostrzegła obrzmienie ściany brzusznej na prawo i poniżej pępka; wciągu

miesiąca otworzył się tu ropień, poczem chora uczyła znaczną ulgę. Ropień, nie zdradzając najmniejszej ochoty do zagojenia się, trwał w równej mierze przez lat 9. Po upływie tego czasu, a więc w 23-m roku życia, chora poraz wtóry ciężko zaniemogła; obok wypróżnień stolcowych prawidłowych, dostała gwałtownych bólów i wymiotów, doznała zaś ulgi po kilku dniach, t. j. wówczas dopiero, gdy z otworu ropnia kał wydobywać się zaczął.

Otwór ten niezadługo rozszerzył się znacznie, powoli zaczęła wysuwać się zeń jakby kiszka, a nieco powyżej wypukliła się jakby ściana brzuszna w postaci stożkowatego cypla. Wypróżnienia przez odbytnicę stawały się coraz radsze, z biegiem czasu raz na miesiąc tylko oddawała kilka gliniastych bobków.

Od czasu pojawienia się nowego odbytu niedomagała jeszcze przez cały rok, stopniowo jednak przy dobrem łaknieniu nabrała siły i ochoty do pracy, wówczas wreszcie poraz pierwszy w życiu czuła się zdrową.

Co się tyczy sprawności narządów płciowych, dodać wypada, że miesiączkowała od 20-go do 50-go roku życia zawsze prawidłowo; w 35-ym roku wyszła zamąż i zaraz następnego roku powiła szczęśliwie pierwsze dziecko, w 4-m roku pożycia małżeńskiego drugie, wreszcie przed 19-tu laty trzecie i ostatnie dziecko. Dwoje pierwszych dzieci zmarło w niemowlęctwie, ostatni syn do dziś dnia żyje.

Tutaj nacisk położyć musimy, że w czasie owych 3-ch ciąży i połogów nieprawidłowy odbył w pełni swojego rozwoju, nie było już wówczas mowy o wypróżnieniach drogą naturalną, cała więc masa kału mimowolnie spływała po ścianie brzusznej, nadaremnie powstrzymywana przez pęk szmat, jako zupełnie niewystarczającą zatyczkę.

Przed 12-tu laty leżała w oddziale naszym pod opieką ś. p. dra W. PLACZKOWSKIEGO. Po dokładnem zbadaniu i odfotografowaniu, wypisaną została po 3-ch tygodniach jako nieuleczalna.

Mimo tak wstrętnego i straszego kalectwa, całe swoje życie dotąd pracować musiała ciężko, a choć szczupła i mizerna, dość jednak miała siły potemu. Na domiar złego, już z początku wysuwająca się z otworu kiszka, z bie-

giem czasu zaczęła wynicowywać się coraz więcej, tak, że chwilami miała 20 do 30 ctm. długości. Okoliczność ta zmusiła chorą powtórnie do szukania pomocy w szpitalu.

Doprawdy, nie wiemy, czy kiedykolwiek tak głęboko współczuliśmy cierpiącemu, jak wówczas, gdy chora ta wielce przygnębiona na duchu, opowiedziała nam historję życia swego takim kalectwem nacechowaną, choć nie sądziliśmy wtedy jeszcze, że tak niewiele pomódz jej zdołamy. Badanie szczegółowe zaraz obróciło w niwecz wszystkie nasze radykalne dla tego cierpienia plany.

Średniego wzrostu, szczupła i dość mizerna szatynka waży 142 funty.

Na linii łączącej pępek z kolcem górnym przednim kości biodrowej prawej, znajduje się czerwony ze zmarszczkami guz, usadowiony jakby na powierzchni owrzodzenia powłok brzusznych i podnoszący się zaraz od brzegów jego (patrz rysunek tabl. XIII) Owrzodzenie to leży prawie pośrodku wyżej wspomnianej linii, w odległości 8 ctm. od smugi białej i tyleż od prawego łuku żebrowego, w obwodzie ma 24 ctm. długości, zarówno jak i podstawa usadowionego na niem guza. Guz, właściwie mówiąc, składa się z dwóch części ułożonych skośnie ku górze i ku wewnątrz; pierwsza z nich zewnętrzna, a więc znajdująca się bliżej kolca biodrowego, ma kształt stożka ściętego na wierzchołku wysokości 15 ctm. i z obwodem podstawy 21 ctm.; stożek ów z zagłębieniem na wierzchołku wyglądem swym przypomina wypadniętą odbytnicę i jest oczywiście wynicowywanym odcinkiem jakiejś kiszki, znakomicie wydłużającym się podczas nadymania się chorej. Druga część guza, leżąca nieco wyżej i bliżej smugi białej, ma również kształt stożka wysokości 10 ctm. i w obwodzie podstawy 13 ctm. długości. Wierzchołek ostatniego nie jest ścięty i pozbawiony jest zagłębienia i otworu. Powierzchnia jego różowa, gładka i nieco połyskująca wyglądem swym przypomina błonę śluzową. Obie części guza oddzielone są od siebie dość głęboką bruzdą, pierwsza z nich stale większa, łatwo wydłuża się podczas nadymania się chorej i wydziela papkowaty, ciemno żółtawy kał, druga zaś mniejsza nie

ulega chwilowym zmianom, na dotyk jest elastyczna, a przy opukiwaniu daje odgłos tępy.

Cały guz nie bez pewnej trudności daje się odprowadzić do jamy brzusznej, powraca jednak natychmiast do dawnego stanu, skoro uciskać go zaniechamy.

Badanie odbytnicy wykazało co następuje: wprowadzenie palca nadzwyczaj bolesne, sama kiszka uderzająco zwężona, błona jej śluzowa sucha i gładka; na wysokości 8 ctm. od wypustu odbytnica kończy się ślepo w kształcie lejka, nieprzepuszczającego u swego wierzchołka najcieńszego choćby zgłębnika. Wogóle, rzecz można, palec w owej prostnicy doświadcza takiego wrażenia, jak gdyby był w rękawiczce; podczas badania osiada wreszcie na nim mazista gliniastego koloru masa.

Badanie przez pochwę pozwoliło stwierdzić zanik narządów płciowych.

Dnia 14 Lipca 1891 r. po należytem przygotowaniu chorej jeden z nas przystąpił do operacji. Mając na względzie owe zarosnięcie odbytnicy, wątpiliśmy o zupełnem zniesieniu sztucznego odbytu, czy to przez rezekcyję i zeszcycie odcinków jelita, czy też przez przyszcycie doprowadzającego końca kiszki do najwyższej niezarośniętej jeszcze części odbytnicy. Operacja w zupełności stwierdziła nasze powątpiewania, dlatego też postanowiliśmy usunąć tylko wypadnięcie kiszki, o co wreszcie najwięcej chodziło chorej.

Cięcie powłok brzusznych, dokoła guza w odległości 1 ctm. od brzegu owrzodzenia, biegnie przeważnie wśród blizny otaczającej owrzodzenie wraz z guzem. Powłoki brzuszne cieńsze, niż gdzieindziej, nie pozwalają na przecięciu odróżnić wszystkich warstw swoich. Po otworzeniu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że do guza biegną poplątane ze sobą kiszki jakby do worka przepuklinowego. Przez pociąganie ku zewnątrz odciętego od powłok owrzodzenia wraz z przyrośniętą do niego wypadniętą kiszka, udało się nam nie bez pewnej trudności wyprostować jelito wypadnięte, jak również wyciągnąć część innej kiszki wtłoczonej w ślepy worek, t. j. w wyżej opisane stożkowate ślepe wypuklenie guza. Zadanie znacznie ułatwione zo-

stało, skoro krezka pętlicy wypadniętej przestała wciągać najbliższe części kiszek. Mimo to jednak na razie trudno było zrozumieć, co się stało z odprowadzającym końcem kiszki i która właściwie część przewodu kiszkowego utworzyła sztuczny odbyt. Zamiast kątnicy ślepej i okrężnicy wstępującej, znaleźliśmy tutaj dość twardej walczkowaty twór grubości 3-ch palców, wyglądem swym zaledwie przypominający kiszkę. Wąziutkie i podłużne na przedniej jego powierzchni pasemka przypominają taśmę wolną okrężnicy, dokoła niej zaś nadmiernie rozrośnięta i gdzieś tam zwieszająca się w kształcie długich jęczyczków tkanka tłuszczowa świadczy o nadzwyczajnym rozroście kałdunków kiszki grubej. O ile można było wysledzić dalej i poprzecznicą podobnemuż uległa przeistoczeniu. Rozumie się, że z właściwej ściany okrężnicy, jak również jej wypukliu nie było ani śladu. Co się tyczy wzajemnego stosunku kiszki wypadniętej do okrężnicy, trudno było oznaczyć gdzie kończy się jelito biodrowe i gdzie zaczyna się kątnica ślepa, a to ze względu na radykalne zmiany, jakie tu wciągu lat tyłu nastąpiły.

Nie ulega wątpliwości, że wypadła nazewnątrz część najniższa jelita biodrowego, o ile się zdaje, dała początek sztucznemu odbytowi. Po obkłóciu i podwiązaniu krezki jelita wypadniętego aż do miejsca, w którym kiszka zdawała się być zupełnie prawidłową, całą tę część jelita biodrowego, wynoszącą 28 ctm. długości, wycięto doszczętnie a zaopatrzywszy odpowiednio nowopowstały doprowadzający koniec kiszki, oddano go w opiekę pomocnikowi.

Poszukiwania końca odprowadzającego nie dały pożądanego wyniku; wśród obszernych tutaj zrostów i niekształceń pozostałej reszty przewodu pokarmowego, jak również z powodu olbrzymiego rozrośnięcia się tkanki tłuszczowej na powierzchni dawnego jelita, niepodobna było wykryć należycie owego odcinka kiszki i oznaczyć zarazem, czy koniec odprowadzający był jeszcze resztką jelita biodrowego, czy też był już początkiem okrężnicy. O znalezieniu wyrostka robaczkowego nie było nawet mo-

wy, prawdopodobnie zanikł on zupełnie, lub co prędzej jeszcze ukrył się wśród licznych fałd i zrostów.

Przechodząc do dalszego ciągu operacji, to jakkolwiek wiedzieliśmy o zarośnięciu prostnicy i o zupełnem zniekształceniu okrężnicy wstępującej wraz z poprzecznicą, nie poprzestaliśmy jednak na tem, natomiast chcieliśmy przekonać się naocznie, czy czasem kiszka esowata nie jest drożna, lub czy można przedostać się do prostnicy poniżej jej zwężenia *resp.* zarośnięcia, aby wszyć w to miejsce koniec doprowadzający jelita biodrowego.

W tym celu otworzyliśmy jamę brzuszną w drugim miejscu, a więc ponad dołem biodrowym lewym, zapomocą cięcia łukowatego; przedostawszy się tutaj do okrężnicy zstępującej i do kiszki esowatej, znaleźliśmy je zupełnie tak samo zniekształcone, jak i poprzedni odcinek jelita grubego. A więc zamiast ściany kiszki, widać było tylko taśmę wolną, otoczoną olbrzymiemi kałdunkami; po wyłączeniu tych ostatnich pozostały w postaci sznurka twór mógł mieć grubości nie więcej niż palec. Chcąc się przekonać, czy w owych szczątkach okrężnicy istnieje jeszcze jakiś ślad dawnego jej światła, jeden z nas wykonał cięcie podłużne przez taśmę wolną na dosyć znacznej przestrzeni, drożności jednak choćby najmniejszej nigdzie nie znalazł, a sznurek ów głęboko przecięty przypominał zarośniętą całkowicie tętnicę, jak to ma miejsce przy zapaleniu zatykającym błony wewnętrznej (*endoarteritis obliterans*).

Posuwając się niżej po prostnicy, znaleźliśmy ją również taką, jak i kiszka esowata, a co najważniejsza, nie mogliśmy ztąd dosięgnąć miejsca, gdzie zaczynało się jej zarośnięcie, wysledzone poprzednio przez odbył. Dotąd bowiem jeszcze cieszyliśmy się myślą, że może uda się wszyć koniec jelita cienkiego w jakąś część prostnicy poniżej jej zarośnięcia.

Wobec tylu nieprzyjaznych okoliczności, nie było już mowy o leczeniu kalectwa tego doszczętnem, należało więc pozostawić jak dawniej odbył sztuczny, zabezpieczając go, ile możności przynajmniej, na czas jakiś od wypadnięcia kiszki. W tym celu jelito biodrowe w odległości 10 ctm.

od jego wylotu wszyliśmy w najwyższą część pierwszej rany, usunąwszy dokoła blizny w powłokach brzusznych, jakie wytworzyły się ongi podczas poczęcia się sztucznego odbytu. Wszywając kiszkę, mieliśmy na myśli pozostawić dla niej jak najmniejszy wylot, a to przez sfałdowanie ściany i obcisłe spojenie nad nią wielokątnej rany w ścianie brzusznej; wykluczenie zaś nazewnątrz najniższego odcinka кишки miało na celu zabezpieczenie świeżo zeszytej rany od zakażenia zawartością przewodu pokarmowego. Dla osiągnięcia pożądanego wyniku odcinek ów zamknęliśmy na kilka dni zapomocą jedwabnej podwiązki.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy i wogóle jak najlepszy. Trzeciego dnia na chwilę otworzono kiszkę, aby wypuścić kał i nagromadzone wiatry; po upływie 5-iu dni usunięto całkowicie zewnętrzny odcinek jelita; 10-go dnia rany powłok brzusznych doskonale sklezione mogły już obejść się bez szwów.

Jedynie powikłanie, jakie zakłóciło ten ze wszech miar łagodny przebieg, było uporczywe zapalenie skóry dokoła odbytu sztucznego, wywołane przez wydzielinę кишки zjadliwie na naskórek działającą. To było przyczyną, że chora pomimo zagojenia się ran, jeszcze przez miesiąc pozostawała w szpitalu.

W owym czasie (od 7 Września do 7 Listopada) jeden z nas podjął szereg poszukiwań nad zawartością kanału pokarmowego *resp.* kiszek cienkich.

Jak już powiedzieliśmy wyżej, sztuczny odbyt tutaj dotyczył najniższego odcinka jelita biodrowego, a wylot jego mieścił się na ścianie brzusznej prawie pośrodku linii łączącej pępek z kolcem górnym kości biodrowej. Błona śluzowa кишки była zrosnięta bezpośrednio z powłokami brzuszniemi, nawet wywijala się nieco na powierzchnię skóry, tworząc tym sposobem odbyt sztuczny wargowatym (*lippenförmig*) nazwany przez ROSER'A ¹⁾.

¹⁾ KOENIG. *Specielle Chirurgie*, 1893, S. 450.

Przez otwór ten dość rozciągliwy i podatny wynicowywał się stale górny odcinek jelita biodrowego; wypnięcie powiększało się znacznie podczas nadymania się chorej i wyglądem swym przypominało całkowite wynicowanie prostnicy (patrz rysunek).

Wycięta część kiszki, stale wypadającej, długości około 30 ctm., niewiele znaczyła dla wyjaśnienia całej tej sprawy, pozostały w jamie brzusznej części najważniejsze, a więc koniec jelita odprowadzający, kiszka ślepa i wyrostek robaczkowy. Stosunki anatomiczne po tyloletniej nieczynności narządów pomienionych były tak powikłane, że niepodobna było rozpatrzyć ich szczegółowo i wyciągnąć ztąd jakiś pewniejszy wniosek. Obok zupełnego zaniku tak obszernego narządu jak kątnica ślepa, mieliśmy tu jeszcze do czynienia ze starymi mocnymi zrostami, jakie ongi wytworzyły się w tej okolicy; rozumie się, że wyszukanie wobec tego wyrostka robaczkowego, a więcej jeszcze kiszki odprowadzającej, było wprost niepodobieństwem.

Co się tyczy owego wypuklenia w kształcie stożka sterzącego po lewej stronie wypadniętej kiszki, to, jak pokazało badanie, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, było ono tylko rozciągnięciem obszernej blizny w powłokach brzusznych, do którego tłoczyły się trzewia, jakby do worka przepuklinowego.

Zastanawiając się nad przyczyną i sposobem powstania całej tej sprawy przed tylu laty, przychodzimy do jakiegokolwiek mniej więcej prawdopodobnego wniosku nieinaczej, jak tylko przez rozpatrzenie wszystkich tych spraw chorobowych, które mogą dać początek sztucznemu odbytowi.

Zanim rozpatrzemy przyczyny powstawania sztucznego odbytu, jak również cierpienia, którym towarzyszyć on może, uprzytomnijmy sobie istotę przetoki kałowej, baczną zwracając uwagę na anatomiczne jej cechy.

Przetoka kiszkowa jestto owrzodzenie w kształcie rurki, prowadzące od światła kiszki do powierzchni ciała lub do jamy jakiegoś narządu pokrytego błoną śluzową. Z uwagi na przedostawanie się tą drogą zawartości kiszki przetokę kiszkową inaczej nazywamy kałową i oznaczamy

ją zapomocą dwóch końcowych punktów, t. j. początku i wylotu. Przetoki między jelitem a macicą, lub między jelitem a pochwą, wreszcie między kiszka cienką a okrężnicą nazywamy wewnętrznymi, wszelkie zaś inne łączące kiszka z powierzchnią ciała nazywamy zewnętrznymi. Tutaj obchodzić nas powinny przetoki zewnętrzne, wogóle ze wszystkich najczęstsze.

NEPVEU²⁾ opisuje jeszcze przetoki kałowo-ropne, gdzie pomiędzy otworem kiszki, a wylotem na skórze znajduje się obszerna ropiejąca jama, z której wypływa kał z ropą.

Wylot przetoki zewnętrznej najczęściej mieści się na ścianie brzusznej, w wyjątkowych tylko razach, np. po postrzałach, może znajdować się na udzie, mosznie lub w innym jakimś oddalonym miejscu.

Wogóle odbył sztuczny uważać należy jako przetokę kałową w obszernem znaczeniu tego wyrazu. Jedni widzą sztuczny odbył tam tylko, gdzie jest doprowadzający i odprowadzający koniec kiszki, co zazwyczaj następuje po utracie znacznej części ściany jelita, przetokę zaś kałową nazywają taką odmianą, gdzie po utracie niewielkiej części ściany kiszki, otwór jej bezpośrednio łączy się z wylotem zewnętrznym. Inni znowu za podstawę podziału tego biorą ilość odpływającej zawartości przewodu kiszkowego i odbył sztuczny widzą tam, gdzie cała treść jelit przedostaje się nazewnątrz zapomocą wylotu nienaturalnego, przetokę zaś kałową, tam gdzie tylko pewna część zawartości idzie taką drogą, a reszta tymczasem wychodzi przez odbytnicę.

Typowy odbył sztuczny posiada dwa ramiona pętlicy kiszki, przebiegające pod kątem ostrym, ma dwa otwory prowadzące do obu odcinków jelita, i oddzielone od siebie zapomocą ostrogi, t. j. wystającej krezkowej części kiszki.

Co się tyczy anatomii przetok kałowych w ogólności, należy mieć na względzie następujące szczegóły:

²⁾ Real Encyclopädie. B. V, S. 68.

1) Jeżeli błona śluzowa kiszki bezpośrednio łączy się ze skórą *resp.* bliznowatym jej brzegiem, wówczas powstaje przetoka w a r g o w a t ą zwaną (*lippenförmig*).

2) W innym razie, jeżeli pomiędzy otworem kiszki, a brzegiem skóry znajduje się kanał pokryty ziarniną, wówczas mamy r o p i e j ą c ą lub z i a r n i n u j ą c ą odmianę.

3) Jeżeli przetoka powstała przez zgorzel zaciśniętej przepukliny, to pewna część worka przepuklinowego, leżąca najbliżej miejsca przedziurawienia, wyściela ściany kanału przetoki, podczas gdy reszta jego więcej, zewnętrzna, zazwyczaj ulega zropieniu. Przez pociąganie i napięcie krezki, jak również przez ruchy robaczkowe kiszek, przyrośnięte do szyi worka jelito odciąga się od ściany brzusznej, a wydłużając wyżej wspomnianą pozostałą część worka, tworzy tak zwany l e j e k b ł o n i a s t y (*membranöse Trichter*). SCARPA rad był widzieć taką odmianę w większości przypadków przetoki kałowej i przypisywał jej wielkie znaczenie w sprawie samozagojenia się odbytu sztucznego. Tymczasem DUPUYTREN wykazał, że najczęściej nie pozostaje ani śladu szyi worka przepuklinowego, natomiast błona śluzowa kiszki wyściela kanał przetoki, a między brzegiem tejże i brzegiem skóry zwykle znajduje się dołka owrzdziła powierzchnia.

Położenie obu otworów odbytu sztucznego względem siebie ulega także pewnym wahaniom. Bardzo często wejście do odprowadzającego odcinka leży powyżej doprowadzającego, zazwyczaj bowiem oba ramiona pętlicy kiszki podczas zaciśnięcia krzyżują się. Nieraz wylot odprowadzającego odcinka wciąga się w głąb rany, tak, że ledwie z trudnością może być odszukany. Czasami znowu pomiędzy obu ramionami tworzy się przegroda tkankowa nieraz grubości 1 cala, jak to widzimy w przypadku opisanym przez FOUCHER'A, gdzie przegroda ta powstała z sieci i ze zrostów.

Co się tyczy ilości otworów w kiszce, to można nieraz naliczyć ich cztery (SEDILLOT) i więcej (DUPUYTREN). Tak liczne otwory niekoniecznie zawdzięczają swe powstanie zaciśnięciu i zgorzeli kiszki, częściej towarzyszą one

ropieniom podotrzewnowym lub spostrzegać się dają przy postrzałach kiszek. Wogóle rzecz można, że liczne otwory na jednym odcinku kiszki są nader rzadkie, prędyż już spotkać można liczne przedziurawienia skóry obok jednego otworu w jelicie.

Przechodząc do przyczyn, jakie mogą wywołać przedziurawienia kiszki, musimy mieć na względzie następujące szczegóły:

- 1) Rany postrzałowe i kłóte.
- 2) Stłuczenia ściany brzusznej.
- 3) Obce ciała w przewodzie kiszkowym.
- 4) Owrzodzenia zapalne na błonie śluzowej kiszek.
- 5) Nowotwory złośliwe jelit.
- 6) Otrzewnowe i podotrzewnowe ropnie.
- 7) Zgorzel ściany kiszki zaciśniętej w przepuklinie.

Uszkodzenia jelit pod postacią ran postrzałowych i kłótych, drażących przez powłoki brzuszne, nieraz bezpośrednio tworzą przetokę kałową, jeżeli urazem dotknięta i niekoniecznie odrazu przedziurawiona kiszka przykleja się do uszkodzonej ściany brzusznej. Dzieje się to w przypadkach wyjątkowo szczęśliwych, daleko prędyż bowiem może wylać się zawartość kiszek do jamy otrzewnej i spowodować zabójcze jej zapalenie, zanim uszkodzone jelito zdoła przykleić się do powłok brzusznych. Dodać winienem, że zachodzi wielka różnica pomiędzy postrzałami brzucha, a ranami kłótemi. Podczas gdy pierwsze, według doświadczeń RECLUS'A ³⁾, zazwyczaj wikłają się przedziurawieniem jelit, drugie—chyba wyjątkowo, jak to wykazały doświadczenia TRZEBICKY'ego na psach podjęte. Dziś, gdy większość chirurgów gorąco poleca laparotomię przy ranach drażących brzucha, chory z takim uszkodzeniem rzadko kiedy doczeka się przetoki kałowej, chyba, że będzie pozbawiony pomocy lekarskiej, lub będzie pod opieką zwolennika wyczekiwania, a to na zasadzie dodatnich ztąd wyników, skrętnie zbieranych i usilnie popieraných przez RECLUS'A i NOGUES'A.

³⁾ KARCZEWSKI. Rany drażące brzucha. Przegląd chirurgiczny zeszyt I.

Zarówno rzadko powstać może przetoka kałowa po mocnem stłuczeniu ściany brzusznej. Jeżeli natychmiastowa laparotomija nie będzie podjęta, prędzej śmierć nastąpi naskutek zakażenia otrzewnej, zanim pęknięte jelito zdoła przykleić się do ściany brzusznej lub do otaczających je trzewiów; rozumie się, że pewne tylko nadpęknięcie ściany kiszki może być w tym względzie nieco obiecującym.

O wiele łatwiej powstać może przetoka kałowa naskutek przedziurawienia kiszki przez połknięte ciało obce. Zazwyczaj błona surowicza jelita przykleja się wówczas do powłok brzusznych, skoro pozostałe błony kiszki przedziurawione już zostały czy to przez zgorzel od ucisku, czy też przez owrzodzenie ku zewnątrz drążące. Z biegiem czasu ciało obce może wydostać się nazewnątrz przez ropię i przetokę w ścianie brzusznej powstałą.

Nowotwory złośliwe kiszek mogą się stać przyczyną przetok kałowych, jeżeli, poczynając się na błonie śluzowej, rozrastają się ku zewnątrz i zlewają się ze ścianą brzuszną.

Co się tyczy spraw zapalnych, to na pierwszym miejscu należy postawić owrzodzenia kiszek gruźlicze, które, poczynając się zwykle na błonie śluzowej, drążą często kroć ku błonie surowiczej i dziurawią ścianę jelita. Tego rodzaju przetoki dają się najczęściej spostrzegać u dzieci, a ulubione ich siedlisko stanowi pępek. KOENIG⁴⁾ utrzymuje, że niezawsze sprawa gruźlicza bierze początek na błonie śluzowej i że nie tylko takie owrzodzenia mogą być dziurawiące. Sądzi bowiem, że gruźlica jako pierwotne cierpienie otrzewnej, często przechodzi na powłokę otrzewnową kiszki, a po sklejeniu się tejże ze ścianą brzuszną, łatwo drąży dalej w głąb ściany jelita. Powstałe tą drogą, przedziurawienia kiszek mogą być nawet wieloliczne i otwierają się na skórze naraz w kilku miejscach.

Przechodząc do otrzewnowych i podotrzewnowych rojni, które mogą otwierać się do kiszki, a zarazem i nazewną, tworząc tym sposobem przetoki kałowe, muszę wy-

⁴⁾ KOENIG. *Specielle Chirurgie*, 1893, S. 126.

różnić przedewszystkiem zapalenia otrzewnej gruźlicze od zapaleń ostrych ropnych czy to rozlanych, czy też ograniczonych.

ROERSCH ⁵⁾ w ogłoszonej niedawno swej pracy, opierając się na spostrzeżeniach KÜMMEL'A, MAURANGE'A, PIC'A, LINDNER'A i ALDIBERT'A, zestawia 358 przypadków zapalenia gruźliczego otrzewnej, leczonych na drodze operacyjnej. Z tej liczby oprócz 83 laparotomij zakończonych śmiercią, w 22 razach miało miejsce zejście niepomysłne naskutek różnych powikłań, między innymi i przetoki kałowej. Autor odróżnia następujące odmiany zapalenia otrzewnej gruźliczego:

a) Zapalenie otrzewnej rozlane wysiękowe (*forme ascitique generalisée*), gdzie widzimy otrzewną ścienną i trzewiową zgrubiałą, chropawą, usianą licznymi gruzelkami i wydzielającą znaczną ilość surowiczego, ropnego lub krwawego wysięku.

b) Zapalenie otorbione (*forme ascitique enkystée*), które najczęściej powstaje z pierwszego, a to naskutek odosobnienia części wysięku przez nowo wytworzone zrosty.

c) Zapalenie włóknikowo-twórcze zlepiające (*forme fibrino-plastique adhésive*), wyróżniające się grubemi, włóknistemi błonami wrzekomemi.

d) Postać suchą (*forme sèche proprement dite*), gdzie zupełny brak płynu, wreszcie

e) Zapalenie wrzodziejące (*forme ulcéreuse*), najcięższe ze wszystkich tak co do swego zwykłego przebiegu, jakoteż i co do powikłań po laparotomii. Tej odmianie zapalenia otrzewnej najczęściej towarzyszy przetoka kałowa skoro sprawa gruźlicza, poczynając się na powierzchni trzewiów, draży wgląd ich ściany. jak to już zaznaczyliśmy wyżej (KOENIG).

Co się tyczy zapalenia otrzewnej ostrego, to nader często ma ono swe źródło w wyrostku robaczkowym. Ostre

⁵⁾ ROERSCH. Revue de Chirurgie Nr. 7, 1893.

zapalenie wyrostka z przedziurawieniem ⁶⁾ zazwyczaj pociąga za sobą wytworzenie ropnia wewnątrztrzewnowego, a w rzadkich tylko przypadkach — ropnia podotrzewnowego wśród tkanki łącznej za kiszka ślepą i biodrową. W ostatnim razie ropień taki, czy otworzy się sam przez powłoki brzuszne, czy też otworzony zostanie na drodze operacyjnej, staje się kanałem przetoki kałowej, niechybnie powstającej tam, gdzie przedziurawienie wyrostka leży najbliżej jego podstawy.

Oprócz pomienionych i inne sprawy zapalne, jako to: tyfus, biegunka krwawa, przymiot i t. d., a toczące się przeważnie na błonie śluzowej kiszek, mogą być powodem przedziurawienia trzewiów *resp.* przetoki kałowej.

Pomijamy milczeniem uchyłek MECKEL'A, który w szczególnym przypadku może być również źródłem przetoki kałowej. Naostatek chcemy jeszcze uczynić wzmiankę o przedziurawieniach okrężnicy, cytowanych u KOENIG'A, które powstały wskutek flegmony w prawej połowie miednicy po zapaleniu naczyń chłonnych na stopie.

Niewątpliwie lwia część przypadków przetoki kałowej zawdzięcza swe pochodzenie przepuklinom zaciśniętym. Na tem miejscu zaniechamy bliższych szczegółów, powołując się na przytoczone wyżej, natomiast wypada dodać kilka słów o przebiegu odbytu sztucznego, oraz o rozpoznawaniu jego umiejscowienia się.

Przebieg przetoki kiszkowej przedewszystkiem zależy od tego, w której części przewodu kiszkowego powstał odbył sztuczny. Jeżeli przetoka znajduje się na górnym odcinku jelita cienkiego, wówczas, rozumie się, masy pokarmowe jeszcze nieprzerobione wydostają się nazewnątrz, a organizm ponosi ztąd wielkie straty i naraża się na niechybną zgubę. Przetoka w dolnym odcinku jelita biodrowego lub w okrężnicy mniej doniosłe ma dla życia znaczenie, jak to doskonale widzieliśmy w opisanym tu przypadku. O ile więcej treści przewodu kiszkowego wychodzi na-

⁶⁾ Ch. TALAMAN. O zapaleniach wyrostka robaczkowego i kiszki ślepej. Odczyty kliniczne zesz. 8, 9 i 10.

zewnątrz przez odbytnicę, aniżeli przez odbyty sztuczny rokowanie wtedy o wiele jest lepsze tak co do ogólnego stanu chorego, jak również i co do samozagojenia się przetoki kałowej.

O umiejscowieniu się przetoki do pewnego stopnia można wnosić z jakości jej wydzieliny, jak również z czasu, jaki ubiegł już po spożyciu pokarmów. Odbyty sztuczny na okrężnicy wydziela sformowany prawidłowy kał, tymczasem treść z przetoki jelita biodrowego robi wrażenie gęszczy z zapachem kałowym, a wydzielina jelita czczego zaledwie może przypominać rzadki kał, nadto już rychło po jedzeniu przedostaje się ona przez przetokę. Niekiedy w wydzielinie kiszki można dostrzedz i treść gruczołów tu należących. LALLEMAND spostrzegał chorego, u którego co rano można było zebrać kilka łyżek mieszaniny z żółci, soku trzustkowego i kiszkowego, jeżeli pokarm nie był przyjmowany w nocy.

Odbyty sztuczny nieraz wikła się wypadnięciem błony śluzowej, niekiedy sięgającym znacznych rozmiarów, jak to widzieliśmy w opisywanym tu przypadku. Wówczas nie możemy mówić o wypadnięciu błony śluzowej, lecz o całkowitem wynicowaniu kiszki, co najczęściej dotyczy odcinka doprowadzającego, a wyjątkowo tylko i odprowadzającego. Ciekawą jest rzeczą, że już w roku 1750 LE-CAT ⁷⁾ pierwszy opisał przypadek wypadnięcia kiszki przez odbyty sztuczny.

Na tem miejscu pozwolę sobie przytoczyć kilka wybitniejszych podobnych spostrzeżeń, zaczerpniętych z literatury tegoczesnej.

Przypadek spostrzegany przez CZERNY'ego ⁸⁾ dotyczył lewostronnej przepukliny pachwinowej u 49-letniego mężczyzny. Zaciśnięta pętlica okrężnicy miała 25 ctm. długości i już obumarła w trzech miejscach, przez górny z powstałych tą drogą otworów wypadła część kiszki esowatej długości 11 ctm. Aby pozyskać nanowo drożność

⁷⁾ Real. Encyclopädie. B. I.

⁸⁾ CZERNY. Archiv f. Klin. Chir. XXI. S. 218 (l. c.).

przewodu pokarmowego, CZERNY po odprowadzeniu wypadniętego jelita zrobił w ostrodze otwór odpowiadający światłu кишки, a to przez przecięcie zapomocą odpowiednich nożyc. W otwór wprowadził na kilka tygodni 4 grube dreny, aby zapobiedz skurczeniu się lub zamknięciu się tegoż. Naostatek kilkakrotne przypalenie żegadłem położyło kres sztucznemu odbytowi.

SCHMIDTLEIN⁹⁾ spostrzegł u 48-letniej kobiety zupełnie wykończony sztuczny odbyt, któremu dała początek przepuklina udowa, przez ów otwór wypadły 4 końce кишки zaopatrzone w 4 otwory i odpowiadające obwodowej *resp.* odprowadzającej części jelita. Według zdania autora, początkowe pojedyncze wypadnięcie uległo przedziurawieniu i spowodowało wypadnięcie drugie, to zaś trzecie i t. d. Po usunięciu wypadniętej części кишки, zastosowano zaciskadło DUPUYTRENA. Śmierć nastąpiła rychło z powodu ropnicy.

GREGOIRE¹⁰⁾ znowu widział u 62-letniej kobiety odbyt sztuczny, trwający już lat 19, któremu dała początek uwięziona przepuklina udowa. Aby zapobiedz wydzielaniu się treści przewodu pokarmowego, chora zatykała otwór ten szklanym korkiem, który doskonale pełnił czynność zastony. Po upływie pewnego czasu zaczęła wypadać przez sztuczny odbyt część кишки doprowadzającej, którą pacjentka łatwo wprowadzać mogła na swoje miejsce. Skoro jednak pewnego razu wypadł znacznie większy odcinek, wystąpiły ciężkie objawy zapaści, a usiłowanie wprowadzenia go na nic się nie przydało. Autor wykonał to z wielką trudnością, poczem wszystkie groźne objawy ustąpiły; chora jak dawniej zaczęła zamykać otwór odbytu sztucznego tym samym korkiem.

Jeżeli, zestawiając wszystko wyżej powiedziane, osmielimy się teraz określić bliżej przyczynę, która w naszym

⁹⁾ SCHMIDTLEIN. Deutsche Zeit. f. Chir. VII, S. 76 (l. c.).

¹⁰⁾ GREGOIRE. Gaz. de hôpit. Nr. 97, 1884 (l. c.).

przypadku wywołała odbył sztuczny, to z uwagi na dosyć dokładne wywiady, możemy przypuszczać jedynie przewlekłą sprawę zapalną.

Prawdopodobnie chora nasza miała owrzodzenia gruczołowe w kiszce biodrowej, czy to przy współdziałaniu takiegoż cierpienia otrzewnej, czy też i bez niego. Jedno z owrzodzeń głębiej drążące przykleiło się do ściany brzusznej, dało początek ropniowi, a potem i przetocze kałowej. Resztę dokonał olbrzymi przeciąg czasu, jaki dzieli nas od owej chwili.

Co się tyczy rękoczynu chirurgicznego, to, co prawda, niewiele pomogliśmy naszej chorej, ale, zdaje się, że i wogóle niewiele pomódz jej można było. Pozostała w dalszym ciągu ze strasznie swem kalectwem, narażona na powtórne wypadnięcie kiszki.

Oglądaliśmy ją niedawno, a więc w dwa lata po operacji. Wylot odbytu sztucznego otoczony zewsząd bliznami zmarszczył się i skurczył znakomicie, o wywijaniu się błony śluzowej dotąd niema mowy. Wygląd pacjentki, jak również jej tusza nie uległy widocznej zmianie, w dalszym ciągu zmuszona jest pracować ciężko i ma dość siły potemu.

II.

Badanie chemiczno-bakteryjologiczne w tym ciekawym przypadku przetoki kiszki cienkiej, dokonane było już po operacji w ciągu miesiąca Października i pierwszych dni Listopada 1891 roku, i poczęści zostało już ogłoszone w Archiwie Instytutu medycyny eksperymentalnej¹¹⁾, o czem na początku nadmieniliśmy, dopiero teraz, a więc w rok później, może być ogłoszone w języku polskim.

¹¹⁾ M. JAKOWSKI. Contributions à l'études des processus chimiques dans les intestins de l'homme. Arch. des sciences biologiques etc. T. I, z. 4. 1892.

Chemiczne badanie zawartości kiszek, wydzielającej się przez otwór przetoki, było dokonywanem codziennie od dnia 7 Października do 7 Listopada, a w tym czasie dwa razy, t. j. 11 i 29 Października zrobionym był rozbiór bakteriologiczny tej zawartości.

Aby mieć pewność co do otrzymywanych rezultatów badania chemicznego, staraliśmy się tak urządzić, ażeby chora nasza otrzymywała stale dyjetę przepisaną i nic więcej po za tem. W naszych warunkach jest to, jak powszechnie wiadomo, rzecz dość trudna do przeprowadzenia, wobec niemożności przepisywania chorym przez lekarza jedzenia nie według raz przyjętego i wymagalnego typu pewnych tak zw. porcyj szpitalnych, a następnie wobec niedość ścisłego dozoru bezpośrednich dozorczyń chorych, a wreszcie bardzo słabej inteligencji posługaczek na salach dla chorych. Polegać najwięcej musieliśmy na dobrej woli i inteligencji naszej pacjentki, która sama starała się dopomóc badaniom. Jeszcze powiedzieć możemy, co ze względu na otrzymane rezultaty badania ma znaczenie bardzo doniosłe, że chora nasza z pewnością przez cały czas badania nie miała w ustach ani kropli napojów wyskokowych; do pewności tej uprawnia nas między innymi fakt, że sama chora oddawna miała wstręt do alkoholu w jakiejś postaci.

K o w a l s k a przez czas mojej obserwacji była na tak zw. ordynarnej porcyi, najobfitszej z różnych postaci dyjet szpitalnych. Według obliczenia na gramy spożywała codziennie:

Chleba	500	gram.
Mięsa	300	„
Kaszy	180	„
Cukru	20	„
Soli kuchennej	20	„
Jarzyn (kapusty lub grochu).	20	„
Kartofli	410	„
Masła	24	„
Herbaty	1	„

Zbieranie wydzielającej się z przetoki zawartości kiszkowej było w danym razie dość trudne. Nie sposób było założyć do środka kawałka drenu gutaperkowego, gdyż ciągle wysuwał się on nazewnątrz. Musieliśmy więc 2—3 razy wciągu doby zbierać zawartość, zebraną w otworze przetoki i tuż około niego i przykrytą mocno przylegającym opatrunkiem antyseptycznym.

Ilość tej zawartości wynosiła na dobę 220—420 grm, średnio zaś bywało około 300 grm. dziennie. W 2—3 godzin po obiedzie, podawanym zawsze w południe, ilość zawartości widocznie bywała większą, niżli wciągu pozostałego czasu przez przeciąg jednej doby.

Konsystencyja wydzieliny stale była papkowatą; niekiedy można było zauważyć w niej cząstki nieco więcej zbite i twarde, lecz nigdy nie spostrzegaliśmy sformowanego kału. Barwa zawsze była żółto-brunatną, cząsteczki twardsze zazwyczaj były nieco ciemniejsze. Zazwyczaj wydzielina przetoki nie miała żadnego prawie zapachu; niekiedy uderzał zapach jakby świeżo zarobionego ciasta i parokrotnie tylko mogliśmy skonstatować lekki odór normalnego kału. Czasami dawały się spostrzegać wśród papkowatej masy cząstki niestrawionych pokarmów roślinnych, a mianowicie kapusty i kartofli.

Badanie mikroskopowe wykazywało stale włókna m i ę s n e, niezupełnie strawione, z dobrze widocznym prążkowaniem poprzecznym, poczęści zabarwione żółcią; niekiedy włókna te napotykaliliśmy zebrane w większych kawałkach po kilka lub kilkanaście razem. Prócz włókien mięsnych, widzieliśmy najrozmaitsze postacie włókien roślinnych, ziarenka krochmalowe, kropelki tłuszczu, nieco rozpadu drobnoziarnistego, a wreszcie sporo różnej postaci i przeważnie bardzo ruchliwych bakteryj, oraz nieco komórek drożdżowych.

Bardzo interesowała nas kwestyja odczynu zawartości kiszki, co ze względu na spostrzeżenia MACFADYEN'A, NENCKIEGO i SIEBEROWEJ ¹²⁾, oraz na przypadek ¹³⁾ ogło-

¹²⁾ MACFADYEN, NENCKI i SIEBER. Archiv f. experiment. Pathol. und Pharmacol. T. 28—i Gazeta Lekarska z 1891 r. Nr. 39—43.

szony przez jednego z nas na tem miejscu w roku zeszłym, a obserwowany tuż przed obecnie opisywanym,—wydawało się nam rzeczą ważną i ciekawą, czy też potwierdzi się i tu, gdzie dyjagnoza umiejscowienia przetoki była już wiadomą z góry, to, co pierwsi zaznaczyli wyżej podani autorowie i co sprawdziło się w drugim ze wspomnianych tylko co przypadków. Istotnie i tu odczyn z a w a r t o ś c i był k w a ś n y.

Aby mieć zupełną pewność, że odczyn kwaśny nie zależał w danym razie od zetknięcia się wydzielonej zawartości ze skórą brzucha lub z opatrunkiem przeciwnilnym, kilkakrotnie próbowałem jakim był odczyn w głębi kiszek, wprowadzając czule papierki reakcyjne przez otwór przepłukanej przetoki. Istotnie był on zawsze kwaśny. I w tym przypadku odczyn ten zależał od obecności kwasów organicznych, a specjalnie octowego, co wynika z przytoczonych poniżej rezultatów badania chemicznego. Że zaś nie grała tu wcale roli obecność kwasu solnego, przekonaliśmy się zapomocą prób z fioletem metylowym, tropeoliną i odczynnikami GÜNSBURG'A, które nie wykazały ani śladu tego kwasu wśród wydzieliny z przetoki.

Ciężar gatunkowy zawartości, określony zapomocą piknometru, wykazał 1019 przy ciepłocie $+16^{\circ}\text{C}$. Substancji suchej znaleźliśmy 9,75%, wody zaś 90,25%. Z ogólnej liczby substancji suchej przypadało na połączenie organiczne 90,05%, popiołu zaś znaleźliśmy 9,95%. Ilość istot białkowych była oznaczoną zapomocą określenia azotu według metody KJELDAHL'A w świeżej wydzielinie z przetoki, przyczem otrzymano: $\text{N}=0,55\%$, a więc substancyj białkowych $0,55 \times 6,25 = 3,44\%$ przy ciężarze gatunkowym zawartości podanym wyżej (1019).

Zapomocą odczynnika FEHLING'A oznaczaliśmy paro-

¹³⁾ M. JAKOWSKI. Przyczynek do badań nad sprawami chemicznymi w kiszkaach człowieka. Pamiętnik Tow. lek. Warsz. T. 88, zeszyt I z 1892 roku.

krotnie cukier w filtracie ze świeżej zawartości, po uprzednim, rozumie się, strąceniu w nim białka zapomocą gotowania; za pierwszym razem znaleźliśmy go 2,32%, za drugim badaniem 1,65%.—Próba biuretową, również dwukrotnie, określone były i znalezione peptyony.

Kwasów żółciowych zapomocą odczynu PETTENKOFFER'A wykrywaliśmy zaledwo nieznaczące ślady. Co do barwników żółciowych, to znajdowaliśmy je parokrotnie. Próba jednak na obecność urobiliny dała rezultat ujemny; w celu wykrycia tego barwnika filtrat świeży wydzieliną był nieco zakwaszony zapomocą kwasu solnego i wyciągnięty alkoholem amyłowym; jednakże po dodaniu doń amonijakalnego roztworu cynku, nie otrzymywaliśmy nigdy fluorescencyi, ani też linii ciemnych w widmie, charakterystycznych dla urobiliny.

Od 10 do 29 Października świeżo zebrana wydzieliną była codziennie rano destylowaną według sposobu, opisanego już w pierwszej mojej pracy, a podanego przez prof. NENCKIEGO. Produkty lotne zbierane były do kolby połączonej za pośrednictwem chłodnika z naczyniem, w którym dokonywano destylacji *resp.* z dużą kolbą z mocnego szkła. Przyrząd odbierający produkty lotne, był jeszcze w dalszym ciągułączony z aparatem kulkowym, napełnionym 3% roztworem cyjanku rtęci, a przeznaczonym do pochłaniania takich gazów, jak siarkowodór i merkaptan metylowy. Zawartość kiszek, wydzielająca się z przetoki, była, w kolbie używanej do destylacji, zawsze rozkładaną zapomocą kwasu szczawowego, dodawanego w ilości 5% do całej ilości destylowanej substancji. Produkty, otrzymane w zbiorniku, były zbierane wciągu całego tygodnia i następnie dopiero razem badane według niżej przytoczonych metod. Po szczegóły tych metod, chcąc uniknąć powtarzania jednej rzeczy parokrotnie, odsyłamy czytelnika do przytoczonej już pracy jednego z nas, zamieszczonej w roku zeszłym w Pamiętniku. W taki sposób przedestylowaliśmy ogółem 4,500 c. c. zawartości kiszek.

Z pomiędzy gazów, otrzymywanych przy tym sposobie roboty, zaznaczyliśmy tylko obecność kwasu wę-

głowego i bardzo nieznaczne ślady siarkowodoru. Przez cały czas badania ani razu nie otrzymaliśmy ani śladu merkaptanu metylowego, którego dość otrzymywał jeden z nas w zawartości kiszki grubej.

W destylacie z pomiędzy produktów lotnych otrzymaliśmy tylko, zapomocą odczynnika MILLON'A, ślady *oxy-związków*. Skatolu, indolu lub fenolu nie zdołaliśmy otrzymać ani razu. Natomiast dużo otrzymano alkoholu. Już próba jodoformowa okazywała sporą jego ilość. Dopiero jednak po neutralizacji całej porcji destylatu zapomocą węglaanu sodu, który strącał równocześnie lotne kwasy tłuszczowe, i po powtórnej trzykrotnej destylacji, gdy alkohole obecne w destylacie uległy jego większej kondensacji, a wreszcie po wysoleniu ich zapomocą węglaanu potasu, okazało się, że w próbówce zbiera się dość duża ilość (około 4 c. c.) oleistej cieczy. Ciecz ta, po starannem wysuszeniu jej zapomocą wyżarzonego wapna, była poddana destylacji, przyczem okazało się, że punkt wrzenia płynu przypadał na 76—78° C., przy tej bowiem przechodził do destylatu. Otrzymany w destylacie alkohol etylowy dawał następnie, przy oksydacji zapomocą dwuchromianu potasu i kwasu siarczanego, charakterystyczny aldehyd etylowy. Z ogólnej więc ilości 4,500 c. c. przedestyłowanej zawartości kiszki zdołaliśmy otrzymać około 4 c. c., a więc dość dużą ilość, alkoholu etylowego, wyrobionego z węglowodanów w kiszkiach naszej chorej przez znajdujące się tam bakteryje.

Lotne kwasy tłuszczowe, osadzone zapomocą węglaanu sodu, były po wyparowaniu i wysuszeniu rozpuszczone w wysokoku, a po przefiltrowaniu roztworu i ponownem wykryształowaniu destylowane z kwasem siarczanym; po zubożeniu otrzymanego destylatu amonijakiem określiliśmy je jako sole srebra. Okazało się, że sól srebra tych kwasów wymagała raz 64,2% Ag., a przy badaniu drugiej porcji 63,9% Ag. Był to więc przeważnie kwas octowy. Sól srebra kwasu octowego, jak wiadomo, wymaga 64,6% Ag.

Pozostałość kolby po pierwszej destylacji była następnie, po przefiltrowaniu jej na gorąco, wyparowywaną do gęstości syropu i z ogólnej ilości otrzymanych w ten sposób syropów robiliśmy z części wyciąg eteryczny, z części zaś alkoholowy. W wyciągu eterycznym, po oddestylowaniu eteru, znajdowaliśmy kwas bursztynowy, określony ściśle na zasadzie punktu topliwości (180° C.) otrzymanych przez sublimację białawych igielkowatych kryształków.—W roztworze wodnym z pozostałości z wyciągu był wykryty kwas mleczny, strącony zapomocą tlenku cynku i otrzymywany w ten sposób pod postacią soli cynkowej. Po należytem oczyszczeniu i wysuszeniu kryształów tej soli, określaliśmy ilość zawartej w nich wody krystalizacyjnej i metalicznego cynku; otrzymano wody 18,25% i 27,15% Zn. Otrzymana więc postać kwasu mlecznego był to kwas mleczny optycznie nieaktywny, nieskręcający płaszczyzny polaryzacji, którego sól cynkowa wymaga, jak wiadomo, 18,18% wody krystalizacyjnej.—W wyciągu alkoholowym nie udało mi się wykryć tyrozyny i leucyny—produktów hydratacji białka.

Na obecność w pozostałości kolby lotnych zasad badanie nie było robione.

Na tem kończymy opis badania chemicznego zawartości kiszek, w opisywanym przypadku przetoki z кишки cienkiej. Zwracamy się obecnie do rezultatów badania bakteriologicznego.

Obraz mikroskopowy wykazał nam, jak to już nadmieniono, dużo i różnej postaci przeważnie ruchliwych bakterij, oraz nieco komórek drożdżowych. Badanie dokonane było dwa razy, t. j. 11 i 29 Października. Oba razy, prócz badania drobnowidzowego, było rozumie się wykonane przeszczepienie cząstki zawartości na grunty odżywcze i w tym celu po starannem obmyciu otworu przetoki i usunięciu tych części zawartości kiszki, jaka zebrana była u samego otworu, z głębi кишки wydobywaliśmy cząsteczkę zapomocą igły platynowej i umieszczaliśmy ją w dwóch probówkach, zawierających wyjałowiony buljon.—Po przeniesieniu probówek do pracowni, bezzwłocznie by-

ły przyrządzone hodowle na płytach żelatynowych i agarowych według sposobu PETRI'ego, za każdym razem po 3 rozcieńczenia na każdym z gruntów odżywczych. Oba razy przygotowaliśmy jednakową ilość hodowli w przystępie tlenu, jak i bez niego; hodowle anaerobiotyczne były zakładane w ten sposób, że na ściętą już powierzchnię gruntu, przygotowanego do wrzenia przed szczepieniem, wlewaliśmy ciekłą warstwę wyjałowionej i również świeżo przegotowanej żelatyny. — Płyty żelatynowe trzymaliśmy w ciepłocie pokojowej, agarowe zaś w ciepłocie 37,5° C.

Przy pierwszym badaniu (11 Października) znaleźliśmy następujące drobnoustroje:

I. Laseczniki krótkie, niezbyt grube i opatrzone słabymi ruchami.

II. Koki, również niezbyt ruchliwe, połączone w łańcuszki i rozpuszczające żelatynę.

III. Diplokoki duże i ruchliwe.

IV. Laseczniki krótkie, ruchliwe, rozpuszczające żelatynę.

V. Drożdże.

Podczas drugiego badania (29 Października), oprócz tylko co zaznaczonych 4-ch rodzajów bakterij i drożdży, znaleźliśmy jeszcze:

VI. Laseczniki krótkie, ruchliwe, rozpuszczające żelatynę z wydzielaniem zielonawo-niebieskiego barwnika; drobnoustroje te okazały się przy bliższym badaniu *la s. błękitnej ropy* — GESSARD'A.

VII. Dość długie i grube laseczniki, posiadające słaby ruch własny i wyrastające w hodowlach w długie nitki; bakteryje te nie rozwinęły się po przeniesieniu z płytek na czyste hodowle i dlatego nie mogły być bliżej zbadane, a co za tem idzie, ściślej określone.

O bakteryjach zbadanych szczegółowiej i znalezionych w tym przypadku, możemy zakomunikować następujące szczegóły.

I. Laseczniki dość grube, krótkie z zaokrąglonymi końcami, posiadające około 4 μ . długości i 0,5 μ , szerokości.—Oprócz takich osobników można napotkać w hodowlach i laseczniki nieco dłuższe i krótsze od

podanych wymiarów; krótsze osobniki niekiedy mają wygląd owalnych, dość sporych koków; niekiedy można dostrzedz laseczniki układające się po dwa. Ruchy tych bakteryj były bardzo słabe. Tworzenia się zarodników w hodowlach nie mogliśmy dostrzedz.—Na ż e l a t y n i e rosną pod postacią dość drobnych, matowych, białawych kolonij, posiadających brzegi nierówne, jakby zazębione, środek zaś jest nieco więcej wzniesiony nad powierzchnię gruntu i posiada odcień szaro-żółtawy; żelatyny bakteryje te nie rozpuszczają. W hodowlach klótych rosną w głębi żelatyny, wzdłuż śladu wkłócia, jako białe punkciki, połączone w jedną linię; na powierzchni gruntu tworzą dość szeroką, o rozmaitych przeważnie nierównych zarysach, białawą, matową warstwę.—Na a g a r z e dobrze rozwijają się zarówno w głębi, jak i na powierzchni; białawe kolonije, powstające na tym gruncie, na powierzchni mają postać również niejednostajnie okonturowaną. Na k a r t o f l u rosną pod postacią drobnych, błyszczących szaro-białawych ognisk. Wogóle rosną one dość powolnie i rozwijają się zarówno w dostępie tlenu, jak i bez niego, jakkolwiek w tym ostatnim razie nieco powolniej.

Dla zwierząt (króliki i świnki morskie) bakteryje te są chorobotwórcze. Wprowadzone pod skórę powodowały śmierć tych zwierząt po upływie 48—72 godzin; zwierzęta przed śmiercią widocznie były osłabione, traciły apetyt, niekiedy dostawały rozwolnienia. Na sekcji znajdowaliśmy przekrwienie błony śluzowej przewodu pokarmowego, specjalnie kiszek, a ze śledziony, powiększonej i przekrwionej, otrzymywaliśmy czyste hodowle badanych bakteryj.

Jakkolwiek bakteryje te cechami swemi morfologicznymi, charakterem hodowli na różnych gruntach odżywczych, a wreszcie wpływem na zwierzęta, najwięcej zbliżają się do opisanego przez ESCHERICH'A¹⁴⁾ — *bacterium coli commune*, to jednak, opierając się na zasadzie rezultatów badania chemicznego zawartości kiszki w naszym przy-

14) ESCHERICH. Fortschr. d. Medio. III, 1885, Nr. 15.

padku, prę d z e j o k r e ś l i l i b y ś m y j e j a k o *bacterium Bischleri* ¹⁵⁾. Jak to było zaznaczonem, kwas mleczny, znaleziony w wyciągu eterycznym z pozostałości kolby po pierwszej destylacji, okazał się kwasem nieczynnym optycznie, wymagającym 18,18% wody krystalizacyjnej, a taki właśnie kwas, według badań M. NENCKIEGO ¹⁶⁾, produkują bakteryje BISCHLER'A, podczas gdy *bact. coli commune*, według tegoż badacza, wytwarza czynny optycznie kwas mleczny, wymagający 12,90% wody krystalizacyjnej i skręcający płaszczyznę polaryzacji na prawo. Tak więc kombinując rezultat badania chemicznego zawartości kiszkowej z innymi cechami opisywanych bakteryj, określić je możemy jako *bact. Bischleri*.

II. Dość drobne kokki, połączone w łańcuszki (Streptokokki). Posiadają bardzo słaby ruch. Na żelatynie rosną pod postacią niewielkich, okrągłych, biało-żółtawych kolonij; rozpuszczają powoli ten grunt odżywczy, wytwarzając na płytach nieprawidłowej postaci zagłębienia. Rosną również i bez tlenu, są więc *facultat. Anaëroben*. W próbkach hodowle kłóte na żelatynie tworzą w głębi szarawą smugę wzdłuż śladu nakłócia, a na powierzchni wyraźnie i równo obrysowaną, płaską żółtawo-białą warstwę; rozpuszczanie żelatyny odbywa się warstwami od góry do dołu i dość powolnie, przy czem żelatyna po rozpuszczeniu jest zupełnie mętną.—Na agarze wytwarzają białą, cienką, oleistą warstwę; w podobny sposób rozwijają się i na kartoflach.

Dla świnek morskich bakteryje te są obojętne. Myszy białe natomiast, po zaszczepieniu pod skórę, zdychały po 24-ch godzinach; nie mogliśmy zauważyć na trupach tych zwierząt żadnych widocznych zmian w narządach wewnętrznych i ze krwi ich nie zdołaliśmy otrzymać czystych hodowli streptokoków.

Na zasadzie cech morfologicznych, własności hodowli, oraz ze względu na miejsce z kąd je otrzymaliśmy, musimy

¹⁵⁾ l. c. pod 12.

¹⁶⁾ M. NENCKI. Die isomeren Milchsäuron als Erkennungsmittel einzelner Spaltpilzarten. C. f. B. u. Pm. 1891, I. IX.

bakteryje te uznać za *streptococcus liquefaciens ilei v. acidilactici*, opisany w parokrotnie już cytowanej pracy MACFADYEN'A, NENCKIEGO i SIEBEROWEJ; autorowie ci podają, że wzmiankowane tu bakteryje wytwarzają z wodoru węgla dużo kwasu mlecznego optycznie nieczynnego.

III. Diplokokki duże, ruchliwe. Niekiedy układają się po 4 koki razem lecz typ budowy diplokokku jest widoczny w obu parach; czasem spotyka się pojedyncze koki, których wielkość waha się od 0,5 do 0,6 μ . w wymiarze poprzecznym. Ponieważ wewnętrzne powierzchnie w obu kokach stanowiących jeden diplokok są nieco spłaszczone, nadaje więc to im wejrzenie jakby gonokoków.

Bakteryje te są względnymi beztlenowcami (*facult. Anaërob.*), jakkolwiek bez tlenu rosną gorzej. Na żelatynie, której nie rozpuszczają, rosną powolnie, tworząc na płytach białawe, wystające, jasno zarysowane kolonije w probówkach w hodowlach przez nakłócie, wzdłuż jego śladu wytwarzają białe zazębione linije, a na powierzchni płaską, białą, oleistą warstwę. W podobny sposób rozwijają się na agarze. Na kartoflu tworzą obfity, błyszczący, białawy pokład. Gazów w hodowlach nie wytwarzają i rosną zarówno dobrze przy ciepłocie pokojowej, jak i w hodowlanej.

Mleka i mięsa nie rozkładają. Dla zwierząt nie są chorobotwórcze.

Bakteryje te odpowiadały zupełnie znalezionym, przez jednego z nas ¹⁷⁾, w zawartości kiszki grubej i nazwanymi przezeń *Diplococcus albus intestinorum*.

IV. Laseczniki krótkie i bardzo ruchliwe. Długość ich wynosi około 2,0, a szerokość 0,3 do 0,4 μ . Niekiedy łączą się po dwa lub po kilka w łańcuszku, zarodników nie wytwarzają, ruch posiadają bardzo szybki we wszystkich kierunkach. Żelatynę rozpuszczają, rozwijając się na niej szybko pod postacią drobnych szarobiaławych kolonij; w probówkach w hodowlach kłótych

¹⁷⁾ 1. c. pod 3.

rozpuszczają żelatynę lejkowato; na dnie lejka zbiera się kłaczkowaty osad, złożony z krótkich laseczników i z dłuższych nitek. Na agarze wytwarzają dość szeroką szaro-białawą również smugę na powierzchni. Podobny obraz spotykamy i na kartoflach. Bakteryje te są w głądny mi a n a ě r o b a mi.

Ponieważ bakteryje te znaleźliśmy w zawartości kieszki cienkiej, ponieważ nie rozkładały one mleka, a dość szybko rozkładały mięso, a wreszcie zupełnie były obojętne dla zwierząt zazwyczaj używanych do eksperymentów — odpowiadają więc opisanym przez MACFADYEN'A, NENCKIEGO i SIEBEROWĄ, *Bacillus liquefaciens ilei* i za taki musimy go uznać.

V. O d r o ż d ż a c h nadmienimy tylko, że rozwijały się bardzo dobrze na glebach odżywczych zawierających nieco cukru.

VI. K r ó t k i e r u c h l i w e l a s e c z n i k i, rozpuszczające żelatynę z wydzielaniem zielonawo-niebieskawego barwnika i wydzielające także barwnik w hodowlach agarowych, były to laseczniki błękitnej ropy — *Bacill. pyocyaneus* GESSARD'A ¹⁸⁾, po szczegółowy opis którego, odsyłamy czytelnika do pracy ogłoszonej przez jednego z nas w roku zeszłym ¹⁹⁾.

VII. L a s e c z n i k i d o ś ć d ł u g i e i g r u b e z z a o k r ą g ł o n y m i k o ń c a m i, o których nadmieniliśmy już, że w czystych kulturach nie udało się ich otrzymać. Długość ich, z hodowli płytkowych, wynosiła 6—8 μ ., szerokość 0,7 — 0,8 μ ., ruchy posiadały słabe. Niekiedy dostrzedz można było wśród hodowli długie nitki, zawierające w swym przebiegu błyszczące, nieco mocniej załamujące światło punkty—przypuszczalnie zarodniki, gdyż miejsca te słabiej barwiły się zwykłymi wodnymi roztworami zasadowych barwników anilinowych. Na żelatynowych pły-

¹⁸⁾ GESSARD. De la pyocyanie et de son microbe. 1882.

¹⁹⁾ M. JAKOWSKI. przyczynek do nauki o bakteryjach błękitnej ropy (*bac. pyocyaneus*). Gaz. lek. 1892, Nr. 49 i 50.

tach wyrosły tylko w dostępie tlenu, tworząc rozlane, prawie zupełnie przezroczyste, duże, okrągłe kolonije.

Jeśli zechcemy w krótkości zestawić główne rezultaty, otrzymane przez nas przy badaniu chemicznem zawartości kiszek w danym przypadku przetoki kiszki cienkiej, to znajdujemy tu zupełne potwierdzenie faktów podanych przez MACFADYEN'A, NENCKIEGO i SIEBEROWĄ. Obecność alkoholu i kwasu mlecznego, oprócz tego kwasu octowego i bursztynowego, przy zupełnym braku takich produktów jak skatol, fenol, amoniak, merkaptan metylowy i t. p., dowodzą raz jeszcze fakta, że kiszka cienka, a wiemy, że niezbitcie z tej mianowicie części przewodu trawiennego powstała przetoka, jest miejscem rozkładu wodanów węgla w organizmie ludzkim *resp.* zwierzęcym i że rozkład białka odbywa się tam, jeśli wogóle ma miejsce, w bardzo ograniczonym stopniu. Wychodząc z tego założenia, niezmiernie ciekawym i prawie niemożliwym do zrozumienia wydaje się nam fakt, jak długo (35 lat) człowiek może żyć i ciężko pracować, ciesząc się względnie dobrym stanem sił i zdrowia, pomimo wykluczenia przez cały ten czas z procesu trawienia kiszki grubej, gdzie, jak wiemy, następuje rozkład i asymilacja produktów białkowych.

A l k o h o l, znaleziony w dość dużej ilości, służy niezbitym dowodem, że wyrabia się on wewnątrz ustroju pod wpływem bakteryj, zamieszkujących przewód pokarmowy i wydzielających go, ze znajdujących się w treści kiszkowej, wodanów węgla. Opierając się na wynikach, otrzymanych przez tylko co przytoczonych autorów, obecność wysokku w naszym przypadku przypisać musimy dwu drobnoustrojom, t. j. b a k t e r y j o m BISCHLER'A i s t r e p t o k o k o m r o z p u s z c z a j ą c y m (*Streptococ. liquefaciens ilei*); pierwsze z nich grały tu najprawdopodobniej główną i przeważną rolę — drugie wytwarzają zazwyczaj alkoholu niezbyt wiele. — Też same dwa mikroorganizmy, jak widzieliśmy z opisu ich szczegółowego, wytworzyły nam cały prawie kwas mleczny optycznie nieczynny, znaleziony przez nas w zawartości kiszkowej.

Pomijamy literaturę, dotyczącą bakterij zamieszkujących w kiszkach, nie chcąc się powtarzać, gdyż główniejsze szczegóły z tego działu bakteriologii pomieścił już jeden z nas na tem miejscu w roku zeszłym. Od tej pory rzecz ta nie postąpiła istotnie; rozumie się mówimy tu o udziale bakterij kiszkowych w sprawach trawienia, gdyż te nas tylko w tej chwili obchodzą, i pomijamy cały zakres prac z dziedziny bakteriologii patologicznej, w którym w ostatnich czasach dużo było pisanem o znajdowaniu bakterij chorobotwórczych w kiszkach i o ich udziale w różnych sprawach patologicznych.

Postęp, na interesującym nas polu działania i roli bakterij kiszkowych w sprawie rozkładu wodorów węgla i białka, możliwym jest tylko przy zbadaniu we wskazanym przez prof. NENCKIEGO kierunku wielu przypadków przetok kiszkowych, w czem, jak to już na tem miejscu zaznaczaliśmy, koledzy chirurgowie pomódz mogą, dostarczając odpowiedniego materiału klinicznego. Coraz większa ilość osiągniętych danych będzie miała nietylko znaczenie czysto teoretyczne, lecz z czasem, w miarę nagromadzenia większego materiału faktycznego, może dać podstawę do stawiania ścisłego rozpoznania co do miejsca przetok kiszkowych *resp.* odbytu sztucznego, a to na drodze badania chemiczno-bakteryjologicznego.

SPRAWOZDANIE Z NAJNOWSZEJ KAZUISTYKI

oraz

piśmiennictwa o kręgoszmyku z uwzględnieniem symptomatologii, etjologii, jakoteż różniczkowego rozpoznania.

Podał

Dr. Med. Franciszek Neugebauer

lekarz ord. w oddz. gynijatr. szpit. Ewangelickiego w Warszawie.

(Z 45 drzeworytami w tekście).

W roku 1888 prof. CHARPENTIER polecił mi opracowanie działu zniekształtnienia miednicy przez kręgoszmyk, oraz przez kyfozę kręgosłupa, dla drugiego wydania jego podręcznika akuszerji. Ponieważ rękopism mój okazał się zbyt obszernym, CHARPENTIER ograniczył się na wyciągu z niego, sama zaś praca była ogłoszoną po części w czasopiśmie „Nouvelles Archives d'Obstétrique et Gynécologie,” *in extenso* zaś wydałem ją w języku francuzkim w Paryżu w 1892 r.: „Spondylolisthesis et Spondylizème, Résumé des recherches littéraires et personnelles depuis 1880 jusqu'en 1892“ (z 131 drzeworytami w tekście), Paris, Steinheil, 1892 (176 stronic).

Ponieważ druk tej pracy ciągnął się blisko przez dwa lata i drukowaną była w Clermont, a nie na miejscu, tak, że nie mogłem uzupełniać rękopismu *ad libitum*, nie byłem w stanie uwzględnić najnowszych prac. W pracy dzisiejszej chciałbym uzupełnić owe braki.

Piśmiennictwo o kręgozmyku z ostatnich lat kilku obejmuje prace następujące :

a) T h e o d o r B o h n. „Ein neuer Fall von Spondylolisthesis des weiblichen Beckens mit glücklichem Geburtsverlauf.“ Dissert., Inaug. Berlin, 1892.

b) E. v. B r a u n. „Vorstellung einer Frau mit spondylolisthetischem Becken in der geburtshuelflich-gynaekologischen Gesellschaft zu Wieu am 13 Januar 1891.“ (Centralblatt für Gynaekologie, 1891, Nr. 28, S. 603).

c) C h a r p e n t i e r. Traité pratique des accouchements. 2-ème Edition. Paris, 1890, T. II „Bassins viciés par déviation de la colonne vertébrale,“ p. 75—145.

d) C h i a r i. „Die Aetiologie und Genese der sog. Spondylolisthesis lumbosacralis.“ Sep.-Abdruck aus der Zeitschrift für Heilkunde, 1892.

e) D o l l i n g e r. „Ein Fall von Spondylolisthesis“ (Spostrzeżenie kręgozmyku u dziecka[? N.]). Medicinische Gesellschaft in Buda-Pest (Centralblatt für Chirurgie, 1891, Nr. 23, S. 457).

f) F a r a b e u f. Société de chirurgie, 17 Juin, 1888. Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie, 1888, Nr. 26, p. 427).

g) F i r n i g. Ueber spondylolisthetischem Becken, Aus dem aertzlichen Verein in Koeln. Berliner klinische Wochenschrift, 9 Juni, 1887, Nr. 23, p. 509.

h) F r a n k. Centralblatt für Gynaekologie, 1892, Nr. 18, S. 343.

i) H e r z f e l d. „Ein Fall von spondylolisthetischem Becken. Beitrag zur geburtshuelflichen Kasuistik.“ Allgemeine Wiener Medicin. Zeitung Jahrgang, 1892.

k) A r b u t h n o t L a u e. 1) Three forms of spinal deformity, read June 6, 1884 (Reprint from Vol. 67 of the Med.-Chirurg. Transactions published by the Royal Med. and Chir. Society of London. London 1884, p. 233—248 z 5 drzeworytami).

2) Spondylolisthesis (Brit. Med. Journal, 23 February, 1885, Nr. 1261, p. 434).

3) Spondylolisthesis (Brit. Med. Journal, 25 April, 1885, p. 838).

4) Partial Mollities and Charcots disease. Spondylolisthesis. (Transactions of the Patholog. Society of London, 1884).

5) Some of the changes, which are produced by pressure in the lower part of the spinal column, spondylolisthesis, displacement backwards of the fifth lumbar vertebra, torticollis. (with plate 13). (Transactions of the path. Society of London, 1885, Vol. 36, p. 364—378).

6) Some Points in the physiology and pathology of the changes produced by pressure in the bony skeleton of the trunk and shoulder girdle. (Reprinted from Vol. 43 of „Guy's Hospital Reports“), (114 stro-nic z 23 drzeworytami).

7) „Some variations in the human skeleton.“ (Journal of Anatomy and Physiology, 1885, Vol. 20, p. 388—408).

8) „Variations in the human skeleton.“ (Journal of Anatomy and Physiology, 1886).

9) „Causation and Pathology of so called Disease Rheumatoid Arthritis and of senille Changes. (Transactions of the Patholog. Society, 1886).

10) „Pressure Changes in the lower part of the spinal column.“ (Transactions of the Pathological Society, Vol. 36).

11) „A remarkable example of the manner in which pressure-changes on the skeleton may reveal the labour history of the individual.“ (Reprint from the Journal of Anatomy and Physiology. Vol. 21 (N. S. Vol. I), p. 385—406), (z 5 drzeworytami).

12. „Fracture and dislocation of the pelvis; intraperitoneal rupture of the bladder, pneumonia, death. (Spondylolisthesis,). (The Lancet, 1892, 16 April, Nr. 358).

13) „Case of spondylolisthesis associated with progressive Paraplegy; laminectomy.“ (The Lancet, 1893, 29 April, Nr. 3635, p. 991—992).

l) M o r i s a n i. Cięcie łonowe przy miednicy spondylolistetycznej z zejściem śmiertelnem (Troisième statistique de la symphyséotomie de M o r i s a n i, 18 cas de 1881—1886. (Conjugata vera 6,8 cent.; mère morte, enfant vivant), patrz C h a r p e n t i e r: „De la symphyséotomie.“ Extrait des bulletins de l'Académie de Méd. (Séances du 15 et 22 Mars, 1892, p. 23); patrz także M o r i s a n i: „Ancora della sinfisiotomia,“ Societa Italiana di Ostetricia e Ginecologia. 2-da riunione annuale. Estratto degli Annali di Ostetricia, 1884, p. 46).

m) Fr. N e n g e b a u e r. 1) „Rzadki okaz Synechiaie utero-sacralis sub partu acquisitae. Akanthopelvis, Exostosis promontoralis cui cervix uteri adhaeret. Przyczynek do nauki o nietypowym zwiężeniu miednicy wraz z opisaniem pierwszego w naszym kraju klinicznego spostrzeżenia kręgozmyku.“ Gazeta Lekarska, 1893. (28 stronic z 24 drzeworytami).

2) „Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken, speciell der Aetiology und Genese der Promontorialexostosen, und zu der Frage der Geburtslaesionen der hinteren Wand des Tractus genitalis sowie der Coincidenz von Laesionen an der hinteren und der vorderen Wand desselben.“—Zeitschrift für Geburtshuelfe und Gynaekologie, Band 26, Heft. 2 1893 (40 stronic z 19 drzeworytami).

3) „Bericht über die neueste Kasuistik und Litteratur der Spondylolisthesis mit einschlaegigen Bemerkungen über die Differentialdiagnose.“ (Zeitschrift für Geburtshuelfe und Gynaekologie, 1893, Band 27), (89 stronic z 45 drzeworytami).

n) P i s k a c e k. Vorstellung einer mittelst der Zange entbundenen Frau mit spondylolisthetischem Becken in der Wiener geburtsh. gynaekolog. Gesellschaft, am 14 Mai, 1889. (Centralblatt für Gynaekologie, 1889, Nr. 48, s. 830).

o) R é c a m i e r. „Spondylolisthèse de la 4-ème lombaire chez un homme.“ (Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1888, p. 914 —

915). (Séance du 23 Novembre, 1888, Année 63, T. 2, de la 5-eme série).

p) B. R o t h. Living specimen of lumbosacral spondylolisthesis in a man exhibited, November 27, 1891. Clinical Society of London. (Z rozpoznaniem R o t h'a zgodzili się A r b u t h n o t L a n e, R. W. P a r k e r, H o w a r d M a r s h, B e n n e t).

q) M. S c h l e s i e r. Ein neuer Fall von spondylolisthetischem Becken. In Dissert. Halle, 1890.

r) J. H. T a r g e t. Spondylolisthesis in a girl aged 16. (Obstetrical Transactions, London, 1891, Voi. 33, p. 463).

s) H. Z o l l. Miednica kręgoszmykowa, zgąbcała, skośnie ścięsniona wskutek złamania (Rocznik Towarzystwa ginek. w Krakowie, zeszyt 2, 1891 r., str. 47—53, z 3 rysunkami).

Niechaj mi będzie pozwolonem rozpocząć pracę ni-niejszą od opisu 4-ch przypadków uszkodzenia porodowego części miękkich kanału rodneg0 przy miednicy, zwężonej przez kręgoszyk.

Raz jeden spostrzegano przetokę pęcherzowo-maciczną w następstwie porodu, raz jeden przetokę kiszkiowo-pochwową, raz jeden przetokę pęcherzowo macicznie-pochwową, oprócz tego cały szereg przypadków uszkodzenia krocza w różnym stopniu.

Pierwsze z tych spostrzeżeń już dawniej ogłosiłem w czasopiśmie „Archiv für Gynaekologie,“ Band 22, Heft 3, str. 364—366).

U kobiety, o *Conjugata spuria* około 7½ cent., po 9-ym porodzie spostrzeżono przetokę moczową. Chrzątka łonowa, znacznie rozwinięta, sterczała w świetle miednicy. Położnica odbyła 9 porodów ciężkich, troje dzieci rodziło się nieżywemi. Dwa razy położenie płodu było poprzeczne. Przy ostatnim porodzie wody odeszły w Niedzielę, dopiero zaś w nocy z Poniedziałku na Wtorek zjawiły się bóle; we Wtorek urodziło się dziecko nieżywe. Zaraz po rozwiązaniu położnica narzekała na silne bóle kolące po stronie prawej, w okolicy pachwiny i kości biodrowej. Bóle wzmagały się przy oddawaniu moczu, który zresztą chora oddawała prawidłowo. Na 5-ty dzień położnica wstała z łóżka, 11-go zaś dnia zauważyła, że mocz wycieka z pochwy.

Stan ten trwa dotąd, pomimo, że chora czasami część mocz u oddaje drogą prawidłową. W 10 tygodni po porodzie, t. j. dnia 11 Lipca 1881 r., chora przez lekarza prowincjonalnego była przysłaną do kliniki prof. FREUND'A w Strasburgu. FREUND dnia 14 Lipca zaszył przetokę, która okazała się pęcherzowo-maciczną. Operacja się nie powiodła. Chora nie zgodziła się na ponowną próbę i dnia 26 Lipca opuściła klinikę w dawniejszym stanie. FREUND przy badaniu znalazł przednią wargę maciczną pośrodku jakby nożem naciętą, po rozciągnięciu obu jej części zauważono w tyle skryty otwór przetoki części szyjowej wielkości grochu. FREUND nie podaje szczegółów, czy na tylnej wardze macicznej również zauważono jakiegokolwiek uszkodzenia wtenczas, przypuszczam jednak, że prawdopodobnie byłyby się znalazły. *Fistula vesico-cervico-uterina* powstała wskutek *partus protractus* po przedwczesnem odejściu wód w miednicy przez kręgozmyk zwężonej, o silnie sterczącej na wewnątrz chrząstce spojenia łonowego.

Drugie spostrzeżenie dotyczy przypadku opisanego częściowo przez AHLFELD'A w Marburgu: „Berichte und Arbeiten aus der geburtshuelflich-gynaekologischen Klinik zu Marburg,“ 1883 — 1884, tom 2, Lipsk, 1885, str. 142 — 143. Do opisu tego dodaję dziś kilka wiadomości późniejszych, listownych, za udzielenie których przy tej okazji dziękuję profesorowi. Str. 142:

„Panią Bettershausen (1884, Nr. 254b) przysłano do nas dnia 8 Października na skutek przetoki pęcherzowo-pochwowej. Rodziła 7 razy ciężko.

Pierwszy poród trwał dni 8. Dziecko wydobyte kleszczami zmarło w trakcie porodu. Od chwili porodu chora przez cały rok z trudem tylko chodziła. Druga ciąża skończyła się przedwczesnym porodem płodu zmacerowanego w 8 miesiącu ciąży. Trzeci poród nastąpił również przedwcześnie, dziecko żyło dwa lata. Przy czwartej ciąży poronienie w 12-ym tygodniu. Przy piątym porodzie, który trwał przeszło dwie doby, wydobyto kleszczami dziecko, które zmarło na drugi dzień. Przy szóstej ciąży urodziło się donoszone, lecz nieżywe dziecko *sponte*; poród ten miał być stosunkowo łatwy w porównaniu z innymi. Przy 7-ym

porodzie, po trzykrotnem założeniu kleszczy, wydobyto dziecko nieżywe. 10-go dnia po porodzie chora zauważyła, że mocz bezwiednie wycieka z pochwy. Z wywiadów dowiedziano się, że chora w trzecim roku życia spadła ze schodów, że przeleżała wtenczas trzy kwartały w łóżku i że lekarz wówczas rozpoznał *fracturam columnae vertebralis*. Zaraz przy pierwszych oględzinach prof. AHLFELD postawił rozpoznanie miednicy spondylolistetycznej; ponieważ cały srom wskutek wypływającej stale uryny był silnie zaogniony, i ponieważ badanie wewnętrzne wskutek zapalnego stanu części miękich było nader bolesnem, odłożono dokładne zbadanie miednicy aż do wyleczenia przetoki. Chora zaś zaraz po operacyi niecierpliwiła się z wyjazdem do domu, wskutek czego badanie musiało być na ten raz dosyć powierzchownem; głównie żałował AHLFELD, że badanie zapomocą dotyku musiało zostać powierzchownem. Zresztą kazano chorej po jakimś czasie powtórnie się pokazać, a wraze zajścia w ciążę, zgłosić się zawczasu dla wywołania porodu przedwczesnego w interesie dziecka.— Pani B., wzrostu 143 cent., jest wolną od śladów krzywicy. W pozycyi stojącej uderza wklęsnięcie w okolicy lędźwiowej, uniesienie ku górze spojenia łonowego, zmniejszone nachylenie miednicy. Klatka piersiowa zbliżona do miednicy, brzuch obwisły. *Distantia crist. 27, spinarum ossium ilei sup. anter. 21 i 25 ctm., trochanterum 26,6*, spojenie łonowe wystaje ku przodowi w rodzaju dzioba. Wzgórek sromny tylko w dolnej trzeciej części obrośnięty włosami. Przy badaniu wewnętrznem skonstatowano znaczne zbliżenie się ku sobie *tuberum ischiü*, pomiędzy którymi zaledwie dwa palce wsunąć można, trzech żadną miarą wsunąć nie było sposobu. Tylna połowa ujścia miednicy była obszerniejszą. *Promontorium* nie można było osiągnąć. W położeniu na lewym boku skonstatowano: linija łącząca ze sobą dwa najwyżej położone punkta *cristarum ilei* leżała ponad najgłębszem wklęsnięciem okolicy lędźwiowej; 5 ctm. poniżej owego wklęsnięcia znajduje się miejsce najznaczniejszego występu kolumny pacierzowej ku tyłowi, mianowicie, wystaje nazewnątrz miednicy naksztalt garbu część krzyżowo-lędźwiowa kręgosłupa długości 6 ctm. Po obu

stronach linii pośrodkowej widać tam dwie blizny symetrycznie położone; jak chora twierdzi, pochodzą one od kauteryzacji żegadłem PAQUELIN'A. *Rhombus MICHAELIS'A* znacznie rozszerzony, o tępych kącie górnym i dolnym. Odstęp od najgłębiej położonego punktu siodełka lędźwiowego do przedniego górnego brzegu spojenia łonowego wynosi 18,6 ctm.

Dnia 2 Stycznia 1885 r. pani B. ponownie przedstawiła się w klinice. Wtenczas sporządzono trzy fotografie pacjentki i ponownie ją zbadano. Spojenie łonowe stało wyżej od linii poziomej, łączącej obie *spinae ilei ant. sup.* o 6,25 ctm. Ostry koniec wyrostka mieczykowego był odległy od górnego brzegu spojenia łonowego na 18 ctm., odstęp od pępka do spojenia wynosił 6,25 ctm. Brzegi ostatnich żeber odstają od *cristae ossium ilei* na 3,75 ctm. Odstęp od końca *ossis coccygis* do najgłębszego miejsca siodełka lędźwiowego mierzony taśmą wynosił 23 ctm. Wysokość spojenia łonowego mierzona cyrklem 6,4 ctm. Pomimo podatności ścian brzusznych, nie udało się wtłoczyć ich dostatecznie na wewnątrz dla wymacania kształtów wejścia miednicy. Również nie udało się wymacanie przez pochwę kąta kręgozmykowego, ponieważ tylne sklepienie pochwy jest bardzo zwężone przez blizny; przez odbytnicę zaś udało się wyczuć kąt kręgozmyku i ciało kręgu lędźwiowego, wystające o 1,5 do 2 ctm. przed ciałem pierwszego kręgu krzyżowego. Nie śmiem, pisze AHLFELD, dokładnie powiedzieć, do którego kręgu należało owo ciało sterzące ku przodowi; w porównaniu z innymi przypadkami kręgozmyku zdawało mi się, że w naszym przypadku kąt kręgozmyku leży bardzo wysoko.

Przy badaniu śladów chodzenia zauważono, że jeśli chora przy chodzeniu patrzy na podłogę — chodzi bez anomalij (? N.), jeśli zaś nie patrzyła na podłogę, „so wurde der Fuss in leichtem Bogen an dem anderen vorueber und etwas vor denselben gesetzt.“ (Znaczenia tych słów nie rozumiem. Określenie chodu przez AHLFELD'A uważam za absolutnie niejasne).

Dnia 5 Października prof. AHLFELD przysłał mi jeszcze dodatek następujący do swego opisu:

„Dnia 29 Lipca pani B., ponownie ciężarna, zgłosiła się do kliniki. W 36-m tygodniu ciąży wywołano poród przedwczesny sztucznie z zejściem nader pomyślnem, dnia 24 Września. Urodziła się żywa dziewczynka wagi 2,230 grm. i 49 ctm. długości mająca. Matka karmi dziecko. Ponieważ sam poród nie wymagał narkotyzacji rodzącej i tym razem minęła sposobność badania chorej pod chloroformem.“

Tak nader krótki opis AHLFELD'A nie powiada nam nic co do umiejscowienia i etjologii owej przetoki, kształtu spojenia łonowego, wystawiania chrząstki łonowej ku wewnątrz miednicy, nie opisuje dokładnie owych zwiężeń bliznowatych pochwy w tylnem sklepieniu, oraz nie podaje dokładnych wymiarów miednicy. Swoją drogą mamy tutaj przykład koincidencji przetoki pęcherzowo - pochwowej z kręgozmykiem, na czem spostrzeżenie AHLFELD'A zyskuje dla mnie podwójną wartość. Zdecydowałem się wskutek tego przytoczyć tutaj ów opis choroby podany przez AHLFELD'A, chociaż bynajmniej nie odpowiadający wymaganiom dokładnego opisu, i dodać trzy rysunki, które w rzeczywistości przemawiają na korzyść rozpoznania AHLFELD'A. (Patrz str. 912).

Trzecie z rzędu spostrzeżenie dotyczy przypadku obserwowanego przez ś. p. kol. LOMBARD'A w Bostonie; uwaga moja została zwróconą na nie przez krótką notatkę w „Archives de Tocologie.“ Dokładny opis przysłał mi, dziś już nieżyjący, kol. L. osobiście. (Archives de Tocologie, Paris 1885, p. 936). Opis przypadku LOMBARD'A podaje tutaj w skróceniu :

„A case of Labor in a Woman with spondylolisthetic Pelvis.“ (Read by invitation before the Obstetrical Society of Boston, April 11, 1885). (Reprinted from the Boston Medical and Surgical Journal of August 20, 1885), Boston, 1885, (14 stronic z dwoma rysunkami).

Pani Nelly O., 26-letnia pierwiastka, pochodzenia iryjskiego, urodziła się w Bostonie i tam zamieszkuje. Ojciec zmarł na zapalenie płuc, matka zachorowała umysłowo w drugim roku po urodzeniu córki. Nelly dopiero w drugim roku życia zaczęła chodzić, w trzecim zaś roku miała wypadek, albowiem została przejechaną przez wóz:

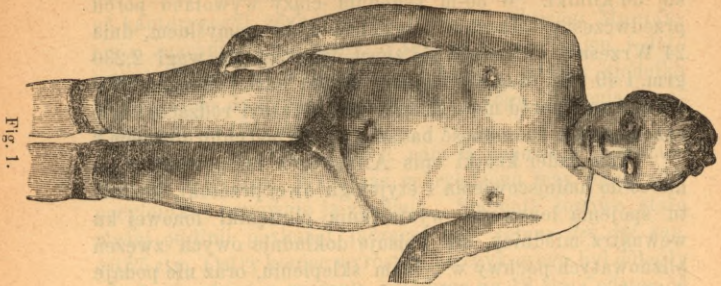


Fig. 1.

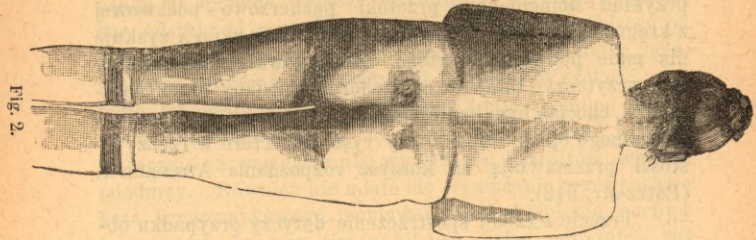


Fig. 2.

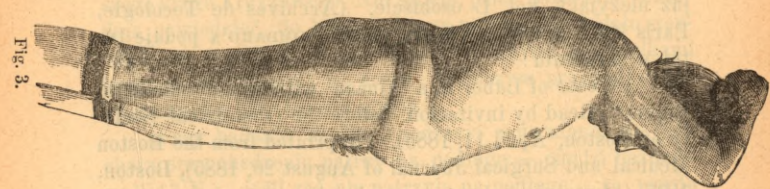


Fig. 3.

„Was run over by a horse and carriage, the wheels passing directly across her body.“

Później chorowała tylko na koklusz. W 14 roku nastąpiła poraż pierwszy miesiącka z lekkim bólem krzyża. LOMBARD poraż pierwszy widział panią O. przy konsultacji

wskutek *anginae tonsillaris*. Wtenczas chora była w 5 miesiącu ciąży (pierwszej) i prosiła LOMBARD'A o ewentualną pomoc przy porodzie. Oryginalna postać chorej uderzyła do tego stopnia kol. L., że prosił o pozwolenie na wymierzenie miednicy, mianowicie obwodu, który zamiast 90 ctm., wynosił nie więcej, niż 69. Również uderzyła go obwisłość brzucha niezwykła dla pierwiastki; pępek leżał mniej więcej na połowie wysokości pomiędzy bródką a wysokością biodra. Kol. L. ostrzegł męża względem niebezpiecznego porodu i żądał, aby chora pozostała w zakładzie. Pani O. na to się nie zgodziła, lecz obiecała zastanowić się nad tem i zawiadomić lekarza o swoim postanowieniu. Chora sprawiła sobie opaskę brzuszłą i taką ją nosiła do samej prawie chwili porodu.

Następnego dnia LOMBARD dokładnie zbadał miednicę, a po dwóch tygodniach chciał ponownie chorą odwiedzić, lecz pokazało się, że zmieniła mieszkanie i tak kol. L. stracił ją z oczu. Nareszcie dnia 3 Marca 1884 r. po 4-ch miesiącach wezwauo go ponownie do pacjentki; zastał ją w czasie rozwiązania.

Ślub i z nim ostatni peryjod odbyły się akurat na 281 dni przed wezwaniem lekarza. Bóle rozpoczęły się rano i do wieczora pozostały nieregularne. Ujście rozwarte na wielkość 4-dolarówki. Drugie położenie czaszkowe, główka mała, lecz cokolwiek ruchoma. Bicia serca dziecka LOMBARD nie słyszał, puls matki 108, temperatura +99,9° F. Wieczorem stan ust macicznych ten sam co i rano. LOMBARD dawał co 20 minut trzy razy zrzędu po 15 granów chlorału; posłał zatem po kol. HOWĘ, oraz studenta medycyny TAFF'A, którzy mieli mu pomagać przy prowadzeniu porodu. Przyczynę zatrzymania się porodu upatrywał L. w obwisłym brzuchu i kazał dlatego chorej zająć położenie poziome w łóżku, a skoro tylko główka utkwiała w wejściu miednicy, przez całe 12 godzin kazał utrzymywać macicę w położeniu pionowym, aby przy każdym nowym bólu ułatwić wstąpienie czaszki dowewnątrz małej miednicy. — Podczas nocy i dnia następnego poród nieznacznie postępował, lecz postępował. Pomimo nudności i wymiotów, LOMBARD nie znalazł przyczyny dla interwencji ze swojej

strony, a czekał, dając tylko wódkę i herbatę. Zrana kazał zrobić ciepłą irygację karbolową (1:60, +100° F.) dla ułatwienia rozwarcia szyi macicznej, aby zapobiedz rozwijającemu się coraz więcej obrzękowi warg ust macicznych. O godzinie 11 zrana odeszły wody przypadkowo podczas badania. W dwie godzin później przy pełnem rozwarciu ust macicznych L. kleszczami wydobyl donoszonego chłopczyka, lecz nieżywego. (Długość 50½ ctm.) Macica dobrze się skurczyła, lecz obfite krwawienie ze szyi macicznej, oraz znaczne pęknięcie krocza wymagały zastosowania lodu. Krocze okazało się rozerwanem po prawej stronie od linii pośrodkowej (włączając *sphincter*) i było zeszyte 5-ma drutami srebrnymi. Wyzdrowienie bardzo powolne, chora dopiero po dwóch tygodniach mogła usiąść w łóżku, a po dwóch miesiącach zaczęła się poprawiać na siłach. Puls wahał się pomiędzy 108 i 132; najczęstszy był trzeciego dnia po porodzie. Ciepłota w pierwszych dwóch tygodniach nie była niższą od 100° F., *maximum* osiągnęła 103,1° F. 12-go dnia. Do 4-go dnia chora nie utrzymywała moczu, do 14-go dnia nie utrzymywała stolca, do 4-go dnia groźne wzdęcie brzucha, pomimo, że przy każdej zmianie pozycji dużo wiatrów odchodziło. Do 6-go dnia lochia brudne, ropne, później obojętne. Macica do czwartego dnia przewyższała znacznie spojenie łonowe, inwolucja była dosyć prawidłową, po dwóch tygodniach macica schowała się za spojeniem łonowem. Obfite wypływy ropne z pochwy objaśniały się rozdarciem szyi macicznej. Górne szwy krocza wypadły same już trzeciego dnia po porodzie, po zdjęciu dolnych dnia 7-go okazało się, że rana tylko częściowo się zagoiła, mianowicie tylko w dolnej połowie. Dnia 18 zbadano chorą *per vaginam*. Palec wprowadzony do kiszki stolcowej na wysokości 1¼ cala powyżej otworu odbytnicy ukazywał się w pochwie. Macica dobrze skurczona, leży w głębi miednicy. Z przebiegu ciepłoty i z pulsu widać, że sprawa ropna została ograniczoną i że nie spowodowała infekcyi ogólnej (? N). Przy odpowiedniej terapii chora wyzdrowiała, wśród warunków higienicznych jak najgorszych. Już po miesiącu LOMBARD stracił chorą z oczu i zobaczył ją ponownie do-

piero w roku 1885 w Lutym, gdy się zgłosiła do ambulansu wskutek zatrzymania peryjodów i bólów w czasie spodziewanego peryjodu. Stolce odchodziły przez 6 miesięcy *per vaginam*, później zaś drogą naturalną. Przy badaniu LOMBARD znalazł na tylnej ścianie pochwy bliznę zagojonej przetoki. *Uterus lateroretroversus*, macica prawidłowej wielkości, lecz niezupełnie ruchoma, tylna warga maciczna zniszczona, również brakuje lewej połowy przedniej wargi. W tydzień później LOMBARD jeszcze raz egzaminował chorą z kol. GREEN i wtenczas zanotował rozmiary następujące:

Wysokość 125 ctm.

Długość grzbietu 30 ctm.

Odstęp od biodra do stopy 82,0.

Obwód klatki piersiowej 74,9.

Obwód miednicy 69.

Odległość *cristarum oss. ilei* 25.

Odległość *spin. ant. oss. ilei* 22.

Odległość *trochant* 25,5.

Wymiary skośne miednicy 20.

Conjugata externa 15 (1).

Conjugata diagonalis 9 (1).

Wysokość spojenia łonowego 5 ctm.

Nachylenie miednicy zmniejszone.

Conjugata vera 7 (od spojenia łonowego do najbliższego punktu tylnej ściany miednicy).

Odległość *spinarum post. ossium ilei* 14,5.

Odległość *tuberum oss. ischii* 10 ctm.

Zdaje mi się, że przy mierzeniu miednicy zaszły pewne pomyłki, że miary nie są dokładne; odstępn *spin. post. oss. ilei* naprzykład, w porównaniu do innych wymiarów poprzecznych zewnętrznych miednicy wielkiej, z pewnością jest za duży. Uderzającą jest niskość ciała, ważnym jest stosunek szerokości miednicy w stosunku do wielkości odstępu *trochanterum*, stosunek odstępu *trochanterum* do wielkości odstępu *tuberum ossium ischii*, znacznie skrócona *conjugata vera*.

Poród donoszonego dziecka, zmarłego w trakcie tego aktu, u pierwiastki 26-letniej o miednicy zwężonej przez krę-

gozmyk trwał więc 23 godziny. „Delivery with forceps of a fully developed, dead, male child. Extensive laceration with subsequent sloughing of the cervix. Deep tear in the perineum which partially united, leaving a recto-vaginal fistula that subsequently healed of itself. Slow convalescence with moderately high and uniform temperature and pulse.“

Dalej LOMBARD rozbiera kwestyję rozpoznania w swoim przypadku i podaje dwa rysunki fototypowe, chociaż marnie wykonane, jednak przemawiające na korzyść jego dyjagnozy. Co do etjologii, widzi on przyczynę deformacji w upadku w trzecim roku życia. Co do terapii akuszerskiej, LOMBARD żąda sztucznego poronienia w początkach ciąży, przy donoszonej zaś ciąży — cięcia cesarskiego; w jego własnym przypadku w 7-ym miesiącu lub też później poród przedwczesny sztuczny byłby wskazanym, lecz chora dopiero w końcu ciąży się zgłosiła. Nie było więc innego wyboru jak cięcie cesarskie, kleszcze, obrót, albo kranijotomija. Stan matki nie wymagał cięcia cesarskiego, lecz jedynie stan dziecka; prognoza dla dziecka, byłaby najlepszą przy cięciu cesarskiem. Obrótu możnaby było dokonać, jeśliby rodząca zgłosiła się wcześniej, podczas gdy wody jeszcze nie odeszły, główka jeszcze nie wstąpiła do małej miednicy, lecz przypuszczalnie obrót byłby trudny ze względu na antewersyję macicy wskutek obwisłego brzucha. Pomimo, że LOMBARD wolałby obrót, niż wysoko nakładane kleszcze, nie widział jednak ścisłego wskazania do obrotu i wolał zachować się wyczekująco. Wynik podług jego mniemania przemawia za jego poglądem. Ponieważ zwężenie miednicy dotyczyło nie tylko wejścia, ale rozciągało się znacznie niżej jeszcze od wzgórza, szanse obrotu na tem znacznie straciłyby co do rokowania dla dziecka; z drugiej zaś strony matka więcej byłaby narażoną na pokaleczenia i infekcję septyczną, niż przy nałożeniu kleszczy, po zejściu główki do małej miednicy.

Perforacji główki L. nie wykonał, po pierwsze ponieważ stopień zwężenia miednicy takowej niekoniecznie wymagał, a powtóre dlatego, że nie miał absolutnej pewności co do śmierci dziecka.

Widocznie nie znał w swoim czasie prac moich, oraz SWEDELIN'A o kręgozmyku, dopiero po ogłoszeniu swego odczytu poznał prace moje i załączył do swego artykułu dodatek, w którym rozbiera dwie z nich w „Archiv für Gynaekologie“ pomieszczone, adoptując moje poglądy etjologiczne.

W roku 1885 czytałem w „Centralblatt für Gynaekologie“ Nr. 50, str. 798 — 799, sprawozdanie LUEHE'go z artykułu LOMBARD'A. LUEHE zgadza się z dyjagnozą LOMBARD'A, nazywa zaś kobietę ową karlicą, z jakiej racy, tego nie rozumiem, tembardziej, że sam LOMBARD karlicą jej nie nazwał. Wprawdzie wysokość 125 ctm., w porównaniu z innymi przypadkami kręgozmyku, jest niezwykle małą, lecz nie dowodzi to, aby Nelly O. była karlicą. LUEHE zwraca uwagę na niskie położenie miejsca rozdwojenia się aorty w miednicy, oraz na wymacalność *art. iliacarum commun. per vaginam* jako na symptom opisany przez SCHROEDER'A. Najprzód na objaw ten zwrócił uwagę nie SCHROEDER, lecz OLSHAUSEN, a powtóre symptom ten bynajmniej nie jest patognomoniczny dla kręgozmyku, lecz trafia się tak samo często przy każdej innej odmianie *pelveos obtectae*, rachitycznego pochodzenia lub w miednicy spondylizematycznej, co zresztą i teoretycznie łatwo się da zrozumieć.

Do tych trzech historyj choroby załączam czwartą własną, bardzo ciekawą, ponieważ dotyczy przetoki pęcherzowo-maciczno-pochwowej głębokiej, przy równoczesnem uszkodzeniu obu tylnych warg ust macicznych, oraz tylnej ściany pochwy. Spostrzeżenie to, o ile dotyczy przetoki, opisałem w pracy: „Casuistik von 165 Vesico-Uterinfisteln nebst Mittheilung von 29 einschlägigen Fällen aus der Harnfistelcasuistik der Warschauer gyniatischen Universitätsklinik des Docenten Dr. Med. Ludwik Adolf NEUGEBAUER nebst einem Arhange betreffend 13 Faelle von Fistula cervicis uteri laqueatica (Mutterhalsscheidengewölbe-Fistel), Arch. für Gynaekologie.“

Całkowicie spostrzeżenie to opisane jest w pracy: Rzadki okaz *Synechiae utero-sacralis sub partu acquisitae* i t. d., drukowanej w Gazecie lekarskiej 1893 r.

Pozwalam sobie przytoczyć tutaj odpowiedni ustęp z wyżej wymienionej pracy:

Maryjanna Opalka, żona wieśniaka z Góry Kalwaryi pod Warszawą, urodziła się w 1846 r. W młodszych latach cieszyła się zawsze zupełnem zdrowiem. Miesiączka zjawiała się w 15 roku prawidłowo i odtąd regularnie się powtarzała. W 18 roku wyszła zamąż i 8 dzieci rodziła aż do roku 1884, zawsze siłami natury. W 25 roku życia, w kilka miesięcy po drugim porodzie, miała nieszczęśliwy wypadek na szosie. Od owego czasu porody dawniej łatwe stawały się coraz trudniejsze, tak, że ostatnie dwoje dzieci urodziła nieżywe po 48-godzinnej pracy porodowej. Wszystkie dzieci rodziły się w położeniu czaszkowem. Wypadek przytoczony był następujący. Chora stała na wozie na szosie i pomagała mężowi zrzucać worki żytem napelnione, stała zaś na tylnym końcu wozu. Nagle konie pociągnęły i Opalka spadła z wozu na drogę, uderzając najprzód pośladkami, potem i głową o ziemię. Chora nie przypomina sobie już szczegółów owego traumatyzmu, ponieważ od owej chwili minęło już 14 lat. Tyle tylko pamięta, że od owego czasu stale cierpiała na bóle w krzyżu, że leżała jakiś czas w łóżku, lecz że już po 2-eh tygodniach bóle znacznie złagodniały. Żadnychnie pamięta zaburzeń ze strony kiszczi stolcowej, albo pęcherza, lub macicy, a jedynie przypomina sobie, że od owego czasu nie mogła już swobodnie się poruszać i chodzić, szczególnie nie była już w stanie czegokolwiek przed sobą nosić na rękach, ponieważ miała przy tem uczucie, jakby traciła równowagę i miała upaść. Pierwsze dwoje dzieci karmiła i nosiła na ramieniu, później zaś dzieci, dla wyżej wymienionej przyczyny, już nosić nie była w stanie. Dziś nie jest już w stanie tak jak dawniej pracować i chodzić swobodnie. Zawsze musi się trzymać cokolwiek pochyloną ku przodowi. Suknie jej stały się zadłgie, biodra zaczęły wystawać na boku pod kątem, oraz wytworzyło się w lędźwiach zagłębienie siodełkowate, bardzo wyraźne. Trudności porodowej pracy coraz więcej się wzmagały, szczególnie przy ostatniej ciąży bardzo dokuczala ciężarnej obwisłość brzucha, której dawniej nie miała. Rodziła w roku życia 20, 22 $\frac{1}{2}$, 25 $\frac{1}{2}$, 29 $\frac{1}{2}$, 33 i 38,

ostatni raz 11 Września 1884 r. W 4 dni po porodzie zauważyła, że mocz wycieka przez pochwę i 20 Września zapisała się dlatego do kliniki ś. p. Ojca mojego. Ojciec mój, którego uderzyła osobliwa postać tej kobiety, pokazał mi zaraz chorą, którą też wspólnie zbadaliśmy. Uderzającym dla mnie było to, że pierwsza chora, którą po powrocie z zagranicy w Warszawie miałem sposobność zbadać, była dotknięta kręgozmykiem, który naówczas jeszcze uchodził mylnie za tak arcyzradkie zбочenie. Wysokość kobiety 152 ctm. Odległość *bitrochanterica* 31,5, *bicristalis* 30,5, *bispinalis anterior superior* 27, *bispinalis superior posterior* 8, *biangularis cristarum Breisky* 15, *bituberalis* 7,0(!) ctm., *conjugata externa* 19,5, *conjugata diagonalis externa* 21,5 (od łuku łonowego do *processus spinosus* 5 kręgu lędźwiowego), wysokość spojenia łonowego 6 ctm., *diameter coccygo-subpubica* 8,0, *conjugata diagonalis spuria* 8,5, *conjugata* od łuku łonowego do kąta kręgozmyku 12, *conjugata obstetricia spuria* od górnego brzegu spojenia łonowego do punktu kręgosłupa najbliższego, mianowicie do spojenia czwartego z trzecim kręgiem lędźwiowym 6,5 cent. (Rozmiar mierzony *per parietes abdominis*, wtlaczając palce pomiędzy spojenie łonowe i kręgosłup; wypada dodać do tego rozmiaru grubość części miękkich). *Coccyx mobile* 5, *processus spinosus lumb.* V wystaje z tyłu na 2 ctm. po za *processus spinosus* 4 kręgu lędźwiowego, jak widać na rysunku. 5 *proc. spinosus* leży 0,5 ctm. powyżej środka linii łączącej obie *spinæ posteriores superiores ossium ilei*. Miejsce rozdwojenia aorty można dokładnie wymacać przez ściany brzuszne, leży ono bardzo nisko nad wejściem miednicy. „*Vorbergsglittwinkel*“ RITGENN'A, oraz boczne kąty sferyczne BREISKY'ego są bardzo wyraźne, tak, że rozpoznanie zdaje się być niewątpliwem. Względem różniczkowego rozpoznania od miednicy spondylizematycznej szczególnie ważną rękojmę daje 5-ty wyrostek ciernisty lędźwiowy, osobno wystający ku tyłowi. Na fig. 18 widać dobrze skrócenie grzbietu oraz fałdy: „*plicae thoraco pelvinae*“ wskutek opuszczenia się klatki piersiowej do wewnątrz miednicy („*Entássement du thorax dans le bassin*“) głęboką rynną wzdłuż lordotycznego zgięcia części kręgosłupa lędźwiowo-grzbieto-

wej, uniesienie barków ku górze i skrócenie szyi również wskutek owego *entâssement du thorax dans le bassin*. Fałdy poprzeczne odpowiadają żebróm. Kontury pośladków przedstawiają formę serca kartowego, *basis ossis sacri* wystaje szeroko z tyłu, *processus spinosus lumbalis* 5-ty wystaje z ty-

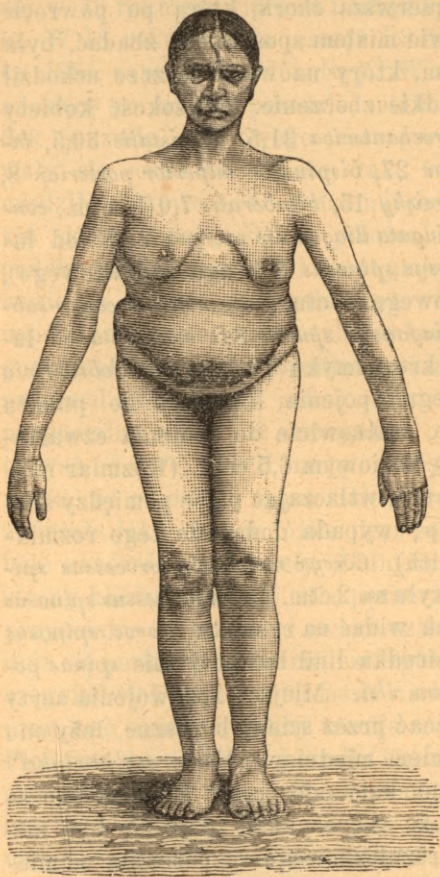


Fig. 4.

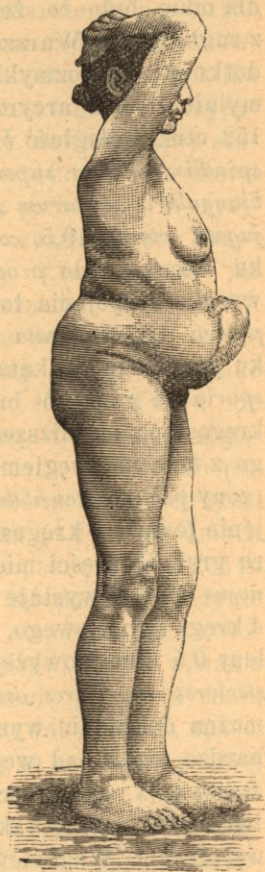


Fig. 5.

łu tak znacznie, że go osobno palcami objąć można. Na fig. 4, 5 i 7 w profilu widać obwisły brzuch, skrócenie tułowia, *plicae thoraco-pelvinæ*, wystawanie wyrostka ciernistego 5-go kręgu lędźwiowego, pochylenie tułowia ku przodowi, pionowy

kontur pośladków zamiast fizjologicznego zaokrąglenia; na fig. 5 w pełnym profilu widać, że chora musi ręką podnieść obwisły brzuch, aby dla oka udostępnić skierowaną ku przodowi wskutek zmniejszonego nachylenia miednicy *rimam vulvae*. Również na tym rysunku widać *plicae coelio-*

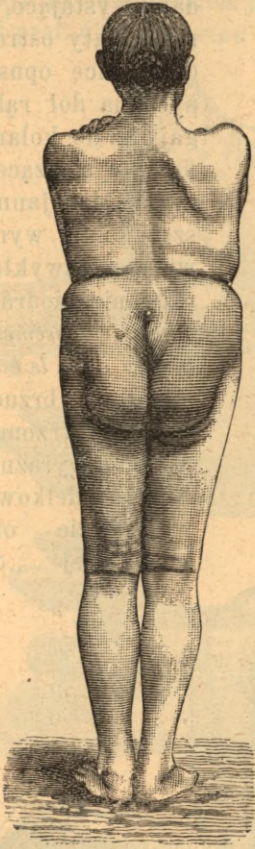


Fig. 6.

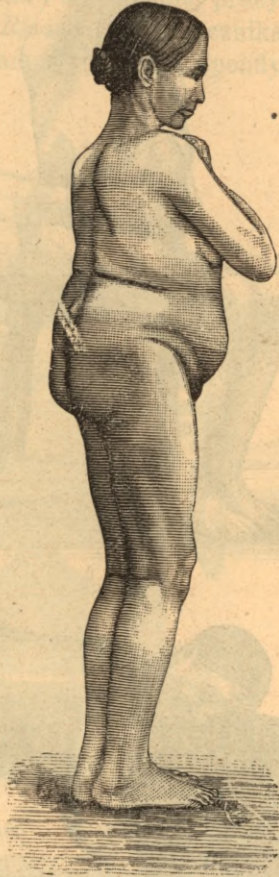


Fig. 7.

inguinales podwójne wskutek obwisłego brzucha („*Ventre en besace*, — *Haengebauch infolge von verminderter Beckenneigung*“); wyraźny jest i na tym rysunku pionowy kontur pośladków i skrócenie tułowia. Na fig. 4 *en face* widać napo-

zór za długie kończyny górne i dolne (wskutek znacznego skrócenia tułowia przez kręgozmyk), obwisły brzuch, oraz skierowanie *vulvae* ku przodowi, podwójne fałdy wyżej wymienione ponad pachwinami, dalej wystające, tworzące kąty ostre biodra; palce opuszczonych na dół rąk sięgają aż do kolan. Na fig. 8 w siedzącej pozycji Maryjanny O. szczególnie wyraźnie widać niezwykle wystawanie biodra oraz owe „*entâssement du thorax dans le bassin*,“ obwisłość brzucha i skrócenie trzonu. Na fig. 8 i 9 wyraźnie widać siodełkowate

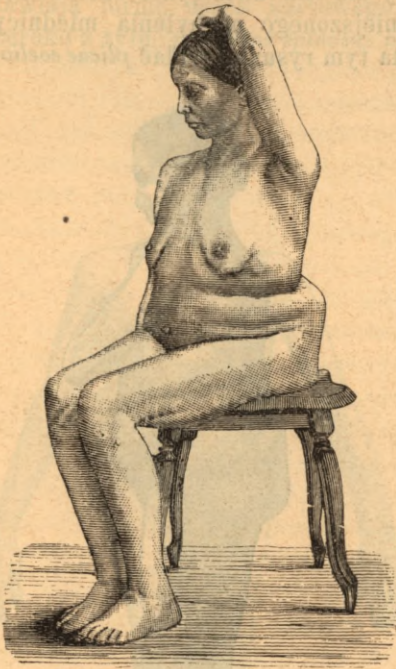


Fig. 8.

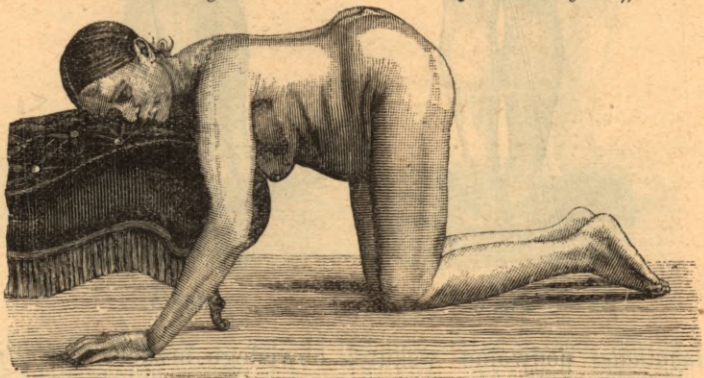


Fig. 9.

foermige Einsenkung“ „*ensellure lombosacrée*“ francuzkich autorów i wystawanie 5-go lędźwiowego wyrostka. Nie będę wcho-

dził dalej w szczegóły samego przypadku spondylolistezy, ponieważ kwestyję tę opracowałem dawniej i kilkakrotnie wyniki badań opisywałem; odwołuję się dziś do owych prac przeważnie w „Archiv für Gynaekologie“ od roku 1882 do 1891 ogłoszonych, dalej do rozprawy doktorskiej, w Dorpacie jeszcze wydanej 1880 roku i do ostatniej pracy o tej kwestyi, którą napisałem jako *Résumé* dla podręcznika aku-szeryi prof. CHARPENTIER w Paryżu (patrz: „Spondylolis-

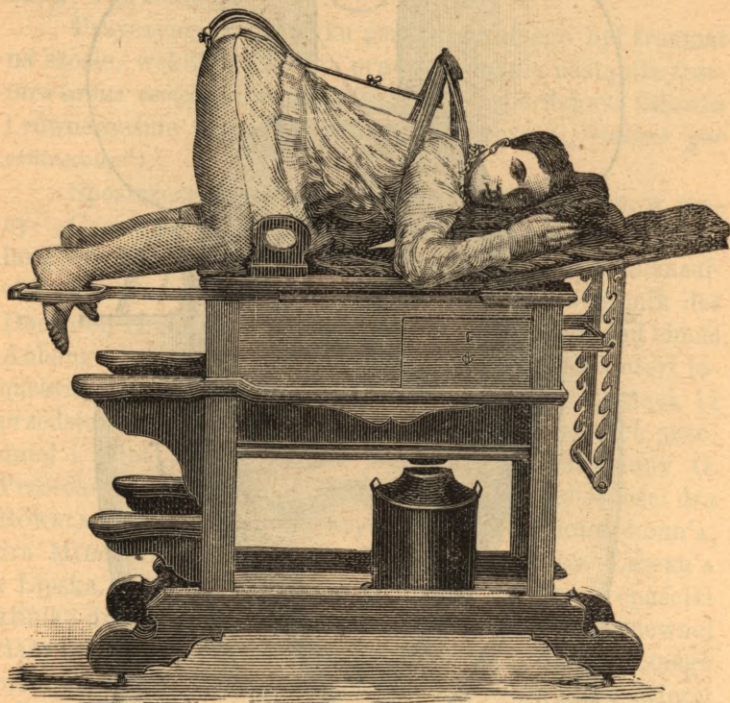


Fig. 10.

thésis et Spondylizème. Résumé des recherches littéraires et personnelles depuis 1880 jusqu'en 1892, Paris, Steinheil).

Wracam zaś do przetoki moczowej. Otóż znaleziono u Opałki *fistulam utero-vesico-vaginalem profundam* ze znacznem rozdarciem i częściowem zniszczeniem warg macicznych, szczególnie przedniej, oraz równocześnie *colobo-*

ma posticum oris uteri. Tylna warga maciczna była rozer-

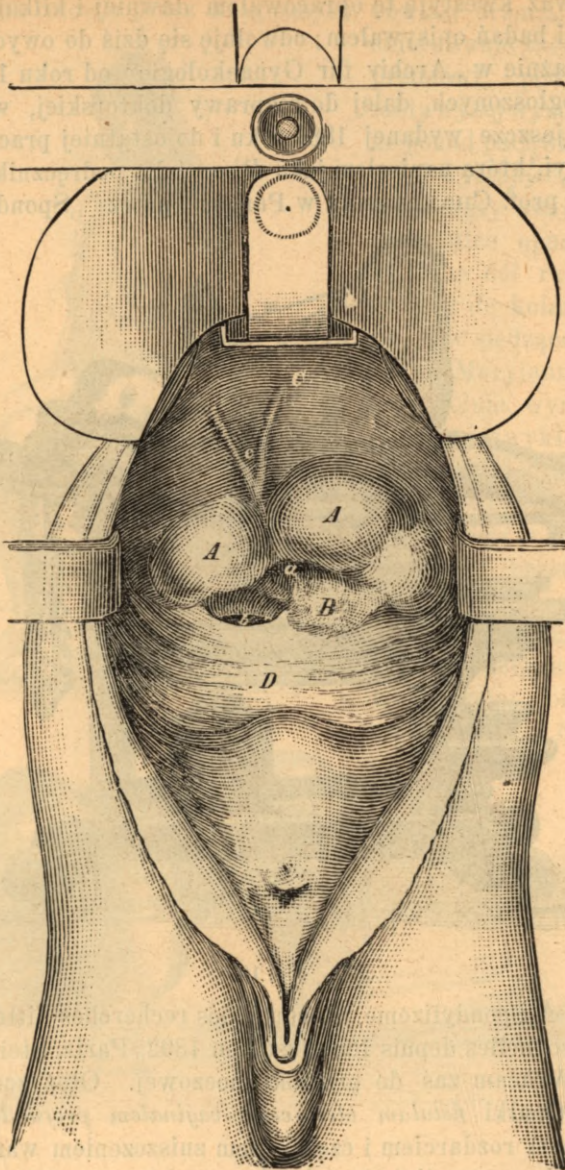


Fig. 11.

waną na dwie połowy, pomiędzy niemi widać było bliźnę, która w dalszym ciągu rozdwojona ginęła na kilka centymetrów niżej na tylnej ścianie pochwy, jak widać z rysunku (fig. 11). Rysunek, zdjęty przez mojego Ojca, po założeniu jego wziernika trójramiennego przy kolanowo-łokciowem położeniu chorej. *AA* resztki tylnej wargi macicznej, *B* resztki przedniej wargi. *D* przednia ściana pochwy, *b* przetoka.

Przyczyną kregozmyku przypuszczalnego był traumat na szosie, wskutek którego prawdopodobnie nastąpiła *fractura arcus vertebrae lumbalis V*, przy hyperfleksyi tułowia i równocześnie uderzeniu miednicy o szosę („*fracture par contrecoup*“).

Spostrzeżenie, co się tyczy przetoki, opisałem w pracy: „Casuistik von 165 Vesico-Uterinfisteln nebst Mittheilung von 29 einschlaegigen Faellen aus der Harnfistelkasuistik der Warschauer gyniatrischen Universitätsklinik des Docenten Dr. Med. Ludwig Adolf NEUGEBAUER und einem Anhang betreffend 13 Faelle von Fistula cervicis uteri laqueatica (Mutterhalsscheidengewölbe-fistel).“ Rysunek 11 przedstawia równoczesne uszkodzenia części miękkich przedniej i tylnej ściany kanału porodowego u Maryjanny O. Przetokę ś. p. Ojciec mój zaszył w klinice w obecności dra BOKELMANN'A, jednego z asystentów prof. SCHROEDER'A, dra MIECZKOWSKIEGO z Ciechocinka, oraz dra LESSER'A z Lipska. Chora, wyleczona ze swego kalectwa, opuściła klinikę dnia 1 Lutego 1885 roku. Na przypadek ponownej ciąży radziłem jej zgłosić się w połowie ciąży dla sztucznego przerwania jej, jeśli nie zechce ryzykować na nowo śmierci dziecka, albo narazić się na cesarskie cięcie. Rzeczywiście, w roku następnym O. ponownie zaszła w ciążę i przyjechała do mnie. Nie mając gdzie umieścić pacjentki, odwozłem ją do kliniki położniczej uniwersyteckiej, gdzie też wywołano sztucznie poronienie, jeśli się nie mylę w 5-m miesiącu ciąży. Ponieważ faradyzacja macicy, oraz podskórne wstrzykiwania pilokarpiny pozostały bez należytego skutku, stosowano kąpiele, irygacje gorące, oraz założono *tupelo* do szyjki macicznej, a następnie *bougie* elastyczne do macicy. Po odbyciu połogu O. dnia 5 Grudnia

1886 r. powróciła do domu; od owego czasu już żadnej wiadomości o niej nie miałem.

Spostrzeżenie tylko co opisane ciekawem jest: 1^o pod względem przypuszczalnego rozwoju kręgozmyku wskutek urazu, pod względem charakterystycznych symptomatów tej anomalii kształtu miednicy, dalej co do stopniowego powiększenia się trudności porodów, oraz charakterystycznej anamnezy; 2^o co do uszkodzenia szyi macicznej i pęcherza; co do koincydencji uszkodzeń przedniej i tylnej ściany *tractus genitalis*; 4^o co do koincydencji kręgozmyku z nietypowem zwężeniem miednicy wskutek wytworzenia się następczego przerostu okostnej i brzegów kostnych na wzgórzu i na brzegach spojenia łonowego.

Co do kilkakrotnie obserwowanych przy *pelvis e spondylolisthesi arcta* uszkodzeń krocza, nie będę tych przypadków pojedynczo wyliczał, a wskazuję dziś tylko na spostrzeżenia LOMBARD'A, oraz na poród przez WINCKEL'A obserwowany (F. WINCKEL: *Klinische Beobachtungen zur Dystokie durch Beckenenge*, Leipzig 1892, p. 45) u ciężarnej K. Rozpoznanie kręgozmyku było przezemnie postawione; WINCKEL pierwotnie nie chciał się zgodzić na moją dyagnozę, powtórnie zaś badając chorą wspólnie ze mną, skonstatował wyraźny kręgozmyk. Główka stanęła w ujściu miednicy i, pomimo silnych bólów, stan przez 3 godziny pozostawał niezmienny. Ponieważ rodząca zaczęła gorączkować i kał odchodził z pochwy, WINCKEL wy dobył główkę kleszczami. Krocze silnie obrzękłe naskutek ucisku, podczas wydobywania główki pękło centralnie, a zatem pomimo nacinań bocznych, przerwało się, włączając zwieracz kiszki stolcowej. Etyjologija tych uszkodzeń łatwo zrozumiała wobec, spowodowanej przez kręgozmyk, zmiany kształtów miednicy—lejkowatej, wraz z kombinacją ze zwężeniem nietypowem przez przerost brzegów kostnych, wytwarzające się przy kręgozmyku egzostozy i t. d.

Co do rozpoznania różniczkowego, przytaczam najprzód pracę Brunona FISCHER'A („Becken bei doppelseitiger Oberschenkelluxation“ — patrz: *Archiv f. Gynaekol.* 1885, Bd. XXV, S, 177 ss.). F. na stronie 359 podaje podobiznę kobiety przez niego opisanej, o miednicy zwęż-

żonej wskutek wrodzonego obustronnego zwichnięcia ud. Kształty takiej miednicy mają być bardzo podobne do kształtów miednicy rachitycznej, jeszcze więcej zaś, pisze F. na str. 360, mają być podobnymi do kształtów miednicy spondylolistetycznej. Powołuje się tutaj F. na rysunki podane przez WINCKEL'A, SWEDELIN'A i przezemnie. Zdanie FISCHER'A uważam za mylne i dlatego załączam tutaj



Fig. 12.

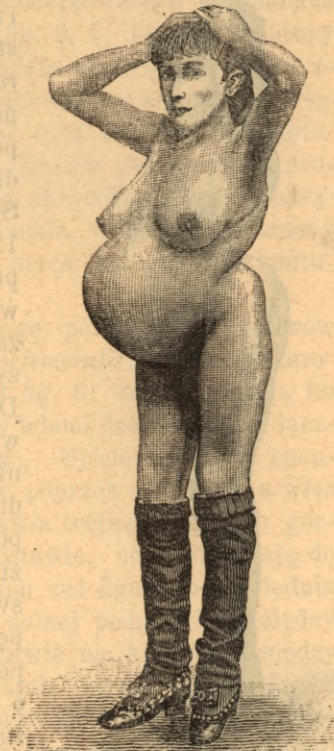


Fig. 13.

kilka rysunków, niemal typowych, własnych spostrzeżeń *luxationis coxarum iliace duplicis congenitae*. Upraszam czytelnika o porównanie tych rysunków z rysunkami Maryjanny Opalka (patrz fig. 4—9). Fig. 12—14 przedstawiają 29-letnią *1-gravidam* Idę S. we właściwym okresie ciąży. Już w 7-ym miesiącu ciąży (w Styczniu 1885 r.) Ida S. zgło-

siła się do mnie radząc się co do objawów uciskowych w okolicy wątroby, żółtaczkę, zaparcia stolca, duszności i t. d.; przeciw cierpieniom jej byłem bezwładny. *Tolle causam* — musiała urodzić dziecko i odrazu nastąpi ulga. Miednica bardzo wązka, spłaszczona, o znacznie powiększonym nachyleniu i odpowiednio powiększonej lordozie lędźwiowej, jak widać z profilu na fig. 14. Miednica o wejściu spłaszczonym, ujściu w poprzek rozszerzonym, o bardzo szerokim odstępie ud od siebie („*Intrafemoralspatium* — *Luftliniencontour*“) na kroczu (8 ctm.).

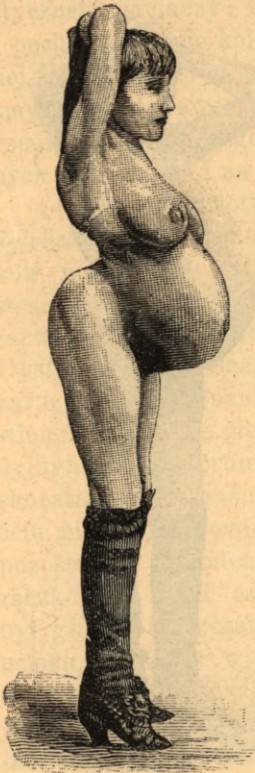


Fig. 14.

Wskutek powiększonego nachylenia miednicy rzekomy *venter propendens*. Skolioza komplikująca (patrz fig. 12). Wskutek bardzo znacznie powiększonej lordozy lędźwiowej wątroba zarówno przed rozwiązaniem, jak i po porodzie wskazywała znaczną dyslokację. Dolny brzeg wątroby można było wymacać na szerokość dłoni poniżej łuku żebrowego, cały przedni brzeg, a raczej całą przednią połowę wątroby po porodzie, można było przez ściany brzuszne swobodnie objąć ręką, również pęcherzyk żółciowy. Bóle rozpoczęły się o godz. 8-ej rano, o 10-ej już ujście macicy było zupełnie rozwarte, przerwałem wtedy pęcherz i ze względu na

ogólny stan rodzącej (silna *dyspnoea*) założyłem kleszcze (dnia 20 Marca 1885 r.). Urodziło się dziecko żywe, które matka sama karmiła przez cały rok. Połóg prawidłowy bezgorączkowy. Dnia 12 Maja macica wskazywała prawidłową involucję, wyniki palpacji co do wątroby pozostały niezmienione. *Trochant. 30, crist. oss. ilei 24, spin. a. s. oss. ilei 20 ctm.* Wysokość ciała 139 ctm. *Spin.*

post. sup. 6 ctm., *tuber.* 11, *conj. ext.* 17, *diagonalis* 11, *vera* 9 ctm., prosty wymiar ujścia miednicy 9 ctm. *Trochant. majores* dają się dokładnie wymacać nad pośladkami, przy chodzeniu zmieniają odpowiednio pozycję w stosunku do kości biodrowych („sie steigen beim Gehen alternierend an der Hüftschaukel auf und ab,“). Dla porównania z postacią Maryjanny Opalka zwracam uwagę na różnicę oryginalnej formy konturów grzbietu, siodełkowatego wklęśnięcia lędźwiowego w profilu (patrz fig. 5, 7, 14), na kontury przy miednicy luksacyjnej wszędzie zaokrąglone łukowato, gdy przy spondylolistezie odpowiednie kontury są więcej proste, tworzą kąty ostre ze sobą zamiast zaokrąglonych w pierwszych warunkach. Kontur pośladków w profilu wskazuje jakby spłaszczenie, skrócenie, o bokach okrągłych, przy spondylolistezie wysokie, w figurze 6 kontury pośladków przypominają formę serca kartowego o konturach więcej prostych.

Dalej zasługuje na uwagę porównanie konturów („Luftlinienkontur“) *spatii interfemoralis*; forma, szerokość owej przestrzeni (porównaj fig. 6: uda przylegają ku sobie, i fig. 12: odstęp pomiędzy udami dosyć znaczny łącznie z ustawieniem szerszem nóg). Ujście miednicy spondylolistetycznej jest znacznie w poprzek zwężone, a więc trójkąt pomiędzyudowy przedstawia trójkąt o ostrym górnym wierzchołku i dolnej podstawie, uda przylegają do siebie; przy miednicy luksacyjnej zaś figura odpowiednia przedstawia trapez o szerokiej dolnej podstawie pomiędzy stopami, wąskiej górnej podstawie na kroczu pomiędzy *tubera ischii*,—można tutaj wygodnie wsunąć obok siebie 2 do 3 palców pomiędzy udami, przy miednicy kręgozmykowej to się nie udaje. W profilu miednicy kręgozmykowej kontur siedzenia tylny jest pionowy, kontury grzbietu są prosto-pionowe, jeśli nie zwrócić uwagi na nachylenie tułowia połączone ze spondylolistezą bardziej rozwiniętą, przy miednicy zaś luksacyjnej kontury grzbietu są wszędzie łukowate, krzywe, tembardziej podczas daleko posuniętej ciąży (dla utrzymania równowagi tułów w tył przechylony). Przy spondylolistezie widzimy brzuch prawdziwie obwisły (*ventre en besace, Haengebauch*), tak, że w pro-

filu pomiędzy przednią (dolną) ścianą brzucha i spojeniem łonowem widać ostry kąt, znane fałdy (*plicae abdominopelvicæ*), przy luksacyjnej miednicy tego kąta nie widać, kąt nie jest ostry, lecz prosty, brzuch nie jest w ścisłym znaczeniu obwisłym, a więc wypukła się nazewnątrz wskutek więcej poziomego, powiększonego tutaj nachylenia miednicy, położenia tylnej ściany miednicy, przy kręgozmyku zaś nachylenia zmniejszonego o położeniu tylnej ściany miednicy więcej pionowem. W rysunku grzbietu przy kręgozmyku biodra występują nazewnątrz pod kątem, przy miednicy luksacyjnej zaś nie ma kąta, a widzimy zagłębienie zaokrąglone. Przy miednicy luksacyjnej zarówno jak przy rachitycznej ogólną cechą konturów jest łukowaty kształt, przy kręgozmyku zaś i miednicy spondylizematycznej (*kyphosis lumbosacralis*) kontury są więcej prostolinijne, tworząc kąty jedna z drugą. Uderzającym jest zupełnie odmienny stosunek proporcjonalny odległości od kolana do szpary sromowej, przy kręgozmyku normalny odstęp, przy miednicy luksacyjnej znacznie skrócony (wrzekome skrócenie ud) (patrz fig. 4—7, 12—19).

Stopień i kształty lordozy dorsolumbosakralnej są zupełnie odmiennie (nie zwracając uwagi na komplikującą skolozę pod fig. 12). Przy miednicy luksacyjnej *basis ossii sacri* wystąpiła ku przodowi i na dół, przedstawia się od tyłu patrząc, jakby wgłęb wsunięta pomiędzy zbliżonymi ku sobie tylnymi odcinkami *cristarum ossium ilei* (*prociencia, prolapsus, descensus promontorii*, aby tak powiedzieć *cum grano salis*), przy kręgozmyku zaś zmiany są wprost przeciwne, również jak i przy kifozie lędźwiowo-krzyżowej. Również uderzającą stanowi różnicę izolowane wystawanie cierniowego wyrostka ostatniego kręgu lędźwiowego, leżącego pomiędzy dwoma głębokimi rowkami podłużnymi z prawej i lewej strony, podczas gdy przy miednicy luksacyjnej wyrostki cierniste leżą ściśle jeden na drugim wskutek powiększonej lordozy lędźwiowej i tworzą przytem głęboko łuk otwarty ku tyłowi, zdradzający się dla oka przez jedną zagłębioną rynnę („*Lumbalrinne auf der Dornenreihe*“).

Ciekawem również jest porównanie przednich i tylnych konturów ud i konturów brzucha (pominąwszy stan ciężarny Idy S.), różnica jest uderzającą. Głównym warunkiem dla rozpoznania miednicy luksacyjnej ma się rozumieć jest dowód, że *trochanteres* opuściły linię ROSER'A i NELATON'A, łączącą *tubera ischii cum spina ant. sup. utrius-*



Fig. 1b.

que ossis ilei, czego nigdy nie znajdziemy przy kręgozmyku, albowiem kombinacyi obu cierpień dotychczas jeszcze nie spostrzegano ani razu. Lecz nie mówiąc już o tej ważnej różnicy, jest tyle innych warunków dla ścisłego rozpoznania obu zbroczeń, że pomyłki w dyjagnozie nie powinny się zdarzać. Miałem osobiście, wraz z kol. Romanem JASIŃ-

SKIM, sposobność badania chorej z Białegostoku o pozorach kręgozmyku, gdzie nawet przed obnażeniem ciała, t. j. przez

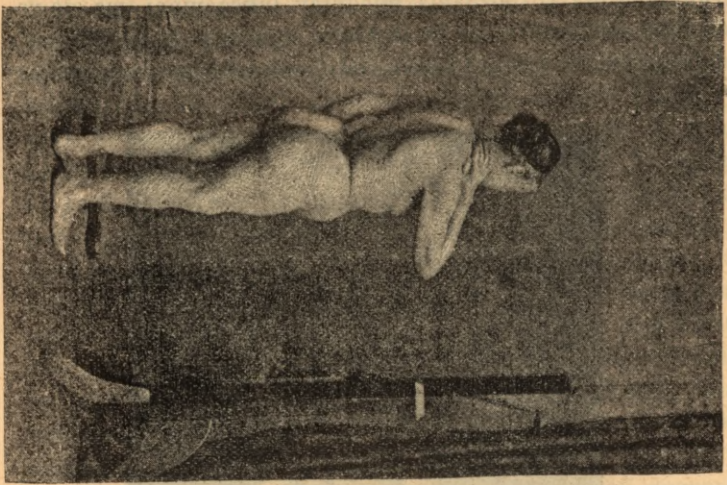


Fig. 16.

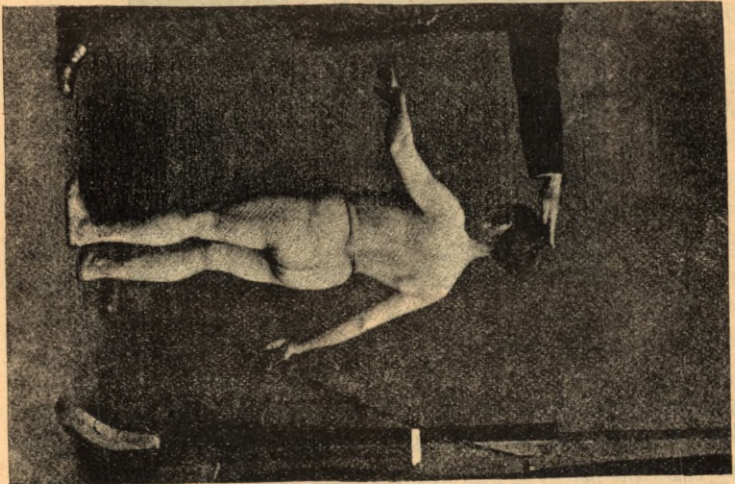


Fig. 17.

koszulę, rozpoznaliśmy zgodnie zwichnięcie obustronne ud. Szczegółowo rozebrałem tę kwestyję w innem miejscu. (Arch.

f. Gynaekologie, Bd XXII, Heft 3). Ponieważ fig. 12—14 przedstawiają ciężarną, dodaję tutaj dla porównania w różnych pozach (fig. 15—22) 8 rysunków kobiety nieciążarnej o miednicy zwężonej wskutek *luxat. congenit. iliac. fem. dupl.* Są to rysunki nieżyjącej już dziś, zmarłej wskutek



Fig. 18.

raka macicy, 47-letniej wyrobnicy Konstancyi Jankowskiej. (Patrz *Diarium Prae. red. propriae* Nr. 3499, dnia 21 Maja 1889 r.). K. J. rodziła 5-ro dzieci donoszonych żywych, a prócz tego 3 razy ronila. Ostatnie donoszone dziecko urodziło się 5 lat temu. Ostatni poród odbył się tak szybko, że zaledwie zdołano zawezwać akuszerkę. *Trochant.*

29, *crist.* 26, *spin. ant. sup.* 25, *spin. post. sup.* 7 ctm., odstęp kątów sigmoidalnych *cristarum ossium ilei* równa się 11 ctm. *Conjugata externa* 18 ctm. Wysokość ciała 145 ctm., wysokość spojenia łonowego 5 ctm. Odstęp *trochanterum* od ziemi 83 ctm., od szpary sromowej do podłogi 65,5 ctm.



Fig. 19.

Od Grudnia 1888 r. obfite białe upławy, aż do Marca 1889 r. peryjody regularne, obecnie od dwóch miesięcy krwawienia zupełnie nieregularne. *Carcinoma cervicis uteri* przeszło na *parametria*, oraz na pochwę. Ponieważ pora dla interwencji operacyjnej dawno minęła, musiałem ograniczyć się na symptomatycznym leczeniu; wkrótce śmierć wybawiła chorą od srogich cierpień.

Wszelkie objawy spostrzegane u Idy S., z wyjątkiem zmian przez ciążę wywołanych, znajdujemy i na rysunkach Konstancyi J. Oryginalną formę przedstawia okolica krzyżowo-lędźwiowa w profilu (patrz fig. 21). Gdy chora ugięła tułów ku przodowi, siedzenie jej zaledwie dosięgało



Fig. 20.

połowy wysokości mojego uda; pominąwszy niski wzrost chorej, objaśnia się to zwicnięciem obustronnem ud.

Ponieważ każdy opis postaci może tylko zyskać na rysunkach, pozwalam sobie dla porównania załączyć tutaj jeszcze kilka rysunków, powołując się na pracę moją: „Ein neuer Beitrag zur Casuistik und Aetiologie der Spondylolisthesis“ (Archiv für Gynaekologie, Bd. 22, Heft 3,

S. 384—386), specjalnie proszę porównać z obecnie przedstawionymi na fig. 15—19 rysunkami, szematy i objaśnienie.

Fig. 23 i 24 przedstawiają typowy okaz rachitycznej płaskiej miednicy, o sprzężnej (*conjugata vera*) zaledwie 6 ctm. mierzącej.

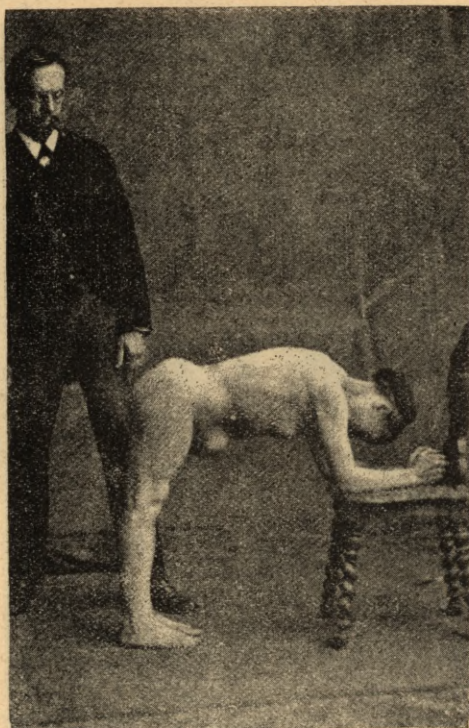


Fig. 21.

Zofija Pezak (ur. Eitler) żona niemieckiego kolonisty z pod Warszawy, urodziła się 29 lat temu przy pomocy ś. p. Ojca mego. Po dokonaniu obrotu na nóżkę przy ekstrakcyi musiał wydobyć główkę kleszczami. Otóż gdy obecnie Z. P. miała rodzić, matka jej pamiętając o własnym porodzie i pomocy przez Ojca mego udzielonej, przyjechała po mnie w nocy z 3 na 4 Maja 1885 r. Pezakowie mieszkali 4 wiorsty za miastem na drodze Górczewskiej.

Zastąłem na miejscu kol. WEISSELA. Rodząca znajdowała się w warunkach jaknajgorszych. Żał mi było żywe dziecko zabić, na cesarskie zaś cięcie nie chciałem się zdecydować w małej izdebce, gdzie zaledwie tyle było

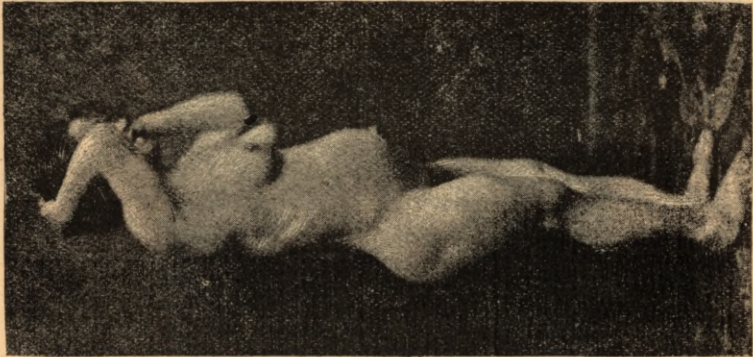


Fig. 23.

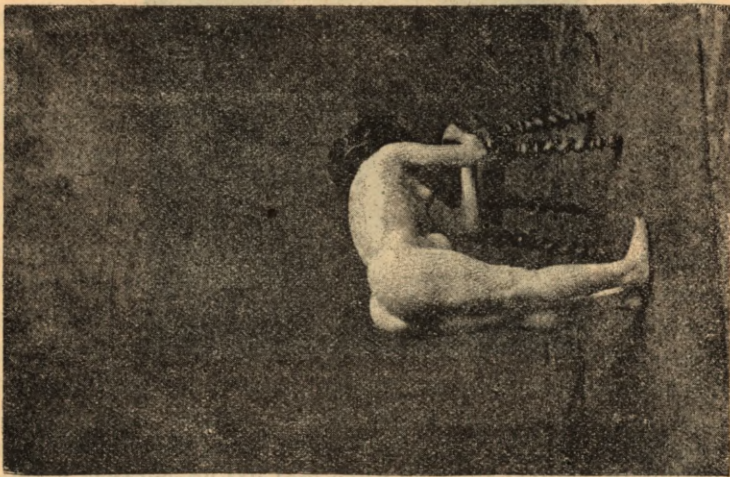


Fig. 22.

miejsca, aby pomiędzy ścianą i łóżkiem krzesło można postawić, pomijając brak światła, przygotowania do aseptyki, asystency i t. d. Obiecałem rodzącej żywe dziecko, jeśli zdecyduje się na operację w klinice. Po dwugodzinnych pertraktacjach z matką i jej sąsiadem, właścicielem wia-

traka za Wolskimi rogatkami, który stanowczo odradzał od każdej operacyi w klinice, „gdzie wszystkie kobiety umierają,“ nareszcie udało mi się namówić matkę, aby się zgodziła. Poszła więc do sąsiada po powóz no resorach; mijiała jednak godzina po godzinie, biedna pierwiastka wije



Fig. 24.

się z bólów, obawiam się pęknięcia macicy; wreszcie kazałem parobkowi założyć konie do wozu jaki był na miejscu, z kol. WEISSELEM wytapicerowaliśmy furę poduszkami i pierzynami jakie tylko były na miejscu i posadziliśmy chorą na wozie. Kol. W. po jednej stronie, ja po drugiej, jedną nogą na wozie, drugą nazewnątrz objęliśmy chorą każdy jednym ramieniem, dałem chorej napić się koniaku i jazda, krok za krokiem polnemi drogami do rogatek. Przy ro-

gatkach dopędziła nas matka na bryczce, krzycząc: „Nie pozwalam, zabijecie mi córkę!“ i t. d. W mgnieniu oka przy rogatkach zebrała się gromada ludzi — *tablau!* Pół godziny klóciłem się z matką dla zwalczenia powagi młynarza, nieomal byłbym już stracił cierpliwość. Nareszcie stanowczą groźbą cofnięcia się od chorej, zwalczyłem opór. Po przeszło dwugodzinnej wolnej jeździe, w mieście po żelaznym bruku, aby zmniejszyć o ile można trzęsienie, stanęliśmy przed kliniką. Zawiadomiłem w tej chwili prof. JASTREBOW'A, prosząc o bezwzględne przybycie w celu dokonania cesarskiego cięcia. Prof. JASTREBOW wobec tego, że wtedy jeszcze nie było w klinice urządzonej *ad hoc* sali operacyjnej, że aseptyka zdawała mu się być niedostatecznie zagwarantowaną, nie zdecydował się na cesarskie cięcie. Poród ukończono więc perforacją czaszki, czyli embryjotomią na żywym płodzie, z pomyślnym zresztą dla matki przebiegiem. — Po roku, o ile wiem, kol. KUNIEWICZ powtórnie musiał czaszkę perforować, przy trzecim porodzie zawezwał mnie kol. NAWROCKI do chorej zamieszkałej na wsi. Tym razem już do kliniki jej nie wozilem, a załatwiłem się na miejscu perforacją czaszki żywego dziecka. Wrazie ponownej ciąży obstawałem, jeśli rodzina na cesarskie cięcie się nie zgodzi, na wywołanie poronienia, albowiem szanse dla dziecka przy sztucznem wywołaniu porodu przedwczesnego były również niekorzystne. Rzeczywiście też wkrótce zaszła Pezakowa w ciążę, lecz daremnymi były słowa przestrogi lekarza, daremną przestrogą cierpienia przy poprzednich porodach. Zofija P. doczekała się końca ciąży i, jak słyszałem później, zmarła po porodzie operacyjnie ukończonym. Gdzie odbyła poród, czy u siebie w domu, czy w zakładzie, tego nie wiem; walkę z utrudnieniem fizycznym porodowym przez zwężenie miednicy, zwyciężyliśmy, lecz walka z ciemnotą, aby nie powiedzieć kretynizmem umysłowym obojga małżonków P., wypadła dla nas niepomysłnie. Rodząca przy czwartym porodzie padła ofiarą *stenosis pelvis* i głupoty. (Patrz „Diar. Praxeos Med. Propriae“ 1885, Nr. 187 i 1888 Nr. 2645, dnia 21 Marca).

(D. c. n.)

Z INSTYTUTU ANATOMII PATOLOGICZNEJ PROF. W. BRODOWSKIEGO
W WARSZAWIE.

PRZYCZYNEK DO NAUKI
o własnościach ropotwórczych lasecznika tyfusowego.

Podali

Władysław Janowski i Zdzisław Dmochowski.

asyst. oddz. chor. wewn.

pom. pros. anat. patol.

Niniejsza notatka stanowi nieznaczny tylko wyjątek z pracy naszej nad działaniem ropotwórczem lasecznika tyfusowego. Całość mamy nadzieję w ciągu roku przyszłego ogłosić. Wtedy też podamy rys historyczny obchodzącej nas tu kwestyi, dokładny opis sposobów wykonywania różnych seryj doświadczeń, opis metod, jakimi doświadczenia nasze kontrolowaliśmy, oraz ostateczne wyniki naszych poszukiwań i zapatrywanie nasze na to, jaki jest stosunek lasecznika tyfusowego do spraw ropnych wogóle.

Praca niniejsza ma na celu wykazanie jedynie, o ile lasecznik tyfusowy ma lub nie ma własności wywoływania spraw ropnych w tkance podskórnej.

W celu wyjaśnienia tej kwestyi podajemy tu wyniki doświadczeń naszych, na psach i królikach prowadzonych.

Wszystkie doświadczenia wykonywaliśmy w ten sposób, że szczepiliśmy zwierzętom zapomocą rurek szklanych, których ostry koniec odłamywaliśmy pod skórą dopiero po wprowadzeniu go tam zwierzętom, bełtanki wodne laseczni-

ków tyfusowych. W tym celu do hodowli żelatynowej na płaszczyźnie wlewaliśmy 1 cm. wyjałowionej wody przekrojonej i z powstałej w ten sposób bełtanki braliśmy do jednego doświadczenia połowę. Początkowo nie zwracaliśmy uwagi na to, które pokolenie pasorzytów szczepiliśmy zwierzętom. Gdy jednak szereg tego rodzaju szczepień, dokonanych zarówno na psach, jak i na królikach, dał nam wyniki zupełnie ujemne, szczepiliśmy czystą hodowlę lasecznika tyfusowego pod skórę lub w mięśnie psów, zabijaliśmy je po dobie lub po dwóch, wyhodowywaliśmy ze szczepionego miejsca (bez względu na stan jego) na nowo lasecznik tyfusowy i dopiero tak otrzymane pierwsze lub drugie pokolenie tego pasorzyta szczepiliśmy zwierzętom w sposób powyższy pod skórę. Przekonaliśmy się przytem, co zresztą o innych pasorzytach z poszukiwań literackich wiedzieliśmy, że takie świeżo z organizmu zwierzęcego wyhodowane pasorzyty są jadowitsze od wielokrotnie przeszczepianych.

Ta różnica w działaniu pasorzytów rozmaitego pochodzenia wystąpiła najbardziej w doświadczeniach naszych, przeprowadzonych na królikach. Okazało się, mianowicie, że podczas gdy wielokrotnie przeszczepiony lasecznik tyfusowy wywołuje u nich ropienie tylko w razach wyjątkowych, ten sam pasorzyt, wyhodowany z tkanki podskórnej szczepionego nim psa, wywołuje u królika ropienie prawie zawsze.

Przechodzimy jednak do opisu naszych doświadczeń i do przytoczenia w krótkości ich wyników. Opis nasz zaczynamy od doświadczeń na psach.

Doświadczenie 1. D. 23 VII 1892 r. zastrzyknięto psu $\frac{1}{2}$ hodowli pałeczek tyfusowych, rozwiniętej na płaszczyźnie żelatynowej.

D. 24. VII Na miejscu zastrzyknięcia guzowatość, mająca około 4 cm., nie chęłbocząca, mało bolesna.

D. 26. guzowatość mniejsza.

D. 1 VIII guz rozszedł się zupełnie.

Po 20-dniowej obserwacji pies pozostał zdrowym.

Doświadczenie 2. D. 23 Sierpnia. Wykonano je identycznie z Nr. 1.

Po 2 dobach pies zdechł. Żadnych zmian na miejscu zastrzyknięcia nie spostrzeżono. Po rozcięciu znaleziono nieznaczne przekrwienie tkanki podskórnej i przylegających mięśni. Badań mikroskopowych nie przeprowadzono.

Doświadczenie 3. D. 25 Lipca. Wykonanie identyczne z Nr. 1.

Psa obserwowano przez 20 dni; żadnych przytem zmian na miejscu szczepienia nie zauważono.

Doświadczenie 4. D. 24 Lipca. Wykonanie identyczne z Nr. 1.

Psa obserwowano przez dni 14; żadnych zmian na miejscu zastrzyknięcia nie zauważono.

Doświadczenie 5. D. 28 Sierpnia. Wykonanie identyczne z Nr. 1.

D. 1 Września. Na miejscu zastrzyknięcia niewielki infiltrat mało bolesny.

D. 3. Infiltrat został wessany. Pies był pod obserwacją jeszcze przez dni 14 i pozostał zdrowym.

Doświadczenie 6. D. 28 Sierpnia. Wykonanie identyczne z Nr. 1.

Pies był pod obserwacją przez dni 14; w miejscu szczepienia żadnych przytem zmian nie zauważono.

Doświadczenie 7. D. 28 Sierpnia. Wykonanie identyczne z Nr. 1.

Pies zdechł w nocy; na miejscu zastrzyknięcia wykryto bardzo znaczne przekrwienie. Bliższych badań nie przeprowadzono.

Doświadczenie 8. D. 14 Września. Wykonanie identyczne z Nr. 1.

Pies był pod obserwacją przez 26 dni; żadnych przytem zmian nie zauważono.

Doświadczenie 9. D. 13. Września. Wykonanie identyczne z N. 1.

D. 15. Na miejscu zastrzyknięcia zauważono dość znaczny obrzęk i nacieczenie. Nacieczenie to powiększało się w przeciągu 6 dób. W końcu utworzył się guz, który doszedł mniej więcej do wielkości małego jaja kurzego. Chełbotanie było bardzo niewyraźnem. Ponieważ siódme-

go dnia napięcie skóry i elastyczność guza zmiejszyły się, więc

D. 21. Psa zabito. Po rozcięciu okazało się, że tkan-ka podskórna jest mocno nacieczona, zgrubiała, nieco przeświecająca, twarda i jakby obrzękła. Z powierzchni rozkroju wypływa nieco przezroczystego, lekko na kolor krwi zabarwionego, gęstego płynu, który ciągnie się w dość długie nici. Płynu ten zeszkrobano z powierzchni rozkroju i rozlano w żelatynie na płytkach; po trzech dobach płytki pozostały jałowemi. Wypływający płyn roztarto na szkiełkach i badano pod mikroskopem. Znalezione w nim niewielką ilość krążków krwi i bardzo mało ciałek ropnych. Laseczników tyfusowych w nim nie znaleziono. Wycięte kawałki tkanki poddano badaniu mikroskopowemu.

Nie wykryto w nich przytem ani znacznego nacieczenia, ani nekrotyzacyi, ani obecności pasorzytów w przestworach limfatycznych. Stwierdzono tylko dość znaczne rozszerzenie tych ostatnich w wielu miejscach. Zawartość ich stanowiła masa bez budowy, zawierająca nieco ziarenek i gdzie indziej białe ciałko krwi.

W powyższych doświadczeniach postugiwaliśmy się jedynie wielokrotnie przeszczepianemi hodowlami lasecznika tyfusowego. Uwagę zwracaliśmy tylko na to, żeby użyta do doświadczeń hodowla nie była starszą nad 6—8 dni. Ujemne wyniki tych doświadczeń skłoniły nas do przerobienia na psach doświadczeń z hodowlami, przeprowadzonymi przez organizm psa w sposób powyżej zaznaczony. Wyniki tych doświadczeń były następujące.

Doświadczenie 10. D. 18 Grudnia psu zastrzyknięto pod skórę wodną bełtanę, zrobioną z połowy hodowli laseczek tyfusowych na płaszczyźnie żelatynowej. Pasorzyty były w drugim pokoleniu.

Psa obserwowano w przeciągu czterech dób; żadnych przytem zmian w miejscu szczepienia nie zauważono. Piątego dnia psa zabito chloroformem. Na miejscu zastrzyknięcia znaleziono nieznaczne przekrwienie. Gruczoły pachowe z tej strony były mocno obrzękłe; z powierzchni rozkroju zeszkrobano łopatką nieco płynu i zaszczipiono go na żelatynie. Po trzech dobach płytki pozostały jałowemi.

Doświadczenie 11. D. 15 Grudnia. Wykonanie identyczne z Nr. 10.

Psa zachloroformowano po 10 dobach. Żadnych przedtem zmian nie spostrzegano. Wyniki identyczne z Nr. 10.

Doświadczenie 12. D. 18 Grudnia. Wykonanie identyczne z Nr. 10.

Psa zachloroformowano po 12 dniach. Żadnych zmian w szczepionem miejscu nie zauważono. Wyniki identyczne z Nr. 10.

Doświadczenie 13. D. 18 Grudnia. Wykonanie identyczne z Nr. 10.

Wyniki również takie same.

A zatem podskórne szczepienia laseczników tyfusowych przerobiliśmy na psach 13 razy. Ropienia nie otrzymano przytem ani razu.

Ogółem z tych 13 szczepionych psów

Wyzdrowiało 6.

Zdechło 2.

Zabito 5.

Z 6 psów, które wyzdrowiały, u 2 spostrzegano na drugi lub trzeci dzień niewielkie guzowatości, które szybko się rozeszły. U 4 żadnych zmian nie zauważono.

Z 2 psów, które zdechły, jeden padł na 3-ci dzień, drugi na 2-gi. Na miejscu zastrzyknięcia znaleziono jedynie przekrwienie. Bliższych badań nie przeprowadzono.

Z 5 psów, których zabito, zabijano na 5, 6, 10, 12, 20 dzień.

W jednym tylko przypadku, mianowicie u psa zabitego na 6-ty dzień, znaleziono mocne surowicze wysiękowe zapalenie tkanki podskórnej. U pozostałych czterech znaleziono na miejscu zastrzyknięcia jedynie przekrwienie. W tych pięciu przypadkach przeprowadzono badania bakteriologiczne.

Nie udało się nam jednak ani razu wyhodować pasorzyców z płynu, zeszkobanego zapomocą jałowej łopatki platynowej z powierzchni rozkroju tkanki podskórnej. Nie znaleźliśmy ich również przy badaniu mikroskopowem tkanki,

stanowiącej istotę spostrzeganej za życia zwierzęcia guzowatości. Widocznie więc laseczniki tyfusowe ulegają u psów wessaiu z tkanki, do której je szczepiono, dość szybko, gdyż po 5-iu dniach już śladu ich obecności wykazać dostępnymi nam sposobami niepodobna. Należy w tem upatrywać jedną z przyczyn, dla której laseczniki tyfusowe u psów w tkance podskórnej ropienia nie wywołują. Na to bowiem, by pasożyty mogły swoje działanie miejscowe na daną tkankę przejawić, trzeba, aby mogły na nią pewien czas działać. W rozbiór innych przyczyn, dla których laseczniki tyfusowe mogły w naszych przypadkach działania ropotwórczego nie przejawić, wchodzić tu nie będziemy, odkładając to do czasu ogłoszenia całkowitej naszej pracy. Tu zaznaczyć musimy tylko jedno. Miauowicie, że widocznie psy, jako takie, są odmianą zwierząt, której tkanki ulegają pod wpływem laseczników tyfusowych ropieniu trudniej, niż tkanki innych zwierząt. Nie można więc bynajmniej, na zasadzie ujemnych wyników doświadczeń na nich, twierdzić, że lasecznik tyfusowy wogóle ropienia w tkance podskórnej wywoływać nie może. Przeczą temu, między innymi, nasze doświadczenia, przeprowadzone z lasecznikiem tyfusowym tego samego pochodzenia na królikach.

Początkowo szczepiliśmy królikom pod skórę również hodowle laseczników tyfusowych, wielokrotnie przeszczepiane, zwracając uwagę tylko na wiek szczepionej hodowli, który wahał się między 5-ma i 9-ma dniami.

Na 10 wykonanych tego rodzaju doświadczeń wynik był następujący: 2 króliki zdechły nazajutrz po dokonaniem im szczepieniu, 7 królików pozostało przy zupełnem zdrowiu, pomimo iż obserwowaliśmy je pilnie przez 20—32 dni. Po tym czasie zachloroformowaliśmy je, a dokonana na nich wtedy sekcyja nie wykryła nigdzie ani zbiorowiska ropy, ani wogóle jakiejś innej sprawy zapalnej. Wynik więc dziewięciu doświadczeń był zupełnie ujemny. Dopiero dziesiąte dało wynik następujący.

Doświadczenie 10. D. 25 XI 1892 r. wykonano doświadczenie.

26. }
 27. } Zmian na miejscu szczepienia niema.
 28. }

29. Na miejscu zastrzyknięcia wyczuwamy małe zgrubienie tkanki podskórnej.

30. Bez zmiany.

31. Zgrubienie nieco większe, mniej elastyczne, jakby nieco ciastowate.

1 Grudnia. Bez zmiany. Królika zabito. Na sekcji znaleziono co następuje. Naokoło odłamanej rurki na przestrzeni mniej więcej 12 ctm. kw. znajduje się w tkance podskórnej ropa. Jest ona gęstą, prawie konsystencyi twarogu, bardzo blado-żółtą. Tkanka podskórna, otaczająca ropień, oraz mięśnie, na których leżał ropień, były przekrwione, lecz bardzo mało nacieczone. Wogóle granice ropnia były ostro zakreślone.

Ropę roz tarto na szkiełkach i barwiono płynem LOEFFLER'A, przyczem nie znaleziono w niej żadnych pasorzytów. Ropę rozlano na płytkach w żelatynie. Po 5 dniach płytki pozostały jałowemi. Część ściany ropnia zatopiono w parafinie i poddano badaniom mikroskopowym. Okazało się przytem, że tkanka, otaczająca ropień, jest bardzo mocno nacieczoną ciążkami ropnemi, przestrzenie jej limfatyczne są znacznie rozszerzone. W nich właśnie znajdują się infiltrujące tkankę leukocyty. Obok nich widać miejscami nieznaczną ilość czerwonych krążków krwi. Pasorzytów nigdzie w tkance znaleźć nie mogliśmy.

Otrzymawszy taki wynik zastrzykiwania pod skórę królikom, wielokrotnie przeszczepianych hodowli lasecznika tyfusowego, postanowiliśmy sprawdzić działanie lasecznika tyfusowego tego samego pochodzenia po przeprowadzeniu go przez organizm zwierzęcy. W tym celu szczepiliśmy psu pod skórę $\frac{1}{2}$ ctm. bełtanki wodnej hodowli agarowej lub żelatynowej lasecznika tyfusowego, zabijaliśmy go po 1 lub 2 dobach i otrzymane wtedy ze szczepionej jego tkanki hodowle, przeszczepiając jeden tylko raz, zastrzykiwaliśmy królikom pod skórę w taki sam sposób, jak to robiliśmy we wszystkich innych doświadczeniach. Wyniki tych doświadczeń były następujące:

Doświadczenie 11. 21 Listopada. Wykonano doświadczenie. Zastrzyknięto pod skórę $\frac{1}{2}$ ctm. bełtanki wodnej żywej hodowli agarowej w drugim pokoleniu.

22 Listopada. Na miejscu zastrzyknięcia niewielki guz elastyczny, nie chęłbocący.

24 Listopada. Elastyczność zgrubiałego miejsca zmniejszyła się; stało się ono nieco ciastowatę.

25 Listopada. Bez zmiany. Królika zabito.

Po rozcięciu guza widać, że cała tkanka podskórna naokoło rurki jest obrzękłą, bardzo mocno przekrwioną; w wielu miejscach nastąpiły drobne wylewy krwi. Odłamany koniec rurki otoczony jest małemi blade-żółtęmi grudkami, konsystencyi mas serowatych. W otaczającej tkance widać kilkanaście drobnych ognisk blade żółtych, z których jednak nic się nie wyciska.

Grudki, znalezione obok rurki, roz tarto na szkiełkach i poddano badaniom mikroskopowym. Okazało się, że jest to typowa ropa; pasorzytów jednak w niej nie znaleziono. Też same grudki rozmieszano z żelatyną i rozlano na płytkach. Po trzech dniach rozwinęło się kilka kolonij lasecznika tyfusowego. Innych pasorzytów nie było. Tkankę poddano badaniom mikroskopowym. Znalezione w niej przytem obfite nacieczenie drobnokomórkowe, znaczne rozszerzenie przestrzeni limfatycznych, oraz kilka ognisk, w których tkanka uległa nekrotyzacyi. W miejscach tych i naokoło nich nacieczenie było najsilniejsze. Laseczników, pomimo starannych poszukiwań, nigdzie w ścianie ropnia znaleźć nie mogliśmy.

Doświadczenie 12. 21 Listopada. Wykonano zastrzyknięcie identyczne z Nr. 11.

D. 22. Na miejscu zastrzyknięcia wyniosłość na przestrzeni mniej więcej 16 ctm.

D. 23. Wyniosłość zmniejszyła się.

D. 24. Na miejscu zastrzyknięcia wyczuwa się guzik wielkości orzecha, laskowego zupełnie elastyczny.

D. 26. Guzik stał się twardszy, mniej elastyczny, nieco ciastowaty.

D. 27. Bez zmiany. Królika zabito. Po przecięciu guza okazało się, że jest on wypełniony niewielką ilością

ropy blado-żółtej, bardzo gęstej. Ropy było około 3 ctm. sz. Otaczająca tkanka podskórna była mało obrzękniętą, mocno nacieczoną. W ropie przy badaniu na szkiełkach znaleziono bardzo wiele pałeczek tyfusowych. Rozlano ją w żelatynie na płytkach. Po trzech dniach rozwinęła się wielka ilość kolonij laseczek tyfusowych. Tkanę, otaczającą ropień, zatopiono w parafinie i poddano badaniom mikroskopowym. Znaleziono pośród znekrotyzowanej tkanki bardzo mocne nacieczenie ciążkami ropnemi. W wielu miejscach znaleziono laseczki tyfusowe, leżące w przestworach limfatycznych. Zauważyć należy, że w tych miejscach, gdzie ropienie było zupełnem, czyli tam, gdzie tkanka była zupełnie rozpuszczoną, pasorzytów nie znajdowano lub znajdowano ich mało. Główna ich masa leżała w tkance słabo jeszcze nacieczonej.

Doświadczenie 13. 21 Listopada. Wykonano zastrzyknięcie identyczne z Nr. 11.

D. 22. Na miejscu zastrzyknięcia obrzęk bardzo nieznaczny.

D. 25. Na miejscu zastrzyknięcia guz wielkości włoskiego orzecha, mocno napięty.

D. 27. Guz jeszcze twardszy.

D. 28. Bez zmiany.

D. 29. Królik zdechł. Po rozcięciu skóry znaleziono ropień, zawierający około 3 ctm. sz. gęstej, blado żółtej ropy. Badanie mikroskopowe ropy wykryło w niej dużo pałeczek. Rozlano ją na płytkach żelatynowych. Po trzech dniach rozwinęły się same tylko kolonije laseczek tyfusowych. Tkanę poddano badaniom mikroskopowym. Stwierdzono zmiany jej, identyczne z opisanymi w doświadczeniu Nr. 12.

Doświadczenie 14. 21 Listopada. Wykonano zastrzyknięcie identyczne z Nr. 11. Na drugi dzień uformował się na miejscu szczepienia guzik; po trzech dniach wielkość jego była już bardzo znaczna, ale napięcie ścianek jeszcze bardzo wielkie. Mięknąc w ciągu dni następnych, guz stał się po tygodniu ciastowatym.

Dziesiątego dnia, t. j. 2 Grudnia królika zabito. Na miejscu zastrzyknięcia wyczuwał się wtedy guz wielkości

mniej więcej miedzianej dziesiątki, grubości około $1\frac{1}{2}$ ctm. Po rozcięciu jego znaleziono pośród mocno przekrwionej, lecz nie obrzękłej tkanki ognisko wielkości laskowego orzecha, blado szare, rozmiękle. Ropa jednak nie wypływała. Metalową łopatką zebrano trochę mętnego, gęstego płynu. Zbadano go pod mikroskopem i rozlano w żelatynie na płytkach. Płyn ten okazał się ropą, w której pod mikroskopem laseczek tyfusowych nie znaleziono. Na płytkach rozwinęły się jednak kolonije laseczników tyfusowych. Tkanke wzięto do badań mikroskopowych. Znaleziono pośród znekrotyzowanej tkanki, bardzo mocno nacieczonej, wielką ilość pałeczek tyfusowych.

Doświadczenie 15. D. 21 Listopada. Wykonano zastrzyknięcie identyczne z Nr. 11.

Przez pierwszych kilka dni spostrzegano zmiany identyczne z doświadczeniami poprzednimi. — Jedenastego dnia guzik, który przedtem był ciastowatym, stał się nieco większym. Trzynastego dnia fluktuacja była zupełnie wyraźną. Czternastego dnia t. j.

6 Grudnia. Królika zabito. Po rozcięciu skóry znaleziono ropień długości 7 ctm., szerokości 5 ctm., z którego wypłynęło około 15 ctm. sześć. blado-żółtej, bardzo jasnej, gęstej ropy. Przeprowadzono też samo badanie, co w doświadczeniach poprzednich. W ropie pod mikroskopem pasorzytów nie znaleziono. Na płytkach rozwinęła się po trzech dniach wielka ilość kolonij tyfusowych.

W tkance zmiany, jak w przypadkach poprzednich. Laseczników znaleziono w niej wielkie ilości.

Doświadczenie 16. D. 21 Listopada. Wykonano zastrzyknięcie identyczne z N. 11.

Zmiany identyczne z doświadczeniami poprzednimi. Dziewiątego dnia guzik, wielkości włoskiego orzecha, zrobił się ciastowatym i nie powiększał się do dnia dwudziestego, t. j.

D. 11 Grudnia. Królika zabito. Znaleziono zupełnie gęstą, bladą ropę, pasorzytów w niej nie znaleziono. Na płytkach nic się nie rozwinęło. W tkance zmiany identyczne z doświadczeniami poprzednimi. Pasorzyty znaleziono w niej w niewielkiej ilości.

Doświadczenie 17. D. 21 Listopada. Wykonano zastrzyknięcie identyczne z Nr. 11.

Zmiany spostrzegano takie same, jak w doświadczeniach poprzednich; po pięciu dniach uformował się guzik, który siódmego dnia stał się ciastowatym. Królika zostawiono pod obserwacją. Guzik powoli zaczął się zmniejszać i 25 dnia już żadnych zmian spostrzedz nie można było.

Doświadczenie 18. D. 21 Listopada. Wykonano zastrzyknięcie identyczne z Nr. 11.

D. 22. Bardzo znaczny obrzęk na przestrzeni 20 ctm

D. 23. Królik w nocy zdechł. Na miejscu zastrzyknięcia znaleziono bardzo mocne przekrwienie i obrzęk nieznaczny tkanki podskórnej. Wypływający płyn rozlano w żelatynie na płytkach w celu otrzymania świeżych hodowli do doświadczeń. Otrzymano też na płytkach bardzo liczne kolonije laseczników tyfusowych.

Doświadczenie 19. D. 21 Listopada. Zrobiono zastrzyknięcie identyczne z Nr. 11.

Zmiany takie same, jak w doświadczeniach poprzednich. Piątego dnia guzik stał się już ciastowatym. Szóstego dnia t. j.

D. 27. Królik zdechł. Na miejscu zastrzyknięcia znaleziono ropień płaski, wielkości orzecha laskowego. Po rozcięciu ropa nie wypływała i nie dała się wygarnąć, gdyż nie była ona wolna, lecz infiltrowała tylko tkankę podskórną. Otaczająca tkanka słabo przekrwiona, nie obrzękła. Z tkanki infiltrowanej zeszkrobano nieco ropnego płynu, roz tarto go na szkiełkach i poddano badaniom mikroskopowym. Pośród wielkiej ilości ciałek ropnych pasorzytów nie znaleziono. Też samą masę rozlano w żelatynie na płytkach. Po czterech dniach płytki pozostały jałowemi. Tkanke zatopiono w parafinie. Przy badaniu wykryto zmiany takie same, jak w przypadkach poprzednich. Laseczek tyfusowych pośród tkanki znaleziono wielkie ilości.

Doświadczenie 20. D. 21 Listopada. Wykonano zastrzyknięcie identyczne z Nr. 11.

Zmiany spostrzegano takie same, jak w doświadczeniach poprzednich. Po czterech dniach sformował się guzik, który ósmego dnia zrobił się ciastowatym. Królika

zostawiono pod obserwacją w celu przekonania się, czy guzik ten może sam zniknąć; jakoż powoli zaczął się on zmniejszać i po 30 dniach nie można już było nawet śladów jego wyczuć.

Z powyższych opisów widać, że na wykonanych na królikach ogółem 20 szczepień podskórnych laseczników tyfusowych, ropienie powstało ogółem u 10-iu. 9 z pomiędzy nich szczepiliśmy hodowlami laseczników tyfusowych, przeprowadzonymi przez organizm psa, a jednego tylko starą hodowlą tego pasorzyta. W jednym przypadku królik, szczepiony odnowioną hodowlą lasecznika tyfusowego, zdechl, zanim doszło do sprawy miejscowej ropnej.

Ropnie miejscowe stwierdzono u zwierząt, zabitych na 4, 6, 9, 10, 14 i 20 dzień po szczepieniu. We wszystkich tych przypadkach ropa była jasno żółta, gęsta, konsystencji prawie serowatej. Badanie mikroskopowe nie wykazało, jak widzieliśmy, w większości przypadków laseczników w ropie. Przeciwnie, badanie bakteryjologiczne wykrywało je stale, choć w zmiennej ilości. Badanie mikroskopowe tkanki, otaczającej ropień, wykryło we wszystkich przypadkach z wyjątkiem jednego (dośw. 11-e) laseczniki tyfusowe w różnej ilości. Żadnych innych pasorzytów, prócz laseczników tyfusowych, badanie bakteryjologiczne ropy nigdy nie wykazywało. Nadto zachowanie się laseczników, znajdujących w tkance, względem płynu GRAM'a i przy sposobie barwienia WEIGERT'a było również właściwe dla laseczników tyfusowych.

Wobec tego musimy przyznać, że pasorzyty te są w stanie zupełnie samodzielnie wywoływać u królików ropienie w tkance podskórnej. Ropnie te powstają, jak widzieliśmy, w różnym czasie po zaszczepieniu pasorzytów, poczynając od 4-go do 8-go—10-go. Doszedłszy do pewnej wielkości, ropnie u królików ulegają wessaniu. Przekonały nas o tem umyślnie w tym celu zrobione doświadczenia 17 i 20, z których w pierwszym w 26-dni, a w drugim w 30 dni po szczepieniu nie można było znaleźć śladu guza na miejscu szczepienia, w którym przed tem przez cztery dni wyraźnie wyczuwano ropień. Jest to wogóle zgodne z tem, co widzieć można przy ropniach innego pochodzenia

u królików. Jeden z nas przekonał się, mianowicie, temu lat 5, że taki sam cichy niepostrzeżony przebieg mają ropnie, wywołane u królików przez olejek terpentynowy. Ropniom bowiem u królików towarzyszy słaba reakcja tkanki otaczającej tak, że bardzo łatwo jest nie dostrzedz ich przy zwykłym badaniu zwierzęcia przez skórę, jeżeli nie zwrócić na to specjalnej uwagi, a nadto ulegać one mogą niewątpliwie powolnemu wessaniu.

Do tego, aby lasecznik tyfusowy wywołał w tkance podskórnej u królików ropienie, potrzebny jest pewien stopień jego jadowitości, po za którym szczepienie jego pozostać może zupełnie bez skutku lub prowadzić tylko do zapalenia surowiczego, jak to widać z wyżej przytoczonych pierwszych 9-iu doświadczeń, wykonanych na królikach ze starymi osłabionymi hodowlami laseczników. Jeżeli jadowitość jest silniejsza, niż tego potrzeba tylko do przejawienia miejscowego działania ropotwórczego, wtedy, obok ropni miejscowych, występuje zatrucie ogólne zwierzęcia z zejściem śmiertelnym (dośw. 13 i 10). Gdy działanie ogólne przeważa, śmierć nastąpić może, zanim dojdzie do ropienia miejscowego (dośw. 18).

Sumując więc wyniki przytoczonych tu doświadczeń naszych, musimy dojść do następujących wniosków.

1) Lasecznik tyfusowy może niewątpliwie sam przez się wywołać ropienie u królików.

2) Ropienie to powstaje rzadko pod wpływem pasorzytów wielokrotnie przeszczepianych i prawie stale pod wpływem laseczników świeżo przeprowadzonych przez organizm zwierzęcy.

3) Ropa, wywołana u królików przez lasecznik tyfusowy, podobna jest do powstałej u nich pod wpływem innych czynników ropotwórczych.

4) U psów lasecznik tyfusowy sam przez się ropienia nie wywołuje nawet po przeprowadzeniu go przez organizm zwierzęcy.

Nie można jednak z tego przesądzać, że wogóle pasorzyt ten u tych zwierząt własności ropotwórczych przejawiać nie może. Być może, przy pewnych warunkach, ułatwiających mu to działanie, lasecznik tyfusowy prowadzić może

i u psów do spraw ropnych. To jednak stanowić już będzie zadanie dalszych naszych badań. Tutaj zaznaczyć chcieliśmy tylko fakt, w oczach naszych teoretycznie ważny, że lasecznik tyfusowy jest wogóle w stanie sam przez się, bez jakiegoś podrażnienia miejscowego innego pochodzenia, ropienie u pewnych zwierząt wywołać, że więc niesłusznie niektórzy autorowie (BAUMGARTEN, E. FRAENKEL) powstają przeciwko temu już w samej zasadzie.

CHARCOT.

(*Wspomnienie pośmiertne*).

napisał

J. Babiński

b. szef kliniki chorób nerwowych w Salpêtrière, lekarz szpitali paryskich
członek korespondent Tow. lekarskiego w Warszawie.

Srogi cios, jaki mnie dotknął ze zgonem mojego drogiego i czcigodnego mistrza, utrudnia mi niezmiernie przedstawienie jego działalności, którą nakreślić postanowiłem. W obecnej chwili jestem rzeczywiście przejęty taką boleścią, że skłonniejszy jestem raczej do oplakiwania śmierci człowieka prywatnego, którego niewyczerpaną dobroć miałem sposobność oceniać, niż do podziwiania wielkiego uczonego. Wszelako, o ile z jednej strony przymioty charakteru zjednały CHARCOT'owi uczucia wszystkich, którzy podobnie jak ja, pozostawali w ścisłych z nim stosunkach, o tyle genijusz jego zasługuje na uznanie ogółu. Podobnie jak promienie gwiazdy, znikłej z horyzontu niebios, nie przestają rozsyłać światła swego w przestworza, tak niezwykła inteligencja CHARCOT'A błyszczeń będzie przez wiele wieków dzięki światłu, które od siebie rozprzestrzeniać będzie. Ta tylko myśl niech będzie pocieszeniem dla tych, którzy za życia byli przejęci głębokiem uczuciem dla CHARCOT'A.

Wysiłkiem woli zmuszę się na chwilę do zatarcia w pamięci wszystkich drogich mi wspomnień, ażeby skupić swą uwagę wyłącznie na olbrzymiem dziele, którego

dokonał ten świątły lekarz, zgasły nagle w pełni swojej sławy.

Imię CHARCOT'A pozostaje w tak ścisłym związku ze szpitalem Salpêtrière, iż można powiedzieć, że podniesienie go jest jednym ze znaczniejszych dzieł zmarłego.

Nie można jednak powiedzieć, ażeby poprzednicy CHARCOT'A nie umieli wyzyskać z pewnego rodzaju pożytkiem wszystkich dodatnich stron tego zakładu. CHARCOT sam miał upodobanie wspominać niekiedy imiona znakomych poprzedników swoich, jak ROSTAN'A, CRUVEILHER'A i KAYER'A. Faktem jednak jest, że przed nim nikt nie miał właściwego pojęcia, jakie skarby kryły się w Salpêtrière. Dla młodych lekarzy szpitalnych było ono miejscem przejściowym, w którym przebywali lat kilka, czekając na zamianowanie w jednym ze szpitali ogólnych. Dopiero CHARCOT pierwszy spostrzegł wszystkie korzyści, jakie można było wyciągnąć ze wspaniałego materjału, w który szpital ten opływał. Wstąpiwszy do niego w 38 roku życia zainstalował się tutaj na stałe i pozostawał w nim aż do śmierci. Tu przeszedł on prawie całą swoją karyjerę, tu pracował wspólnie ze swoim przyjacielem znakomitym VULPIAN'em, tu szperał po wszystkich kątach tego przytułku, który nazywał „schronieniem nędzy ludzkiej,“ tu zbierał obfity plon ciekawych faktów. Założył też tutaj niezrównany Instytut kliniczno-anatomiczny ze wspaniałymi swymi wykładami, które przyciągały studentów i lekarzy z różnych końców świata. Wszyscy słuchacze tworzyli wkońcu całą plejadę uczniów w około niego, którzy pracowali pod jego kierunkiem, rozwijając jego poglądy. W ten właśnie sposób stworzył on sławną szkołę Salpêtrière.

Życie naukowe CHARCOT'A podzielić można na dwie wielkie epoki. W pierwszej zajmował się on chorobami powstałymi na tle anatomicznym, opracowując je zarówno w tym kierunku, jak i klinicznym. Zmieniwszy potem kierunek swoich badań, zabrał się on do pracy nad cierpieniami dynamicznymi, nerwicami, nie zostawiając wszelako odłogiem pierwotnie uprawianego przez siebie pola.

Doświadczenia jego podejmowane były we wszystkich niemal kierunkach i niema prawie dziedziny w patologii, którejby on swoim bystrym umysłem nie oświecił.

Oprócz chorób układu nerwowego, dostarczyły mu materiału do badań choroby płuc, wątroby, nerek, serca, naczyń, kości, choroby starcze, a z chorób ogólnych gościec, podagra i leukocytoza.

Nie będąc rozbierał tutaj prac jego, nie mających związku z neuropatologią. Ograniczę się tylko do wzmianki, że żadne jego badanie nie było bezowocne i już te poszukiwania jego przyczyniły się o tyle do znacznego postępu w nauce, że wystarczyłyby same przez się najzupełniej na to, aby zaliczyć CHARCOT'A do najznakomitszych ze współczesnych lekarzy. Niemniej prawdziwym jest jednak fakt, że właściwie dopiero odkrycia jego w dziedzinie chorób nerwowych wsławiły go należycie. To też przejdę tu odrazu do przejrzania w krótkości najważniejszych z pomiędzy nich.

Pracował nad rozmiękczeniem mózgu u starców, jak również nad, zapaleniem mózgu i przyczynił się do ustalenia istotnej różnicy pomiędzy dwiema temi chorobami z punktu widzenia anatomicznego.

Opisał zmianę właściwą małym tętnicom mózgowym (*aneurysmes miliaires*), którą można uważać za najczęstszą przyczynę wylewów krwawych do mózgu.

Zwyrodnienia wtórne rdzenia i zanik mózgu u dzieci, były również przedmiotem jego godnych uwagi poszukiwań.

Odkrycie rozsianego zapalenia wieloogniskowego mózgu i rdzenia (*sclerose en plaques*), dokonane wspólnie z VULPIAN'em, można, co do znaczenia jego, porównać ze znaczeniem odkrycia bezwładu ruchowego (*ataxie locomotrice*). CHARCOT i VULPIAN stworzyli przytem w istocie z wielu form jeden rodzaj choroby, a podany przez nich opis był tak skończenie doskonałym, że nie ulegał żadnej krytyce. Praca ta była kapitalną; wykryła ona chorobę, która do tego czasu wymykała się z pod uwagi badaczy. Dwaj ci wielcy uczeni zdołali określić to, czego znakomity DUCHENNE nie zrobił dla wiądu rdzenia, a mianowicie zmiany anatomiczne, odpowiadające objawom klinicznym. Wykryli oni formę zmian w układzie nerwowym, o której nie mia-

no dotąd pojęcia, a mianowicie stwardnienia mózgu wieloogniskowe bez zwyrodnień wtórnych, następczych.

Po zbadaniu, według metod, od których nigdy nie odstąpił, form typowych sklerozy, oddał się CHARCOT badaniu i poznaniu form poronnych tej choroby (*formes frustes*).

Zapalenie przerostowe opony twardej (*pachyménin-gite cérvicale hypertrophique*), stanowi odkrycie kliniczno-anatomiczne tak samo ważne, jak i poprzednie. Tutaj bowiem podał CHARCOT opis zmian anatomicznych, które przejawiają się całokształtem charakterystycznych objawów.

CHARCOT dowiódł następnie, że zanik komórek nerwowych przednich rogów rdzenia stanowi podkład dla postępującego zaniku mięśniowego typu ARAN-DUCHENNE'A i jednocześnie dla porażenia dziecięcego.

Opis sklerozy bocznej amyotroficznej (*sclérose laterale amyotrophique*) jest również dziełem CHARCOT'A, który tym sposobem odkrył jeszcze jeden rodzaj choroby i podał dla niej, również jak i dla poprzednich, jednocześnie obraz kliniczny i anatomiczny.

Wykazuje on, że opisany przez DUCHENNE'A pod nazwą porażenia wargowo-językowo-krtaniowego (*paralysis labio-glosso-laryngea*) zbiór objawów jest najczęściej skutkiem sklerozy bocznej amyotroficznej.

Poznanie sklerozy bocznej amyotroficznej doprowadziło następnie do poszukiwań nad porażeniem mięśniowym (*atrophia musculorum primitiva progresiva*), oraz nad syringomyelią i stwierdziło coraz bardziej ten pogląd, że grupa chorób odnoszących się do zaników mięśniowych postępujących, stworzona przez geniusz DUCHENNE'A, składa się z chorób oddzielnych, należących do rozmaitych kategorii.

W broszurze o porażeniu pseudo-hypertroficznem CHARCOT dowodzi, iż wbrew poglądom wielu autorów, a zgodnie tylko ze zdaniem EULENBURG'A i CONHEIM'A, wyżej wspomniane cierpienie należy uważać za zupełnie niezależne od wszelkich uchwytnych chorób układu nerwowego. Zakłada on tym sposobem pierwsze podwaliny nauki o pier-

wotnem postępującem porażeniu mięśniowem, po pewnym zaś czasie potrafił dowieść, że rozmaite formy dystrofii mięśniowej postępującej należą do jednej grupy chorób.

Chociaż odkrycie bezwładu ruchowego jest niewątpliwą zasługą DUCHENNE'A, faktem jednak jest, że większa część przypadków stwardnienia pęczków tylnych zaczęła być rozpoznawaną za życia chorych dopiero po pracach CHARCOT'A nad postaciami poronnemi wiądu rdzeniowego (*les tabes frustes*). Opisał on zmiany stawów przy wiądzie, które nie były do tego czasu nikomu znane. Chcąc podnieść odkrycia tego rodzaju zaniku znaczenie, Anglicy nazywają ów zanik stawów „*Charcot's disease*.“ Nazwa ta, nawiasem powiedziawszy, nadawałaby się właściwiej do sklerozy bocznej amyotroficznej, gdyż wspomniane cierpienie stawów nie jest przecież nowym rodzajem choroby, lecz tylko jednym z objawów wiądu.

W sposób godny zaznaczenia opracował też CHARCOT tak zw. kryzy krztaniowe wiądu.

Wiąd spastyczny rdzenia, zaledwie znany przed CHARCOT'em, opisał on rzeczywiście po mistrzowsku. Położył on nacisk na fakt, że w przypadkach, w których brak nawet danych anatomicznych, chorobę tę można, dzięki charakterystycznemu obrazowi klinicznemu, odróżnić od wielu innych, zaliczanych przed tem przez długi czas, narówni z nią samą, do kategorii przewlekłych zapaleń rdzenia.

Prace CHARCOT'A nad umiejscowieniem spraw chorobowych w mózgu stanowiły epokę. Uwzględniając wyniki doświadczalnych tego rodzaju poszukiwań na zwierzętach, CHARCOT badał sam fakty, odnoszące się przeważnie do patologii człowieka. Wygłoszone przez niego wnioski o umiejscowieniu w korze mózgowej spraw chorobowych, zależnych od stwardnienia zstępującego piramid i od zaburzenia ruchowego, oparte były w większości przypadków na materyale, zebrany w Salpêtrière. Ci, którzy pamiętają gwałtowne polemiki, wywołane przez odnośne prace CHARCOT'a, powinni zrozumieć doniosłość tych ostatnich.

Wypowiedziane i bronione przez CHARCOT'a wtedy poglądy, są dziś już powszechnie za niezbitą prawdę uważane.

Badania CHARCOT'a nad chorobą MÉNIÈR'a mają bardzo doniosłe znaczenie, gdyż określił on w nich przede wszystkim z wielką dokładnością charakter kliniczny tego rodzaju zawrotów, a następnie wykazał, jakich korzyści można się spodziewać po dłuższem stosowaniu przy nich siarczaniu chininy.

W poszukiwaniach swoich nad afazyją wkroczył on odrazu w dziedzinę psychologii i tym sposobem wzbogacił niezmiernie nasze wiadomości o zaburzeniach mowy wogóle.

Jemu też przynależy się zasługa w opracowaniu form poronnych choroby BASEDOW'a i PARKINSON'a.

Przechodzę teraz do prac CHARCOT'a o histeryi, które były przedmiotem wielu sporów w świecie lekarskim.

Niezachwiany przez krytykę i rozmaitego rodzaju napaści stąpał CHARCOT po tej drodze badań z pewną zaciekłością i doczekał się w końcu tego zadowolenia, że przeciwnicy jego sami uznali doniosłość jego odkryć w tej gałęzi neuropatologii.

Po opracowaniu niektórych objawów histeryi, jak zmniejszonego wydzielania moczu, połowicznego znieczulenia, skurczów, nadczułości jajników i t. d., opisał on następujące po sobie okresy napadów histero-epileptycznych. Wychodząc z zasady, że w nauce nie istnieje nic przypadkowego, postarał się on wykazać, że objawy histeryi, występując pozornie bezładnie, są jednakże poddane pewnym prawom. Jego opis typowej formy wielkiego napadu histerycznego, jakkolwiek nieco szematyczny, zapoznaje nas dokładnie z rozmaitymi objawami, którymi takie napady mogą się przejawiać; jest on jednocześnie wskazówką przy studyjowaniu form poronnych napadu.

Zaznaczyć jeszcze wypada prace CHARCOT'a nad achromatopsyją, płasawicą rytmiczną i drżeniem histerycznem.

Prace nad histeryją popchnęły go do badań nad hipnotyzmem, pogardzanym natenczas przez lekarzy i oddanym wyłącznie w ręce nieuków i szarlatanów. Swemi badaniami nad hipnotyzmem potrafił CHARCOT zainteresować odpowiednie sfery i wprowadził tą drogą omawianą kwestyję w dziedzinę nauki.

Prace jego nad histeryją u mężczyzn można uważać za najplodniejsze pod tym względem. Ażeby wykazać znaczenie tego faktu, wystarczy przypomnieć, że przypadki histeryi u mężczyzn, dawniej absolutnie nieznanne, liczą się już dziś na setki.

CHARCOT wykazał, że mężczyźni bywają narówni z kobietami, ofiarą wielkich napadów histerycznych. Opisał on monoplegię ramieniową, pochodzenia urazowo-histerycznego, którą brano przedtem za bezwład wskutek ucisku splotu ramieniowego; opisał następnie nerwoból stawu udowego (koksalgiję) niemotę, skurcz językowo-wargowy histeryczny i t. d. Wykazał on, na zasadzie swego przenikającego do głębi rzeczy rozbioru kolosalne, znaczenie, jakie odgrywa przy powstawaniu objawów histerycznych poddawanie i samopoddawanie myśli wogóle, czego nikt tak dokładnie jak on nie pojmował i nie przedstawił, pomimo iż przeciwnicy jego robią mu zarzut, jakoby się na tej kwestyi nie poznał.

Prace CHARCOT'a nad histeryją mają doniosłość niepomierną zarówno pod względem teoretycznym, jakoteż i praktycznym.

Zmuszony jestem przerwać dalsze wyliczanie prac jego i pominąć nawet najlepsze. Lekcje CHARCOT'a, wydane drukiem, należy przestudyjować samemu jak najuważniej, ażeby dopiero mózdz zdać sobie sprawę z wielkiej jego działalności.

Ażeby zrozumieć ją w całej jej rozciągłości należy wykreślić ze swojej samowiedzy wprowadzone przez CHARCOT'a do neuropatologii wiadomości i dopiero wtedy zagłębić się w prace poświęcone chorobom nerwowym. Nie zdaje mi się, bym przesadzał, utrzymując, że w tych warunkach trzecia część, a może i połowa przypadków wątpliwych, dziś już ugrupowanych i nazwanych powstałaby zupełnie niezrozumiała.

CHARCOT zrobił istny przewrót w neuropatologii. O ile sądzić można już z krótkiego rysu zacytowanych tu prac jego, działalność CHARCOT'a była olbrzymią.

W dziedzinie nauk lekarskich zakreślił on szlak niezatarty, i imię jego pozostanie w historii medycyny nieśmiertelnem.

Przypomniawszy tu fakty wielkich odkryć, za które nauka wdzięczną być winna temu światłemu mistrzowi, sądzimy, że ciekawem też będzie przedstawienie różnostronnych zdolności, któremi potężny ten umysł był obdarzony i których ogólna summa dała mu możność stworzenia tak ogromnego dzieła.

CHARCOT posiadał w najwyższym stopniu dar spostrzegawczy, który jest bezwątpienia najcenniejszym przymiotem lekarza. Z powyższą zdolnością łączył on pewny pogląd na wszystkie kwestyje i w pracach swoich trzymał się najsurowszych prawideł.

CHARCOT badał opracowywane przez siebie kwestyje, jako artysta i uczoney, poszukując ciągle czegoś nowego, pociągany zawsze przez rzeczy dotąd nieznanne i niedostrzeżone, które go zawsze zastanawiały i których rysy najwięcej wydatne utrwały się w jego umyśle.

Zwracające jego uwagę fakty poddawał następnie surowej krytyce. Obserwując je ze wszystkich stron i korzystając w swoich dociekaniach z możliwych środków, jakimi nauka rozporządza, prowadził badania swoje prawie do znużenia, pozostawiał na stronie poglądy teoretyczne, myśli z góry powzięte, zdolne zamaskować obserwowane przez niego fakty, lecz to nie dlatego, ażeby nie był w stanie obejmować pojęć natury ogólniejszej, ile z tego powodu, że czcił przede wszystkim prawdę i jej tylko zawsze dochodził.

Pojmując tak sumiennie wartość pracy, CHARCOT porządkował starannie notatki, które zbierał każdodziennie. W ten sposób gromadził on materyjał, który potrafił następnie połączyć w jedną całość i który posłużył mu w końcu do zbudowania tak wspaniałego gmachu.

Posiadał on również w wysokim stopniu zdolność zbliżania i zestawiania ze sobą faktów podobnych lub analogicznych, które obserwował w ciągu dłuższych odstępów czasu. Porównywał je, upatrywał starannie różnice między nimi, widział, co miały z sobą wspólne, i dochodził tym

sposobem do odkrycia rozmaitych typów i gatunków chorobowych.

Ztąd łatwo ocenić, o ile pouczającym było asystowanie przy badaniach CHARCOT'a w klinice lub w pracowni. Przykładem swoim nauczał on jednocześnie metod badania, poważania prawdy i zamiłowania do pracy.

Należy też podziwiać bystrość jego umysłu, która pozwoliła mu, po długoletniem oddawaniu się badaniom anatomicznym, skierować nagle swe myśli na inną drogę i poświęcić się ze znanym nam zdumiewającym powodzeniem badaniom innego działu nauki, mianowicie zaburzeń natury dynamicznej, *sine materia*, najsubtelniejszych zjawisk psychologicznych.

Umysł jego zawsze chętny do przyjęcia nowych myśli i poglądów, umiał zachowywać bezstronność, która go chroniła z jednej strony od sceptycyzmu czyniącego badacza jałowym, z drugiej zaś—od łatwowierności prowadzącej na błędne tory.

Zdrowy sąd jego pozwalał mu sprawiedliwie oceniać prace innych, uwidoczniać ich myśl zasadniczą i rozróżniać w nich chwast od dobrego ziarna.

Oto są liczne i różnorodne zalety CHARCOT'a, które uczyniły go znakomitym krytykiem, wybitnym profesorem i istotnie genialnym twórcą ¹⁾.

Wrzesień 1893 r.

¹⁾ Z powodów czysto-technicznych dopiero w Zeszytcie IV praca ta została zamieszczona.

C Z Y N N O Ś C I
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY.

Rok 1893.

Posiedzenie kliniczne dnia 19 Września 1893 roku.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 43.

T r e ś ć: WICE-PREZES — Sprawozdanie z czynności komitetu konkursowego imienia dra CHAŁUBIŃSKIEGO.

Kol. PALMIRSKI—Wibryjon MIECZNIKOWA i uodpornianie zwierząt przeciwko niemu szczepionkami bakteryj cholery i odwrotnie.

Kol. BĄCZKIEWICZ — Instubacja krtani w dławcu u dzieci.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. N a d e ś ł a n o: Redaktor Pamiętnika Tow. lek. następujące odbitki: a) W. KAMOCKI — Badania anatomo-patologiczne nad szklistem zwyrodnieniem łąčnicy; b) J. W. SAWICKI (z Grajewa)—Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na elektryczne własności nerwów i innych tkanek, oraz znaczenie jego dla teoryi tych własności; c) R. BARĄCZ (ze Lwowa)—O wartości enteroanastomozy zapomocą szwów płytkowych SENN'A w chirurgii żołądka i jelit; d) J. RAUM — Przyczynę do nauki o nekrozie komórki; e) A. HOŁOWIŃSKI i J. PAWIŃSKI—Badania kardiograficzne, wykonane w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie za rok 1892 2) A. SZPANBOK—Przypadek histeryi z objawami „*Akynesiae algerae*.” 3) Prace IV-go zjazdu ruskich lekarzy w Moskwie, poświęcone pamięci PIROGOWA. 4) Podanie kol. Stefana CETNAROWICZA o przyjęcie w poczet członków czynnych Tow. Przedstawiają kol. SZTEYNER i SZUMLAŃSKI, popiera kol. BIERNACKI, sprawozdawca kol. MUTERMILCH. 5) Kol. J. BABIŃSKI (z Paryża)—Życiorys CHARCOT'A, z prośbą o wydrukowanie

w Pamiętniku Towarzystwa. Postanowiono przesłać Redaktorowi Pamiętnika.

III. WICE-PREZES zdaje sprawę z czynności Komitetu konkursowego imienia dra CHAŁUBIŃSKIEGO. Z pomiędzy prac nadesłanych przyznano większością głosów nagrodę pracy p. HOZOWIŃSKIEGO p. t. „Metody i przyrządy fizyczne do badania fal fizjologicznych.“

IV. Kol. PALMIRSKI odczytał pracę „O wibryjonie MIECZNIKOWA i uodpornianiu zwierząt przeciwko niemu szczepionkami bakteryj cholery i odwrotnie.“ Główną myśl tej pracy stanowi wykazanie powinowactwa pomiędzy wibryjonem MIECZNIKOWA i przecinkowcem cholery azyjatyckiej, pomimo, że pierwszy został wykryty przez GAMALEJĘ w Europie, drugi przez R. KOCH'A w Indjach.

W tym celu kol. PALMIRSKI zestawia własności morfologiczne, bijologiczne, oraz własności produktów działalności życiowej omawianych zarazków. Rozpatrując własności morfologiczne wibryjona MIECZNIKOWA, można widzieć, że rozwija się on dobrze na różnych glebach (żelatyna, buljion, agar-agar, kartofle, mleko, jaja), i chociaż ma swoje cechy charakterystyczne, jednakże są one bardzo zbliżone do zarazka cholery azyjatyckiej. W porównaniu z tą ostatnią, posiada on nawet w wyższym stopniu zdolność wytwarzania indolu i substancyj azotowych i współczesnego redukowania azotanów (HNO_3) w azotony (HNO_2). Odnosnie do pary jodoformu, zachowuje się tak samo, jak bakteryje cholery i ginie po 24—48 godzinach. Oprócz tego, należy zauważyć, że wibryjon MIECZNIKOWA wydziela siarkowodor w dość znacznym stopniu znaczniejszym od zarazka cholery (bibuła, zmoczona w roztworze octanu ołowiu i umieszczona nad hodowlą, czernieje). Pod mikroskopem omawiane wibryjony prawie niczem się nie różnią od przecinkowców. Badając własności bijologiczne, kol. PALMIRSKI zaznaczył, że ciepłota najodpowiedniejsza dla ich rozwoju waha się pomiędzy 36—38° C., ciepłota 50° C. zabija je w przeciągu 5—10 minut. Na działanie niższej ciepłoty są bardzo wytrzymałe, giną bowiem dopiero po 8—10 dniach w temperaturze wahającej się pomiędzy 0° i—16° C.

Jedną z cech, zasadniczo różniących te dwa wibryjony, jest chorobotwórcze działanie wibryjona MIECZNIKOWA na gołębie. *Minimum* dawki śmiertelnej kol. PALMIRSKI przyjmuje 0,000001—24-godzinnej hodowli na agarze przy 37° C. w fizjologicznym roztworze soli, co wynosi około 200,000 bakteryj. Gołębie giną po upływie 10—12 godzin. Bakteryjologiczne badanie wykrywa obecność zarazka we krwi, mózgu, wewnętrznych narządach i zawartości kiszki. Na tej podstawie kol. PALMIRSKI uważa, że jest to choroba całego ustroju o charakterze posocznicy i nazwa w i b r y j o n o w e j s e p t y c e m i i (PFEIFFER) jest właściwszą od nazwy *gastroenteritis choleric*a (GAMALEJA). Chorobotwórczość wibryjona dotyczy w tym samym stopniu świńek morskich, susłów i królików.

Zarazek cholery posiada również własności chorobotwórcze dla zwierząt. Spostrzeżenia kol. PALMIRSKIEGO, dotyczące rozpowszech-

nienia zarazka cholery w organizmie zwierzęcym, pozwalają przypuszczać, że cholera u zwierząt również jest ogólną chorobą ustroju. Kol. PALMIRSKIEMU udawało się otrzymywać czyste hodowle zarazka cholery ze krwi, mózgu, wewnętrznych narządów, mięśni i zawartości kiszek gołębi padłych na cholere. Rozpowszechnienie bakterij cholery w ustroju zwierzęcym jest bardzo nieznaczne, albowiem hodowle na agar-agarze wprost posiane z wewnętrznych uarządów, przedstawiają się pod postacią pojedynczych kolonij, podczas gdy hodowle zwierząt padłych pod działaniem wibryjona MIECZNIKOWA, rozrastają się bujnie wzdłuż śladu zasiewu. Co się tyczy szczepień ochronnych, kol. PALMIRSKI przygotowywał szczepionki ochronne w następujący sposób: do całkowitej dwudniowej hodowli bakterij cholery przy 37° C. na agar-agarze dodawał 5 ctm.³ fizjologicznego roztworu soli kuchennej, hodowlę zeskrobywał drucikiem platynowym, otrzymaną mieszaninę zlewał do probówki, którą ogrzewał na wodnej kąpieli przez 2 godziny przy 70° C. W ten sposób otrzymana chemiczna szczepionka, służyła mu jako materyjał uodporniający gołębie i świnki morskie przeciwko wibryjonowej posocznicy. Przeciwko cholere posiłkował się podobnemi szczepionkami, otrzymanemi z hodowli wibryjona MIECZNIKOWA. W celu uodporniania gołębi przeciwko wibryjonowej posocznicy, posiłkował się kol. PALMIRSKI również żywą hodowlą bakterij cholery, dodając do 24-godzinnej hodowli na agar-agarze przy 37° C. 10 ctm.³ fizjologicznego roztworu soli. Otrzymaną mieszaninę, jak również i chemiczne szczepionki kol. PALMIRSKI wstrzykiwał gołębiom w tkankę podskórną, świnkom morskim do otrzewnej. *Minimum* dawki uodporniającej 12 ctm.³. W ten sposób uodpornione szczepionkami chemicznemi bakterij cholery—gołębie i świnki morskie znosiły zakażenie wibryjonem MIECZNIKOWA i odwrotnie świnki uodpornione szczepionkami chemicznemi wibryjonu znosiły zakażenie bakteryjami cholery.

Odnosnie do gołębi uodpornionych chemicznemi szczepionkami wibryjonu MIECZNIKOWA i zakażanych bakteryjami cholery—trudno orzec coś stanowczego, ponieważ zdrowe gołębie w dość znacznej ilości znoszą zakażenie bez najmniejszych objawów.

Te same wyniki otrzymywał kol. PALMIRSKI, posiłkując się chemicznemi szczepionkami i żywym zarazkiem cholery, otrzymanym podczas epidemii w Walencji w 1883 r. Na podstawie tych wyników kol. PALMIRSKI zaznacza, że 10-letnie przeszczepianie hodowli nie wpłynęło na zmianę uodporniających własności zarazka. Również fakty pozwoliły mu wywnioskować, że nabyta odporność u gołębi przeciwko wibryjonowej posocznicy jest krótkotrwałą; po upływie półtora miesiąca wszystkie gołębie ginęły przy powtórnem zakażeniu. Na podstawie swych doświadczeń, kol. PALMIRSKI rozstrzygnął sporny punkt w kwestyi uodporniania zwierząt jednym zarazkiem przeciwko działaniu drugiego. Czy powinowactwo pomiędzy omawianymi zarazkami jest genetyczne, czy przypadkowe—kwestyja trudna do rozstrzygnięcia; zaznacza jednak kol. PAL-

MIRSKI, że to, co można powiedzieć o jednym zarazku, dotyczy mniej więcej i drugiego. (Autoreferat).

W dyskusji kol. MAYZEL podnosi z uznaniem fakt, że prace nad uodpornianiem zwierząt wykonywają się u nas w chwili, gdy zagranica tak jest tym przedmiotem zajęta. Widział obecnie w Berlinie prace anatomiczne, wykonywane na szeroką skalę, z rezultatem trzymanym dotychczas w sekrecie.

Kol. BUJWID wyciąga z pracy kol. P. jeden wniosek praktyczny, mianowicie ten, że szczepienia ochronne przeciwko cholercie nie będą nigdy miały racyi bytu, gdyż odporność w danym razie jest bardzo krótkotrwała.

V. Kol. BĄCZKIEWICZ odczytał pracę p. t. „Intubacja krtani w dławcu u dzieci.“ Kol. B. przedstawił opis 10 własnych przypadków intubacji, jako ilustrację klinicznej strony tego rękozynu, poprzedzwszy ten opis przedstawieniem instrumentów intubacyjnych. Spostrzeżenia dotyczyły:

S p o s t r z e ż e n i e I: chłopca 6-letniego, dotkniętego dyfterytem gardzieli i krtani. Wysłuchiwanie płuc wskazywało na mniejszy dopływ powietrza do płuca prawego. Z powodu silnej stenozы krtani wykonana intubacja przywróciła dostęp powietrza do płuc równomierny, po wykrztuszeniu śluzu nagromadzonego w oskrzelach. W przypadku tym intubacja odroczyła konieczność wykonania tracheotomii na 24 godzin. Śmierć nastąpiła przy objawach krupu zstępującego.

S p o s t r z e ż e n i e II dotyczyło dziewczynki dwuletniej, cierpiącej na dyfteryt gardzieli i krtani. Wykonana intubacja usunęła niebezpieczeństwo, wynikające ze zwężenia krtani. Śmierć nastąpiła wskutek zapalenia płuc.

S p o s t r z e ż e n i e III przypada na chłopca 4-letniego z objawami dyfterytu gardzieli i krtani. Wykonana intubacja usunęła zaduszenie; po 24-ch godzinach usunięto *tubus* dla nakarmienia dziecka. Przy powtórnej intubacji nastąpiło zsuniecie błon i konieczność natychmiastowej tracheotomii. Śmierć nastąpiła z powodu zejścia błonicy na oskrzela.

S p o s t r z e ż e n i e IV. U dziewczynki 5-letniej cierpiącej na błonicę krtani i gardzieli, przy intubacji *tubus*, przy wprowadzaniu, dwukrotnie był zatkany błonami, trzeci raz był zaraz po założeniu wykrztuszony. Założony poraż czwarty pozostał 6 godzin. Śmierć nastąpiła przy objawach *bronchitidis cruposae*.

S p o s t r z e ż e n i e V dotyczyło ssawca 13-miesięcznego z objawami stenozы krtani, bez zmian w gardzieli i przy stanie bezgorączkowym. Intubację wykonał dr. SZTEYNER. *Tubus* pozostawał 40 godzin. Dziecko wyzdrowiało.

S p o s t r z e ż e n i e VI przypada także na dziecko 13-miesięczne, cierpiące na błonicę gardzieli i krtani. Intubacja usunęła objawy zwężenia krtani, po 6 godzinach dziecko wyrwało za nitkę *tubus*. W parę godzin później już intubacja nie przyniosła ulgi. Na tracheotomiję ro-

dzice się nie zgodzili. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie z powodu znacznego obrzęku krtani.

S p o s t r z e ż e n i e VII. Dziewczynka 5-letnia dotknięta błonicą krtani. Wykonana intubacja usunęła duszność; po 20 godzinach nagle *tubus* zatkany został oderwanymi błonami i wynikła konieczność szybkiej ekstubacji. Wobec objawów zwężenia oskrzela prawego, zaniechano powtórnej intubacji. Śmierć z powodu błonicowego zapalenia oskrzeli.

S p o s t r z e ż e n i e VIII. U dziewczynki 4-letniej cierpiącej na błonicę gardzieli i krtani, intubacja kompletnie usunęła niebezpieczeństwo, wynikające ze zwężenia krtani. W 11 dni później po wygaśnięciu dyfterytu w gardzieli i krtani, nastąpiła śmierć z powodu mocznicy.

S p o s t r z e ż e n i e IX. U dziecka, 1½ roku mającego, z powodu objawów zwężenia krtani wykonano intubację. Po 48 godzinach *tubus* usunięto; wkrótce jednak wypadło znów przystąpić do powtórnej intubacji, podczas której chłopiec wykrztusił odlew błonicowy tchawicy. Odtąd objawy zwężenia krtani ustąpiły, natomiast zjawiła się błonica gardzieli. Dziecko wyzdrowiało.

Wyniki otrzymane przez kol. B. podług śmiertelności są następujące: na 9 przypadków w 2 nastąpiło wyzdrowienie, w 7 śmierć. Ponieważ intubacja nie przedstawia metody leczniczej, a jest tylko środkiem paljatywum, usuwającym niebezpieczeństwo, wynikające z nagłego zwężenia dróg oddechowych, to kliniczne ocenianie wartości intubacji powinno być oparte nie na śmiertelności, a na podstawie usunięcia niebezpieczeństwa warunkowanego stenozą. Tak oceniając wyniki przez kol. B. otrzymane, okaże się, że z 9 przypadków w 3-ch intubacja odpowiedziała swemu zadaniu. Ogólne wskazanie do intubacji jest zwężenie krtani, i tchawicy, czy to natury ostrej, czy chronicznej. Dla wyrobienia wskazań do intubacji ważnem jest zastosowanie laryngoskopii.

1) Zwężenie oskrzeli natury błonicowej przedstawia bezwzględne przeciwwskazanie do intubacji; gdy jednak zwężenie oskrzeli warunkowane jest nagromadzeniem śluzu, t. j. gdy wysłuchiwanie wykaże obfitą ilość rżężeń, intubacja okazała się może bardzo skuteczną.

2) Przy znacznym obrzęku krtani intubacja będzie bezskuteczną, gdyż obrzmiałe więzy nalewko-nagłośniowe układają się ponad otworem tubusa i zakrywają światło.

Co do technicznej strony intubacji kol. B. uważa, że ćwiczenia na trupach nie są konieczne. Kol. B. miał sposobność u dziewczynki 11-letniej (sposzczenie X) zaraz po śmierci wykonać intubację i przekonał się, że zupełnie odmienne istnieją warunki na żywym organizmie i na trupie. O ile ćwiczenia na trupach nie są konieczne, o tyle znów posiadanie techniki laryngologicznej wiele ułatwia przy wykonywaniu intubacji. Lekarz wykonywający intubację, powinien być zawsze przygotowany do tracheotomii i o tem uprzedzić rodziców. Lekarz, rozpoczynający

praktykę intubacyjną, powinien się starać o zachowanie nitki, na której jest umocowany *tubus*, gdyż to daje możliwość szybkiej ekstubacji bez instrumentu, co może być koniecznym, gdy nagle *tubus* zatka się błonami. W tych razach ekstubację zapomocą nitki może wykonać i osoba dozorująca. Złą stroną pozostawiania nitki jest to, że samo dziecko źle strzeżone może wyciągnąć *tubus* zapomocą nitki.

Najpoważniejszy zarzut stawiany intubacji, t. j. trudność karmienia dzieci i możliwość powstawania zapalenia płuc zachłyskowego, uważa kol. B. za przesadzony; dzieci bowiem doskonale przyuczają się powoli do zręcznego przełykania płynów, powtórę większość autorów zaznacza, że zapalenie płuc po intubacji nie jest częstsze, niż po tracheotomii. Ostatecznie kol. B. dochodzi do następujących wniosków:

1) Intubacja w dławcu stosowaną być powinna. W niektórych przypadkach wynika konieczność następczej tracheotomii.

2) Dokładna kliniczna obserwacja i zastosowanie laryngoskopu mogą dać podstawy do wyrobienia wskazań dla intubacji i szerszego jej zastosowania.

3) W zwężeniach górnych dróg oddechowych, na tle cierpień chronicznych, intubacja powinna znaleźć zastosowanie i z czasem zastąpić inne metody dylatacyjne. (Autoreferat).

W dyskusji kol. SOKOŁOWSKI wygłosił co następuje: Obszerna literatura, obejmująca kazuistykę z lat ostatnich przekonywa, że do intubacji zaczynają się już zniechęcać, z powodu ujemnych wyników, jakie otrzymano. Tymczasem spostrzeżenia kol. BĄCZKIEWICZA dowodzą, że pesymizm ten nie jest uzasadniony, że są przypadki, w których intubacja ma zupełną racyję bytu, zwłaszcza w naszych warunkach, gdzie na tracheotomiją otoczenie chorego godzi się wogóle niechętnie; intubacja zaś, która, jak widać, może dawać wyniki dobre, może również, przy ponownem wystąpieniu duszności, zachęcić do zgodzenia się na tracheotomiją. Jest to zabieg łatwy, wymagający małej wprawy; nie może on, jak słusznie kol. BĄCZ. zaznaczył, zastąpić tracheotomii, ale obydwie te zabiegi będą się wzajemnie uzupełniały. Co do wskazań, wymienionych przez kol. B., to kol. S. niezupełnie zgadza się na nie, sądzi, że każdy przypadek dyfterytu krtani stanowi wskazanie do intubacji; co zaś do wskazania przy ciałach obcych, to wobec tego, iż najczęściej nie wiemy, czy skurez głośni pochodzi od ciała obcego, czy też z innego powodu, uważa, za słuszniejsze wskazanie ogólne: ostry skurez pochodzenia niewiadomego. Sprawy przewlekłe, powodujące zwężenie krtani i tchawicy, stanowią kwestyję zupełnie odrębną, której nie należy łączyć ze zwężeniami pochodzenia ostrego. Wreszcie podnosi kol. S. niesłuszność zarzutu, stawianego intubacji, że o ile dobra ona jest w szpitalu, o tyle nieodpowiednia w praktyce prywatnej, gdzie lekarz nie może ciągle czuwać przy chorym. Tymczasem przeciwko temu przemawiają wyniki kol. BĄCZKIEWICZA, najlepsze w tych właśnie przypadkach, w których intubację wykonywano na mieście.

Kol. BĄCZKIEWICZ odpowiada, że co do ciał obcych, zgadza się najzupełniej ze zdaniem, wygłoszonym przez kol. SOKOŁOWSKIEGO; to co przytoczył, opierał na danych poczerpniętych z literatury, osobistego bowiem doświadczenia w tym względzie nie posiada.

Kol. SOLMAN przytacza jeszcze jedno wskazanie dla intubacji, mianowicie wykonywanie jej podczas i po operacji w jamie ustnej i gardzieli, w celu zapobiegania ściekaniu krwi do krtani.

Na tem posiedzenie zakończono.

PREZES dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe dnia 26 Września 1893 roku.

PREZES Markiewicz.

Obecnym członków 31.

T r e ś ć: Kol. NEUGEBAUER—Przedstawienie dziecka, które przyszło na świat z t. zw. trzecią nogą.

Kol. OŁTUSZEWSKI — Przyczynek do logopatologii. Charakterystyka trzech głównych działów zboczeń mowy: dysartrii, afazji i dyzlogii, kazuistyka, wyniki lecznicze.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. NEUGEBAUER przedstawia dziecko 2-u tygodniowe, które urodziło się w końcu 8-go miesiąca, z anormalnym narostem na lewym pośladku, z tak zwaną trzecią nogą. Narost ten został przed 8-u dniami odjęty i oddzielnie przedstawiony. Obszerniejszy opis przypadku kol. N. zapowiedział na przyszłe posiedzenie.

III. Kol. OŁTUSZEWSKI miał wykład p. t. „Przyczynek do logopatologii“.

Kol. O. rozdziela wszystkie zbożenia mowy na trzy działy, *dy-sarthriæ*, to jest zbożenia artykulacji, *aphasiæ*, to jest zbożenia funkcji mowy i *dyslogiæ*, to jest zbożenia treści myśli.

Do dysartrii należy jąkanie, trzepotanie, bełkotanie i mowa nosowa. Jąkanie, z wyjątkiem kilku zaledwie przypadków organicznego pochodzenia, należy do cierpień ośrodkowych, funkcyjnalnych. Na zasadzie 61 spostrzeganych przypadków jąkania, kol. O. wnioskuje, że w etyologii jego najważniejszym momentem usposabiającym jest dziedziczność i wiek. Zgadza się to z zapatrywaniem się jego na jąkanie, jako na nerwicę funkcyjnalną, analogiczną histeryi, neurastenii i t. d. Dopiero po tych dwu momentach usposabiających idą wywołujące, jak uraz, naśladownictwo, choroby mózgowo, infekcyjne i t. d. Opisuje dalej szczegółowo objawy jąkania głosowego, oddechowego i artykulacyj-

nego, przytaczając na każdą z tych form odpowiednie własne spostrzeżenia. Źródło jąkania widzi w pobudzeniu ruchowych ośrodków mowy, przyjmuje więc jąkanie za nerwicę kurczową, funkcjonalną. Leczenie dzieli na ogólne i miejscowe. To ostatnie opiera się na świadomej gimnastyce trzech składników mowy, ażeby w przyszłości, t. j. po wyleczeniu, można jej było używać bezwiednie. Oprócz tego przy odpowiednich wskazaniach miejscowo stosuje stały prąd, a przy ogólnem leczeniu: brom, hydroterapię i t. d. Wyniki lecznicze, jakie dotychczasowo otrzymał, są bardzo zadawalniające. Z 21 osób, które ukończyły cały kurs leczniczy 19 wyzdrowiało, a 2 doznały znakomitej poprawy. Z tej liczby powroty były w dwu przypadkach (jeden wskutek dyfterytu, drugi z powodu niedbalstwa otoczenia). Obaj chorzy po powtórznem leczeniu, które zazwyczaj w takich razach trwa bardzo krótko, powrócili do zdrowia. Wogóle powroty trafiają się stosunkowo dość rzadko. Trudne do leczenia przypadki jąkania są te, gdzie chory przebywa w otoczeniu jąkałów, u niedbałych i mało inteligentnych chorych, wreszcie u dzieci, niemających żadnej opieki. W takiego to rodzaju przypadkach internat nieodzownie jest wskazany.

Kol. O. sądzi, że omawiana nerwica w niedługim czasie, winna znaleźć miejsce w podręcznikach patologii chorób wewnętrznych, co ułatwi jej rozpoznanie, a więc i zastosowanie odpowiedniego leczenia.

Bełkotanie rozdziela kol. O. na ogólne, organicznego pochodzenia, jakie mamy przy *sclerosis disseminata*, *paralysis progressiva* etc. i funkcjonalne, wskutek niewłaściwego używania dróg łączących ośrodki obrazów słuchowych mowy z ruchowymi. Przyczyną tego ostatniego, oprócz złego wzoru mowy, jest upośledzenie władz umysłowych i przebyte cierpienia mózgowie. Zboczenie to, z powodu zupełnie niezrozumiałej mowy, nosi nazwę hotentotyizmu, podobnie jak analogiczne zboczenie w piśmie, mianujemy bełkotaniem pisma. Następnie kol. O. opisuje kilka przypadków ogólnego bełkotania. Częściowe bełkotanie rozdziela się na funkcjonalne, wskutek braku wprawy organów artykulacyjnych, przyjmowania właściwego im położenia dla wytwarzania dźwięków i organiczne, uwarunkowane zmianami organicznymi organów artykulacyjnych jamy ustnej. Wyniki lecznicze, jakie otrzymał tak przy ogólnem bełkotaniu funkcjonalnem, jak też i częściowem są dobre.

Mowa nosowa właściwie powinna być zaliczona do bełkotania, gdyż oprócz nosowego dźwięku, jaki bywa przy *rhinolalia clausa*, z powodu rozdziału wydechane powietrze na dwie drogi, mamy także niewyraźne wymawianie głosek. Szczególniej uwydatnia się to przy *rhinolalia aperta*, zależnej od defektów podniebienia, gdzie oprócz nosowej mowy chorzy większą część głosek wymawiają niewyraźnie, a niektórych z nich, jak np. wybuchowych, nie są w możności wytwarzać. Kol. O. podnosi ważność interwencji logopatologa przy mowie nosowej, w tych przypadkach, gdzie trzeba stosować swoistą gimnastykę podniebienia miękkiego, lub też w przypadkach, gdzie obok tejże gimnastyki potrzeba wyrabiać brakujące dźwięki, lub poprawiać źle wymawiane,

jak to bywa przy defektach podniebienia. Chirurgiczna interwencja w tej ostatniej jest dotychczasowo w zupełnym zaniedbaniu u nas z tego powodu, że sama operacja, bez pomocy lekarza, zajmującego się zбочeniami mowy nie prowadzi do celu.

Opisawszy szczegółowo 7 form afazji według szematu LICHTHEIM'a z modyfikacją WERNICKIEGO kol. O. rozdziela je na organiczne i funkcjonalne. Z ostatniego rodzaju niemot zaznacza ważność afazji wrodzonej u dzieci, czyniąc ją zależną od braku wyrobienia dróg idących od ośrodków ideacyi do ośrodków ruchowych, pomimo istniejących obrazów słuchowych, gdyż dzieci takie słyszą, rozumieją mowę, a tylko same nic mówić nie mogą. W etyologii tej ciekawej wady u dzieci inteligentnych odgrywają ważną rolę przebyte cierpienia mózgowie, wrodzone lenistwo do mowy i wyrosła adenoidalne. Upośledzenie władz umysłowych wywołuje takąż niemotę u idjotów i głuptasów. Opierając się na spostrzeżeniach innych autorów, jako też na własnych, kol. O. czyni możliwem leczenie zarówno organicznych niemot, jak i funkcjonalnych.

Opisawszy w krótkości dyslogiję, oraz zбочenia mowy u głuptasów i idjotów, w zakończeniu swego przemówienia kol. O. sformułował związek logopatologii z wieloma gałęziami wiedzy medycznej i sposób, w jaki ona rozszerza jej zakres, a z tego względu uzasadnił nadaną jej nazwę (Autoreferat).

W dyskusyi kol. RYCHLIŃSKI zwraca przedewszystkiem uwagę, że autor niesłusznie pominął sprawy nowotworowe mózgowia, jako moment przyczynowy do powstawania *dysarthriae*. Do objawów bowiem nowotworów, w pewnej okolicy mózgu umiejscowionych, należy i *dysarthria*.

Następnie prosi kol. R. prelegenta o wyjaśnienie, jakim sposobem drogą ćwiczenia można powołać do funkcyi te ośrodki mózgu, które dzięki sprawom organicznym, jakie przechodził dany osobnik w niemowlęctwie zniszczone zostały. Ogniskowe porażenia mózgu można wyrównać, jeżeli istniały pewien okres czasu, jeżeli zaś okres ten trwał długi czas (lat 12 — 13 o których wspomina prelegent) to wyrównanie ich jest niemożliwe. Wiadomem jest, że jeżeli funkcyja pewnej drogi przewodniczej, lub samego ośrodka, przez długi okres czasu jest upośledzona, to w końcu zanika i włókno nerwowe i ośrodek stosowny; jakim więc sposobem można sobie wytłomaczyć objaśnienie dane przez prelegenta co do hotentotyzmu, istniejącego od urodzenia. Kol. O., opierając się na szemacie LICHTHEIM'a przypuszcza, że przy tego rodzaju bełkotaniu ośrodki A. B. M. od urodzenia funkcyjowały prawidłowo, tylko drogi pomiędzy tymi ośrodkami funkcyjowały nieprawidłowo. Gdyby sprawy te istniały rok, dwa i krócej, te przypuszcza kol. R., że wyrównanie niedokładności byłoby możebnem, jeżeli zaś funkcyja ich od urodzenia, aż do kilkunastu lat była nieprawidłowa, to trzeba przypuszczać, że istnieją pewne zmiany organiczne, czy to we włóknach nerwowych, czy też w samych komórkach korowych, które usunięte być

nie mogą. Może być, że praktyka daje kol. O. w podobnych przypadkach dobre rezultaty, lecz prawdopodobnie objaśnienia dla tych wypadków powinniśmy szukać gdzieindziej, nie tam i nie tak, jak to chce prelegent. Wreszcie kol. R. nie rozumie, co to znaczy funkcyjnalna wrodzona afazyja u tych osobników, które przechodziły w niemowlęctwie cierpienia mózgu, t. j. cierpienia organiczne i najczęściej rozlane.

SEKRETARZ STAŁY przypomina o swoich komunikatach, dotyczących afazyi; spostrzegął on dwa przypadki, w których bez interwencji lekarskiej ośrodki mowy wyrobiły się same przez się. W pierwszym przypadku nowotwór dużych rozmiarów (*osteo sarcoma*) zajmował kość czołową; guz wtórny był na wewnętrznej powierzchni opony twardej i ten uciskiem spowodował zniszczenie lewego płatu czołowego; mimo to chora była przytomna, mówiła i zachowała inteligencyję, co dowodzi, że ośrodek mowy wytworzył się stopniowo w prawej półkuli. W drugim przypadku nowotwór znajdował się w lewym oczodole, rósł powoli i przez otwór nerwu wzrokowego drażył do jamy czaszki. O rozmiarach guza daje pojęcie to, że *foramen opticum* było wielkości srebrnego rubla. Nowotwór ten skutkiem ucisku wywołał zanik ośrodka mowy, a mimo to chory mówił i był inteligentny. Mówca wówczas już zwracał uwagę na to, że powolne zniszczenie danego ośrodka w jednej półkuli powoduje rozwój analogicznego ośrodka w drugiej; przy szybkim zaś zniszczeniu kompensata taka nie ma miejsca.

Kol. OLTUSZEWSKI odpowiada, że przy ogólnem funkcyjnalnem bełkotaniu istnieją ośrodki mowy i drogi je łączące, a cierpienie polega jedynie na niewłaściwem użyciu tych dróg. Co do funkcyjnalnych wrodzonych afazyj, to także nie może być tu mowy o żadnym zaniku, gdyż ośrodki mowy istnieją, a brakuje tylko wyrobienia drogi, łączącej ośrodki ideacyi z ośrodkami ruchowymi. Co się zaś tyczy organicznej afazyi t. j. niemoty, gdzie brakuje jednego z ośrodków mowy, lub dróg łączących, to tutaj zanik ten aż nadto jest zrozumiały, a leczenie polega na wyrobieniu dróg łączących w lewej półkuli, a nawet na wytworzeniu nowych ośrodków w prawej. Co zaś do metody leczniczej, to całokształt jej, z powodu zbyt małej ilości odnośnych obserwacyj, jak na teraz nie może być jeszcze ściśle sformułowany.

W odpowiedzi na powyższe wyjaśnienie kol. RYCHLIŃSKI zauważył: wypadki przytoczone przez SEKRETARZA STAŁEGO, potwierdzają tylko to, o czem mówił poprzednio, gdyż dotyczą one osobników, u których tkanka mózgową częściowo tylko była zniszczona i dotyczą takich osobników, którzy przedtem dobrze mówili; kol. R. pyta się nie o podobne przypadki, które często się napotykają, lecz o te, w których, dzięki rozlanej sprawie zapalnej w samej istocie mózgu, są zniszczone ośrodki mózgowia od pierwszej niemal chwili ich rozwoju.

Co się tyczy odpowiedzi danej na ostatnie zapytanie, kol. R. zaznacza, że istnieje pomiędzy nim i prelegentem pewne nieporozumienie w samem określeniu; kol. O. bowiem nie chce zrozumieć, że jeżeli pe-

wien ośrodek został zniszczony, to sprawy, która zaszła w tym ośrodku, nie możemy nazywać funkcyjonalną, lecz już organiczną.

Prof. BARANOWSKI proponuje, aby dla łatwiejszego wzajemnego porozumienia się kol. OŁTUSZEWSKI odczytał choć jedną historję wyleczonej afazyi; propozycja ta ze względu na brak czasu nie mogła być uwzględniona.

Następnie zabrał głos kol. BIERNACKI i w długim swem przemówieniu wygłosił co następuje:

Kol. OŁTUSZEWSKI w odczycie swym twierdził, jakoby kwestyja afazyi w wieku dzieciennym leżała w nauce zupełnie odłogiem. Tymczasem tak nie jest. TREITEL np. poświęcił pytaniu temu całą pracę. U dzieci afazyja może powstać z tych samych przyczyn, co i u dorosłych, a więc, czy wskutek nowotworu, czy wylewu lub zastoju w mózgu etc. etc.; chociaż naturalnie ten sposób powstawania afazyi w wieku dzieciennym zdarza się daleko rzadziej, niż w wieku dojrzałym. Najciekawszymi są przypadki t. zw. afazyj wrodzonych, gdzie dzieci fizycznie zupełnie dobrze rozwinięte, zupełnie zdrowe, bez jakiegokolwiek cierpienia ośrodków nerwowych, we wczesnem dzieciństwie nie mówią do roku 8-go, 10-go, a nawet do kilkunastu lat życia. TREITEL poświęca dużo miejsca w swej broszurze tym afazyjom wrodzonym, przytacza własne spostrzeżenia i cytuje liczne przypadki z literatury.

Geneza tego rodzaju afazyj jest zupełnie ciemna. Kol. B. spostrzegł bardzo ciekawy przykład afazyi wrodzonej w roku zeszłym u 9-cio letniego chłopczyka. Osobnik ten nie nie mówił, z wyjątkiem wyrazów „mama“ i „papa“, nie umiał także powtarzać wyrazów, chociaż wszystko rozumiał doskonale. Był to chłopiec fizycznie bardzo dobrze rozwinięty, żadnych chorób nie przebywał, ani też nie był dziedzicznie obciążony. Według świadectwa ojca, który go przyprowadził, osobnik ten był bardzo sprytny i miał dobrą pamięć; mówca sam mógł stwierdzić żywość charakteru i inteligencyję: chłopczyk pokazywał żądane przedmioty, określał mimiką ich użytek, wykazywał na palcach wiek swój i t. p. Być może, że przyczyną takich wrodzonych afazyj jest niedorozwój anatomiczny ośrodka mowy Broca.

Drugi punkt, w którym kol. B. nie zgadza się z kol. O., obejmuje zapatrywanie się na szemat LICHTHEIM'a. Jest to szemat czysto teoretyczny i w ostatnich czasach zaczyna szybko tracić prawo obywatelstwa. Właściwie mówiąc, co do afazyi, p e w n i k ó w naukowych mamy niezmiernie mało, chociaż materiału klinicznego zebrano już bardzo dużo. P e w n e m jest 1) czego dowiódł BROCA, że cierpienie tylnej trzeciej części lewego trzeciego zawoju czołowego stoi w związku z utratą mowy ruchowej; 2) co wykazał WERNICKE, że cierpienie pierwszego lewego zawoju skroniowego warunkuje głuchotę psychiczną: chory może mówić i słyszy wszystko, ale nie rozumie tego, co słyszy. Te spostrzeżenia BROCA (1860) i WERNICKE'go (1874), gdzie dwóm różnym zaburzeniom mowy odpowiadały zmiany w dwóch różnych miejscach kory mózgowej, stały się podstawą dalszych badań nad afazyją

i nadały tym badaniom kierunek anatomiczno-lokalistyczny. Opracowywano to pytanie zarówno gorliwie we Francyi, jak w Niemczech, chociaż w obu tych krajach badania nad afazyją poszły różnemi drogami. We Francyi zastanawiano się głównie nad czystymi formami zaburzeń czterech składników mowy, oprócz afazyi ruchowej (czyli afemii według BROCA) i głuchoty psychicznej (*surdité verbale*), starano się znaleźć lokalizację dla ślepoty psychicznej (*cecité verbale*), warunkując aleksyję i dla „agrafii“. Takiemu kierunkowi badania hołdował CHARCOT, a za nim i inni. Wedle wyników tych badań, autorowie francuzcy mniemają, że „*cecité verbale*“, a więc niemożność czytania, zależy od cierpienia dolnego lewego zawoju ciemieniowego (*lobulus parietalis inferior*), a „agrafija“ od cierpienia tylnych części drugiego zawoju czołowego i wogóle miejsca w pobliżu lub identycznego z ośrodkami psychotoryjnymi dla kończyny górnej.

Tymczasem doświadczenie kliniczne dowodzi, że czyste przypadki zaburzeń mowy zdarzają się nader rzadko, że najczęściej mamy do czynienia z przypadkami powikłanymi, gdzie zaburzenia w dziedzinie czterech składników mowy kojarzą się w najróżnorodniejszy sposób, tak np., że oprócz przypadków niemoty ruchowej z utratą zdolności pisanania istnieją przypadki afemii bez tej utraty i t. p., i t. p. Otóż niemcy wbrew francuzom zwrócili uwagę właśnie na przypadki skomplikowane, ale pozostając ciągle na gruncie lokalistycznym, zaczęli je objaśniać w duchu nauk MEYNERT'a i twierdzić, że zaburzenia mowy mogą się zjawiać nie tylko na skutek cierpienia ośrodka BROCA lub ośrodka WERNICKE'go, ale i wskutek cierpienia włókien, łączących zarówno te dwa ośrodki pomiędzy sobą, jak i z innymi (włókna asocjacyjne), inaczej podzieliłi oni afazyje na *Centrum-* i *Leitungsaphasien*. Początek tej nauce dał już WERNICKE, który widział, że często niemożliwie jest sprowadzić kliniczny przypadek afazyi do cierpienia tylko ośrodków: i autor ten np. parafazyję czynił zależną od cierpienia włókien, łączących ośrodek BROCA z ośrodkiem słuchowym, a przechodzący w *insula Reillii*. Głównie jednak pytanie o *Leitungsaphasien* wysunął na pierwszy plan LICHTHEIM, którego prace z bardzo małemi modyfikacjami znalazły zupełną aprobatę u WERNICKE'go, i w myśl szematu LICHTHEIM'a przyjęto siedm form klinicznych afazyi. Wszystkie te siedm form LICHTHEIM mógł ilustrować klinicznemi spostrzeżeniami.

Ale dalsze badania w tym kierunku wykazały, że przyjmując szemat LICHTHEIM'a, będziemy spotykać daleko więcej wyjątków, niż przypadków zgodnych z regułą tego autora; i nie tylko na sekcjach nie znajdowano zmian w odpowiednich miejscach, ale nieraz nie można było podprowadzić czysto klinicznych spostrzeżeń pod jedną z siedmiu form LICHTHEIM'a. Tak np. stwierdzono wielokrotnie na autopsyjach, że zmiany anatomiczne w *insula Reillii* mogą warunkować czystą afazyję ruchową, zupełnie jak i cierpienia ośrodka BROCA, a wcale nie parafazyję, jak chcieli teoretycznie WERNICKE i LICHTHEIM.

Tego rodzaju i inne spostrzeżenia działy, że w Niemczech w kwestyi afazyi zjawił się zwrot w zupełnie inną stronę i nie tylko teoryje LICHTHEIM'a, które nb. we Francyi bardzo mały oddźwięk znalazły, tracą powszechne uznanie, ale i wogóle zaczyna się chwiać dawniejszy kierunek badań, przy którym *coute que coute*, chciano wszelkie przejawy afatyczne objaśniać zmianami w różnych punktach i składnikach kory mózgowej. Niedawno FREUD wydał ciekawą broszurę: „*Zur Auffassung der Afasien*“, w której poddaje bardzo silnej krytyce cały szemat LICHTHEIM'a, a zgodnie z nim i GOLDSCHIEDER, w rozwinięciu poglądów BASTIAN'a mniema, że nieraz nietylko zmiana w tem lub innym miejscu kory mózgowej, ile zaburzenia jej czynności, a specyalnie zaburzenia pamięci, w sferze różnych składników mowy, warunkują obraz kliniczny afazyi. Zdaje się, że jest to głębsze i szersze pojmowanie kwestyi afazyi, niż u poprzedników. Idąc konsekwentnie w kierunku anatomiczno-lokalistycznym, doszlibyśmy wobec niezmiernej różnorodności przypadków afazyi do tego, że np. rzeczowniki umiejscowilibyśmy w tem, a przymiotniki w innym miejscu kory i t. d.

W końcu kol. B. robi uwagę co do leczenia afazyi. Jeśli mamy do czynienia z leczeniem jakania, to łatwo przytoczyć dowód, że pewien sposób czy metoda mogą być w tem cierpieniu skuteczne: np. gdy osobnik zaczyna po zastosowaniu leczenia mówić lepiej w przeciągu kilku tygodni lub miesięcy, podczas gdy przedtem całe lata źle mówił. Inna rzecz z przypadkami afazyi, o której samoistnym przebiegu mało rzeczywiście mówi nauka. A tymczasem rzecz niewątpliwa, że, nie mówiąc naturalnie o afazyjach wskutek nowotworu, czy ropnia i innych postępujących spraw, bardzo niewielu z tych, którzy wskutek wylewu krwi lub zatoru etc. w mózgu, dostają afazyi, pozostaje do końca życia, i wogóle przez czas dłuższy afatykami. Za najprostszy przykład może służyć przypadek, który niedawno kol. B. spostrzegł, gdzie afazyja motoryczna (*subcortical motorische Aphasie* według LICHTHEIM'a), już w 10 dni po insulcie apoplektycznym uległa znacznej poprawie. I wogóle samodzielne, zupełnie niespodziane zwroty ku lepszemu, nawet przy kilkumiesięcznym trwaniu zaburzeń afatycznych, często się dają widzieć. Wobec tego wątpliwym dowodem skuteczności metody leczniczej będzie np. wspomniany przez kol. O. przypadek, w którym przy pięciomiesięcznym trwaniu afazyi, chory po 2½ miesięcznej odpowiedniej kuracyi zaczął lepiej mówić. (Autoreferat).

Kol. OZTUŚZEWSKI odpowiada, że pomimo niektórych prac nowszych, zaprzeczających, i to tylko do pewnego stopnia, ścisłości umiejscowienia dróg i ośrodków podanych w szemacie, główne jej typy stały się dotąd niewzruszalne, jako poparte licznymi sekcjami. Zadaniem właśnie przyszłości jest wypełnienie luk i braków w tym względzie, jak również ścisła kontrola tego, co on podaje. Co do nieuwzględnienia nowych prac, to kol. O. zaznacza, jak to zresztą zamieścił w swoim odczycie, że prace te, oparte przeważnie na danych psychologicznych, ma zamiar uwzględnić niezadługo w specjalnej pracy, po-

święconej afazji, nie uważał więc za stosowne w zwykłym sprawozdaniu wikłać rzecz i tak samą przez się niezmiernie trudną. Wyleczalność siłami przyrody afazji, po kilkunastu dniach, miesiącu, a nawet i dłużej, należy do rzeczy powszechnie wiadomych, i takich prelegent nie miał wcale na widoku, gdyż, jeżeli ma być mowa o leczeniu niemot organicznych, to jedynie ma się na uwadze przypadki, trwające pół roku i dłużej, gdzie samo wyleczenie staje się mniej niż prawdopodobne. Wreszcie, co się tyczy literatury tego przedmiotu, to kol. O. bynajmniej nie miał na widoku literatury zawodowej, w której oprócz znanych mu przypadków TREITL'a istnieją całe dziesiątki podobnych, a jedynie podręczniki chorób nerwowych, gdzie nawet w najobszerniejszym z nich nie znalazł o tem ważnem cierpieniu najmniejszej wzmianki.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *St. Markiewicz.*

SEKRETARZ *Szumlański.*

Posiedzenie kliniczne dnia 3 Października 1893 roku.

PREZES **Przewoński.**

Obecnych członków 51.

T r e ś ć: PREZES zawiadamia o przyznaniu stypendyjów z zapisu D-rów KACZOROWSKIEGO i GOŁĘBIEWSKIEGO.

Prof. KOSIŃSKI — Przedstawienie chorego po operacji *hypospadiasis*.

Kol. SOKOŁOWSKI i Prof. BRODOWSKI — Przyczynek do kazuistyki tętniaków aorty.

I. Protokół ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. **N a d e s ł a n o:** a) GRUNDZACH — *Ueber die Asche des normalen Kothes*; b) GRUNDZACH i MINTZ — Zwężenie bliznowe odźwiernika. Przerost odźwiernika. — Rozstrzeń wtórna żołądka. — Gastroenterostomija. — Wyzdrowienie.

III. PREZES zawiadamia, że Komitet stypendyjalny przyznał na r. b. stypendyja następującym studentom wydziału lekarskiego: a) z zapisu dra KOCZOROWSKIEGO: OSSOWSKIEMU Waleremu, ZIEMNICKIEMU Maksymilijanowi, OSTASZEWSKIEMU Leonowi i PAŁĘCKIEMU Adamowi z 5-go kursu; KŁOCOWI Eugéniuszowi i MARCZEWSKIEMU Józefowi z 4-go kursu; b) z zapisu dra GOŁĘBIEWSKIEGO: ANTECKIEMU Stanisławowi z 2-go kursu.

IV. Prof. KOSIŃSKI przedstawia chorego po operacji plastycznej *hypospadiasis*. Brak dolnej ściany cewki na całej prawie długości prącia, został załatany dwoma płatami skóry, odseparowanymi po obu stro-

nach cewki i założonymi jeden na drugi w ten sposób, że powierzchownie okrwawione po odwróceniu stykały się z sobą; po nałożeniu szwów nastąpiło zupełne zagojenie.

V. Kol. Sokołowski odczytał rzecz „O tętniakach aorty“.

Mówca zaznacza, że przypadki tętniaków z objawami charakterystycznymi spotyka się bardzo rzadko, najczęściej zaś przebiegają one skrycie i dają powód do licznych błędów rozpoznawczych. Kol. S. spostrzegł w ostatnich czasach kilka przypadków tego rodzaju i podaje ich opis, uważając że są one dla lekarzy praktyków niezmiernie ważne. W 1-y m przypadku (przedstawionym na posiedzeniu) był tętniak aorty brzusznej, chory 64-letni, strażnik na komorze, spadł przed 5 laty z wagonu, poczem uczuł mocny ból w prawym boku, następnie w lewym i w krzyżu; bóle te z początku były słabsze, pozwalały choremu oddawać się zwykłym zajęciom, od czasu do czasu jedynie wzmagaly się i zniewalały do leżenia w łóżku, od roku dopiero męczą go nieustannie i zmuszają do ciągłego pobytu w szpitalu. Badanie dokonane przez kol. S. przed 2 tygodniami wykazało: mężczyzna słusznego wzrostu, dobrze odżywiany, tętno około 70, pełne; serce nieco powiększone, uderzenie wierzchołkowe rozlane, w aorcie szmer skurezowy, brzuch umiarkowanie wzdęty, w okolicy podmostkowej przy ucisku ręką mocny ból, w głębi na przestrzeni 10 ctm. wyczuwa się guz elastyczny, tętniący, przy wysłuchiowaniu stetoskopem słycać na miejscu guza wyraźny szmer skurezowy, jednoczesny z tętnem promieniowem i tętnicy biodrowej; w tej ostatniej jednak występuje od czasu do czasu opóźnienie tętna. Na podstawie tych objawów mianowicie: a) upartych bólów, całe lata trwających, b) guza tętniącego ze szmerem i c) opóźnienia tętna rozpoznano tętniaka aorty brzusznej, który stanowi cierpienie stosunkowo rzadkie. Kol. S. spostrzegł je raz jeden tylko; w naszej literaturze jeden przypadek opisał kol. PAWIŃSKI.

Analizując powyższe objawy, kol. Sok. przypomina o klasycznej pracy STOKES'a, w której autor ten zwraca uwagę na takie przypadki tętniaków aorty brzusznej, w których bóle były jedynym objawem; zdaniem STOKES'a bóle same przez się upoważniają do rozpoznania tętniaka. Niektórzy autorowie wspominają, że chorzy tacy przyjmują chętnie położenie na brzuchu, przy którym bóle mają się zmniejszać; kol. S. tego jednak nie spostrzegł. Obecność guza jest, zdaniem mówcy, ważnym objawem, ale tylko obok innych, sam przez się wielkiego znaczenia nie posiada, szmer daje bardzo ważne wskazówki, opóźnianie zaś tętna nie ma wielkiej wagi, gdyż najczęściej brak tego objawu. Momentem przyczynowym był w danym przypadku bez wątpienia uraz.

Tętniaki aorty piersiowej zdarzają się również rzadko i nieraz przebiegają skrycie; jednym z charakterystycznych ich objawów są uparte bóle międzybrowe. Kol. S. spostrzegł mężczyznę 30-letniego, który skarżył się na silne, od 2 lat trwające bóle międzybrowe, to z prawej to z lewej strony; przy badaniu żadnych zmian nie znaleziono. Chory zmarł w jednej z klinik niemieckich, a sekcya wykazała tętnia-

ka aorty piersiowej. Tętniaki umiejscowione na przedniej ścianie łuku aorty, dają zazwyczaj typowe objawy, natomiast tętniaki na tylnej części łuku, przebiegają najczęściej skrycie. Kol. S. widział w z. m. chorego z objawami astmy, trwającej od 3 dni. Napady astmy powtarzały się u niego od 3 miesięcy, pierwszy trwał około 12-u dni, drugi, w 3 tygodnie po pierwszym 10 dni, ostatni przed 3 tygodniami również trwał kilka dni. Chory żył umiarkowanie, przymiotu nie przechodził. Napad duszności przypomina zwykły napad astmy nerwowej. Przy badaniu znaleziono w płucach typowe objawy astmy oskrzelowej, w sereu zmian żadnych, białka w moczu nie było. Uderzała tu długość trwania napadów i bezskuteczność środków, pomocnych zazwyczaj przy astmie oskrzelowej. Przy bardziej szczegółowem badaniu kol. S. był w stanie wysłuchać szmer skurczowy w okolicy międzyłopatkowej prawej, co naprowadziło Go na myśl, że napady duszności zależą od ucisku tchawicy przez tętniak aorty. Chory zmarł, a sekcya potwierdziła rozpoznanie tętniaka (szczegóły sekcyci patrz w przemówieniu Sekretarza Stałego).

Z powodu tego przypadku kol. S. zwraca uwagę, że napady astmy, trwające tak długo, są zawsze podejrzane, gdyż napady czystej astmy trwają zawsze krótko. Tutaj zależały one od występującego od czasu do czasu, przy powiększaniu worka tętniaka, ucisku na nerw błędny, przylegający do worka: z chwilą wystąpienia ucisku tchawicy i głośni napady astmy ustępują miejsca stałej duszności. Rozpoznanie przy objawach uciskowych jest łatwiejsze, lecz także trudne i istnieje możliwość zmieszania tętniaka z guzem śródpiersia, jeżeli nie ma innych objawów, właściwych jednemu z tych cierpień.

Tętniaki dolnej powierzchni łuku również przebiegają bardzo często skrycie. Może przy nich występować podrażnienie lewego nerwu krtaniowego zwrotnego, zdradzające się bólem przy połykaniu, skurczem gardzieli, duszącym kaszlem, zaduszaniem lub kurczem głośni. W braku innych objawów, cierpienie to uważane jest zwykle za nerwowe. Przypadek tego rodzaju przedstawił kol. S. na posiedzeniu. Dotyczy on mężczyzny 52-letniego, skarżącego się na duszność i bolesne połykanie; przed 17 laty miał jakoby szankra, używał dużo trunków, przed rokiem po doznany urazie, stan się pogorszył. Przy badaniu zmian żadnych nie znaleziono, zdaje się tylko, że tętno w tętnicach promieniowych nie jest równe. Przypadek jest trudny do rozpoznania, kol. S. przypuszcza istnienie tętniaka łuku.

Jeżeli istnieją wyraźne objawy porażenia nerwu zwrotnego z typowym obrazem laryngoskopowym, wówczas podejrzenie tętniaka jest o wiele prawdopodobniejsze i każdy nowy objaw ma wielkie znaczenie rozpoznawcze.

Przy porażeniu obu nerwów zwrotnych rozpoznanie jest bardzo trudne. Przypadek tego rodzaju kol. S. spostrzegął na klinice prof. Kosińskiego; chory przybył z prowincyi, gdzie z powodu duszności dokonano przecięcia tchawicy, pomimo to duszność trwała; badanie krtani

wykazało porażenie obu nerwów zwrotnych, t. j. zupełne zwężenie szpary głosowej i zupełną nieruchomość strun, tak przy wdechu, jak i przy fonacji. Innych zmian ani w krtani, ani w pozostałych narządach nie wykryto. Po kilku tygodniach pobytu w klinice chory zmarł z krwotoku; przy badaniu pośmiertnym znaleziono tętniak na tylnej części łuku aorty.

W uzupełnieniu powyższego odczytu SEKRETARZ STAŁY przedstawił preparat anatomiczny i opisał zmiany w sercu i aorcie, znalezione przy sekcji chorego z tętniakiem łuku i aorty wstępującej. Serce normalnej wielkości, żadnych zmian zastawkowych nie przedstawia, mięsień błady i wiotki. Powierzchnia wewnętrzna aorty wstępującej i łuku przedstawia sprawę miażdżycową, w wysokim stopniu rozwoju; na tylnej ścianie łuku tętniak workowaty z otworem okrągłym, mającym około 3 ctm. średnicy; z otworu tego wchodzi się do worka tętniaka, którego ściankę stanowią, z jednej strony skrzepy krwi, z drugiej ścieńczała i rozerwana ścianka tchawicy, tuż nad miejscem podziału. Obok tego tętniaka, poniżej i od tyłu, znajdują się dwa inne mniejsze (średnica ich wynosi 4—6 mm.), niepęknięte, lecz o mocno ścieńczonej ściance; jeszcze niżej na części wstępującej aorty, na jej tylnej ścianie, tętniak tej samej wielkości i formy.

Wobec tak rozległej sprawy miażdżycowej rodzi się pytanie, czy nie ma związku pomiędzy nią i tętniakami workowatymi i czy nie ona wywołała to rozszerzenie. Tak zapatrywał się na te sprawy jeszcze ROKITANSKY, niwzyszysej jednak zgadzali się na ten pogląd i zwracali uwagę, że sprawy ateromatyczne są bardzo częste, w podszłym wieku prawie normalne, tętniaki zaś spotykają się rzadko i najczęściej między 35—45 rokiem życia; że dalej sprawa miażdżycowa bywa również prawie często u mężczyzn i u kobiet, statystyka zaś tętniaków podaje, że na 10 przypadków 9 bywa u mężczyzn, a 1 u kobiet. Te uwagi zwróciły myśli w inną stronę i poczęto szukać zmian w błonie wewnętrznej. KOESTER wygłosił pogląd, że powstawanie tętniaków zależy od *mesoarteritis fibrosa*, t. j. sprawy, wskutek której błona średnia podlega przeistoczeniu włóknistemu: włókna sprężyste i mięsne zastępuje zbita tkanka łączna, która wszakże nie jest w stanie stawić takiego odporu ciśnieniu krwi, jak niezmienniona ściana tętnic. Na to również niwzyszysej się zgadzali, nie dla tego, żeby takie zmiany nigdy nie miały powodować rozszerzeń workowatych tętnic, lecz że nierzadko dawały się spostrzegać początki takich rozszerzeń bez najmniejszego śladu *mesoarteritidis*. BRODOWSKI także spostrzegał wielogniskowe nawet takie przeistoczenia włókniste błony średniej aorty wstępującej, wskutek czego błona jej wewnętrzna była pomarszczona, lecz tym razem miało miejsce nie workowate, lecz rozlane rozszerzenie odnośnej części aorty. W nowszych czasach EPPINGER, badając ograniczone rozszerzenia doszedł do wniosku, że przy powstawaniu tętniaków, ważną rolę przyczynową grają pęknięcia sprężystych włókien błony średniej w arterjach. Że takie pęknięcia i to nietylko włókien sprężystych, lecz całej

blony średniej i wewnętrznej, mają miejsce w takiej nawet arteryi jak aorta, dowodzą tego t. zw. *aneurysmata dissecantia* tego naczynia; co ważniejsza, że najtroskliwsze badania mikroskopowe, co i mówcy niejednokrotnie się zdarzało, nie były w stanie wykryć w takich razach jakichkolwiek bądź zmian w budowie ścian aorty. A jednak wobec znanej odporności ścian tętnie normalnych powielekroć nawet powiększonemu ciśnieniu wewnętrznemu, niepodobna przypuścić, żeby w omawianych razach żadnych zmian w rzeczonej budowie nie było, musiały one mieć miejsce w tych ustrojowych cząsteczkach odnośnych pierwocin, które są niedostępne naszym narzędziom optycznym. Że wreszcie pęknięcia włókien sprężystych nie są właściwością tętniaków workowatych dowiodły badania MANCHOT'a, dokonane w pracowni v RECKLINGHAUSEN'a, które dowiodły, że podobne pęknięcia mają miejsce przy rozszerzeniach rozlanych tętnic. Najnowsze poszukiwania THOMA, doprowadziły do tego poglądu, że arterioskleroza gra ważną rolę w powstawaniu tętniaków, lecz według niego sprawa ta ma być następstwem upadku ogólnego odżywiania, który powoduje zwątlenie błony średniej tętnicy. Pod wpływem tego zwątlenia powstaje rozszerzenie jej światła, a w następstwie kompensacyjny rozrost błony wewnętrznej, dla zniesienia tego rozszerzenia i wzmocnienia nadwątlonej ściany; gdy jednak kompensacja okaże się niedostateczną, ściana tętnicy w odnośnym miejscu ma się wypuklać, dając początek tej formy rozszerzeniu, które THOMA zowie namiotowem (*aneurysmascenoides*); poczem gdy błona wewnętrzna i środkowa pękna, powstaje rozszerzenie workowate (*a. saciforme*).

Zastanawiając się nad wszystkimi powyższymi sposobami pojmowania genezy tętniaków i biorąc na uwagę, że są kraje (Anglja, Ameryka północna, a według THOMA i prowincyje nadbałtyckie), w których tętniaki są częste, w innych zaś (np. u nas) rzadkie, dalej, że bywają tętniaki dziedziczne, że miał sposobność badania tętniaków workowatych w samym początku ich powstawania, nie większych od ziarna grochu i w tych razach nie widział najmniejszych oznak arteriosklerozy na błonie wewnętrznej, a tylko ścieńczenie na błonie średniej, SEKRETAŹ STAŁY dochodzi do wniosku, że w powstawaniu tego cierpienia bardzo ważną rolę gra wążłość ścian wrodzona, lub odziedziczona, nie wyłączając i nabytej niekiedy, której żaden mikroskop nie jest w stanie wykryć. To uważać należy za moment najważniejszy, usposabiający, przy którym inne momenty przyczynowe, jak uraz, lub usilna praca, mogą wpłynąć na rozwój tętniaka.

W dyskusyi kol. PAWIŃSKI zaznacza, że pod względem klinicznym te właśnie tętniaki aorty brzusznej zasługują na uwagę, które rzeczywiście przebiegają skrycie, t. j. gdzie niema ani guza, ani szmeru; dotyczy to aneuryzmatów rozwijających się wysoko, pod samą przeponą. Przypadek spostrzegany przez kol. P. był bardzo ciekawy pod względem rozpoznawczym, bo jedyny objaw stanowiły bardzo mocne bóle, uspokajające się w pozycji chorej *à la vache*; guza nie wyczuwało się

szmeru nie było; chora miewała obfite wymioty żółciowe. Rozpoznanie było trudne, można je było postawić tylko po wykluczeniu innych cierpień, tem więcej, że podejrzenie tętniaka wzbudzało opóźnienie tętna w kończynach dolnych. Sekcyjna rozpoznanie potwierdziła; znaleziono obok tętniaka aorty brzusznej trzy w aorcie wstępującej; błona wewnętrzna aorty była niezmieniona, tylko lekko pomarszczona, coby przemawiało za poglądem KOESTER'a. Kol. P. widział jeszcze drugi przypadek u mężczyzny 32-letniego, który miał tylko bóle rozchodzące się z okolicy podmostkowej w różnych kierunkach, guza nie można było wyczuć, leczenie żadne nie pomagało. Wykluczając inne cierpienia, podejrzewano tętniak aorty brzusznej, a rozpoznanie to potwierdził prof. BAMBERGER. Chory zmarł nagle skutkiem krwotoku. Wogóle cierpienie to należy do bardzo rzadkich.

Kol. KRYSIŃSKI potwierdza, że w prowincyjach nadbałtyckich, zwłaszcza w Dorpacie, tętniaki spotyka się bardzo często, sprawa zaś miażdżycowa w naczyniach należy do rzadkich. W Saksonii przeciwnie tętniaki są rzeczą rzadką, *arteriosclerosis* bardzo częstą.

Prof. BARANOWSKI zwraca uwagę, że kol. SOKOŁOWSKI, przy rozpoznawaniu tętniaków aorty brzusznej, za najważniejszy objaw uważa bóle i to zupełnie słusznie; na drugim miejscu stawia szmer, a opóźnienie tętna, ma według Niego mniejsze znaczenie. Zdaniem prof. B. szmer w tych razach nie jest zbyt ważnym objawem, gdyż wysłuchując stetoskopem, łatwo spowodować naciśnięcie tętnicy i sztuczne wywołanie szmeru, a powtórę, często wysłuchujemy szmer nie mający żadnego związku z tętniakiem, jeżeli aorta jest uciśnięta przez guz, wysięk, lub t. p. Wobec tego prof. B., nie może uważać szmeru za tak ważny objaw, a z Jego obserwacyj wynika, że jednym z najważniejszych objawów dla rozpoznania tętniaka jest obecność rozległych zmian w układzie naczyniowym wogóle, gdyż nie spostrzegał tętniaków bez zmian miażdżycowych. Być może, że sama miażdżycza nie wystarcza do powstawania tętniaka i grają tu rolę inne czynniki (uraz, ruchy wzmożone i t. p.), lecz usposobienie leży w samej ścianie naczyniowej. Zmiany w tętnie co do objętości i czasu pojawiania się jego są też bardzo ważnym objawem.

Prof. KOSIŃSKI z dowodu przypadku z porażeniem obu nerwów zwrotnych, zwraca uwagę, że tracheotomija przy tętniakach wykonywa się, jako *indicatio vitalis*, przed szczegółowem zbadaniem, a dopiero później okazuje się najczęściej jej bezskuteczność. Są jednak przypadki, w których może ona przynieść ulgę i przypadek taki prof. K. spostrzegł: chora przywieziona do kliniki z gwałtowną dusznością, żyła po tracheotomii przez 3 miesiące; śmierć nastąpiła skutkiem krwotoku. W przypadku tym zwykła rurka okazała się niedostateczną, wprowadzono więc kateter i długą rurkę KOENIG'a. Duszność przy tętniaku zależy niezawsze od podrażnienia nerwów zwrotnych, bo w takim razie tracheotomija byłaby zawsze skuteczna; głównym powodem duszności jest ucisk na tchawicę i jej zwężenie.

Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada, że szmer w opisanym przez się przypadku uważa za objaw bardzo ważny: słycać go przy najlżejszem przyłożeniu stetoskopu, na przestrzeni ściśle ograniczonej. Co się ty-czy etjologii, to prócz urazu, uważa za momenta usposabiające alkoholizm i przymiot. Niektóre z opisanych przypadków dowodzą, że nie-zawsze przy tętniakach istnieją zmiany w całym układzie naczyniowym. Co do tracheotomii przy tętniakach, to kol. S. zaznacza, że robi się ona najczęściej na żądanie chorego i tam gdzie ucisk jest wysoko, może przedłużyć życie chorego. Na to, ażeby duszność zależała wyłącznie od ucisku, kol. S. nie może się zgodzić, a najlepszy dowód tego, że tak nie jest, stanowi jeden z opisanych przypadków, w których duszność występowała przejściowo z powodu podrażnienia nerwu zwrotnego.

Kol. BARANOWSKI, z powodu podniesionej przez SEKRETARZA STA-ŁEGO kwestyi etjologii tętniaków aorty, przypomina o doświadczeniach LEWASZEW'a, który na 5 przypadków krótkotrwałego przewiązania aor-ty brzusznej u psów, w dwóch spostrzegał po jakimś czasie powstanie tętniaka powyżej podwiązki. Doświadczenia powyższe przemawiają za-tem, że nawet przy zupełnie normalnych ścianach aorty (bo te nawet przy drobnowidzowem badaniu okazały się niezmięzionymi), zależnie li tylko od czasowo podniesionego ciśnienia w aorcie, mogą powstać mniej lub więcej znaczne tętniaki.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES dr. *E. Przewoski.*

Sekretarz *Szumlański.*

Posiedzenie kliniczne dnia 17 Października 1893 roku.

PREZES **Przewoski.**

Obecnych członków 56.

Treść: Kol. RYCHLIŃSKI — Przedstawienie chorego z postępują-cym zanikiem mięśni.

Kol. JAKOWSKI — Sprawozdanie z wydawnictwa pamięt-nika Tow. Lekarskiego.

Kol. HEWELKE — W kwestyi leczenia suchot płucnych kreozotem.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. **Na desłano:** 1) Redaktor Pamiętnika odbitkę z pracy R. BARĄCZA p. t. Płytki z brukwi, zamiast płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym sposobem SENN'a. 2) Trudy pierwego sjezda kawkaz-skich wraczej. Cholernaja epidemia 1892 goda na Kawkazie. 3) Dr. fl. A. HOŁOWIŃSKI, podziękowanie za otrzymaną nagrodę konkursową. 4)

Podanie kol. Adama PRZYBOROWSKIEGO o przyjęcie w poczet członków czynnych Towarzystwa; przedstawia kol. KONDRATOWICZ, popierają kol. KAMOCKI i KIJEWSKI. Sprawozdawca kol. SAWICKI.

III. Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił chorego lat 57 z postępującym zanikiem mięśni (*Atrophia musculorum progressiva myopathica*). O ile sądzić można z wywiadów, cierpienie zaczęło się w młodym wieku chorego zanikiem mięśni łopatki: szło powoli, obejmując coraz to nowe grupy mięśniowe, i obecnie z wielu mięśni (*serratus anticus, cucullaris, rhomboidales, latissimus dorsi*) pozostały zaledwie strzępy, szczególnie z lewej strony. Mięśnie ręki pozostały prawie nienaruszone. Dwanaście lat temu zanik zajął i mięśnie dolnych kończyn, od tej daty bowiem rozpoczyna się uczucie osłabienia przy chodzeniu i odrębny chód chorego. Na pierwszy rzut oka zdaje się, że chory ma bezład ruchowy, wpatrując się jednak, zauważyć można, że nieprawidłowość w chodzeniu, jak słusznie zauważył kol. DUNIN, na oddziale którego leżał w zeszłym roku chory, zależy głównie od zaniku mięśni dolnych kończyn. Badanie nie wykazało żadnych zmian czucia, odruchy ścięgnięte i skórne zachowane, pobudliwość na prąd naprowadzony cokolwiek zmniejszona, odczynu zwyrodnienia niema. Badanie pola widzenia wykazało znaczne zwężenie na wszystkie kolory w lewym oku. Chory zjawił się u kol. R. z porady kol. LEŚNIEWSKIEGO, skarżąc się na uczucie odrętwiałości w lewej stopie i na podeszwie. Oprócz tego chory od czasu do czasu miewa silne bóle krzyża, które mu często nie pozwalają zrobić żadnego ruchu. (Autoreferat).

IV. Kol. JAKOWSKI odczytał sprawozdanie z wydawnictwa Pamiętnika Tow. Lekarskiego (będzie pomieszczone w Roczniku Zarządu).

Kol. KONDRATOWICZ zwraca uwagę na stały brak w Pamiętniku życiorysów członków zmarłych, a specjalnie na niepomieszczenie dotychczas życiorysu dra SZOKALSKIEGO.

PREZES odpowiada, że zwłoka nastąpiła z tego powodu, że życiorys ma być odczytany na specjalnem posiedzeniu, jakie się odbędzie w dniu odsłonięcia pomnika. Pomnik ten może być pomieszczony tylko w kościele św. Aleksandra, i stać będzie w tej jego części, która dotychczas, jako niewykończona, jest jeszcze zagrodzoną; dopiero więc po poświęceniu kościoła odbędzie się żałobne nabożeństwo, odsłonięcie pomnika i uroczyste posiedzenie, na którym życiorys zostanie odczytany.

Kol. KONDRATOWICZ jest zdania, że niezależnie od terminu odsłonięcia pomnika, życiorys winien być umieszczony najpóźniej w 4-ym zeszyte Pamiętnika.

SEKRETARZ STAŻY objaśnia, że życiorys nie został pomieszczony dotychczas nie z powodu opóźnienia w odsłonięciu pomnika, a dla tego jedynie, że publiczne uczczenie zasług SZOKALSKIEGO w Towarzystwie musiało uleść zwłoce.

WICE-PREZES zwraca uwagę na niedokładności w liście członków Towarzystwa. Przeglądając i podpisując tę listę, zauważył, że w liczbie członków, zwłaszcza zagranicznych, stale pomieszczeni są tacy, którzy już zmarli, i wnosi, aby zarząd zajął się sprostowaniem błędów.

V. Kol. HEWELKE miał odczyt w kwestyi leczenia suchot płucnych kreozotem. Autor, w celu wywołania dyskusyi nad kwestyą stosowania kreozotu w leczeniu suchot, względnie nad wartością leczniczą tego środka, przedstawia stan obecnej literatury przedmiotu, zarówno ze strony teoretycznej, jak i praktycznej, oraz kilka swoich spostrzeżeń. Co się tyczy strony teoretycznej, kol. H. rozbiera kwestyją antyseptycznego działania na laseczniki gruźlicze kreozotu przez krew. Według GUTTMAN'a obecność we krwi kreozotu 1 : 4000 byłaby dostateczną do powstrzymania rozwoju laseczników. Obecnie, gdy dawki kreozotu podniesiono do ilości, mogących doprowadzić do takiego rozcieńczenia we krwi, a wyleczenia pomimo to niema, teoryja ta traci racyję bytu. Zbijają ją też SEIFERT i HOELSCHER, według których krew zwierzęcia, nasyconego kreozotem, nie przedstawia własności antyseptycznych. Sam autor, badając krew suchotników ze względu na kwestyję infekcyj mieszanych, przekonał się na hodowlach ze krwi osób, zażywających duże ilości kreozotu, że zawiera ona nieraz żywe i zdolne do życia pasorzyty (*staphylococcus*, *streptococcus* i t. p.). Dalej wylicza kol. H. teoryje DINKLER'a, który przypuszcza, że wpływ kreozotu na suchoty jest tylko pośredni, wskutek działania tego środka na żołądek; następnie teoryje SEIFERT'a i HOELSCHER'a, według których gwajakol łączy się z produktami życia laseczników gruźliczych w związki trudniej rozpuszczalne, a łatwiej ulegające spalaniu, i tym sposobem neutralizuje szkodliwy ich wpływ na ustroj. Ze spostrzeżeń praktycznych przytacza autor cały szereg prac, szczególnie z lat ostatnich, których autorowie mniej lub więcej wybitnie podnoszą dobry wpływ kreozotu przy suchotach.

Własne spostrzeżenia kol. H. w 4-ch przypadkach, w których stosował kreozot lub gwajakol podskórnie w większych dawkach (do 1 gr. kreozotu i do 4 grm. gwajakolu), doprowadzają do wniosków raczej ujemnych o działaniu kreozotu na sprawę gruźliczą; w 2-ch bowiem wpływu nie było żadnego, a w 2-ch znaczne pogorszenie; na gorączkę wpływu nie zauważono, na apetyt zato widziano wpływ korzystny; waga ciała spadała.

Autor, poddawszy krytyce niektóre z przytoczonych w literaturze spostrzeżeń, wnioskuje, że nie są one przeprowadzone dosyć ściśle, i że na konto dobrego działania kreozotu zaliczane bywają wpływy korzystne, z innych źródeł wynikające (lepsze warunki higieniczne, usunięcie powikłań). Ostatecznie kol. H. wnioskuje, że kreozot wywiera pewien korzystny wpływ na apetyt i łagodzi kaszel, na samą jednak sprawę gruźliczą nie jest w stanie wpłynąć. (Autoreferat).

Dyskusyję z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. E. Przewoński.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe d. 31 października 1893 r.

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 56.

Treść. Decyzycja komitetu stypendyjnego imienia prof. GIRSZTOWTA.

Dar dla biblioteki od kol. ROLLEGO.

Kol. NEUGEBAUER — Przedstawienie poronionego jaja płodowego.

Kol. JASIŃSKI — Przedstawienie dwóch chorych.

PREZES — Przedstawienie preparatu krtani od zmarłego na cholereę.

Kol. ŚWIĄTECKI — Przebieg cholery w Warszawie w r. b. Dyskusyja nad działaniem kreozotu przy suchotach.

I. Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Nadesłano: 1) A. PRZYBOROWSKI. O ranach postrzałowych brzucha drażących. 2) Prof. BROWICZ: a) W sprawie budowy istoty kitowej beleczków mięsnych serca. b) O znaczeniu zmian istoty kitowej beleczków mięsnych serca. c) O przeszczepialności raka. 3) WOŁKOW: Cholernaja epidemia 1892 goda w Orłowskiej gubernii. 4) NEUGEBAUER: Ueber die Rehabilitation der Schamfugentrennung oder Symphyseotomie durch die geburtshülffliche Schule in Neapel. 5) Podania o przyjęcie w poczet członków czynnych Towarzystwa kolegów: a) Józefa SKŁODOWSKIEGO; przedstawia kol. MARKIEWICZ, popierają kol. CIECHOMSKI i DUNIN; sprawozdawca kol. DĄBROWSKI. b) Bronisława ZIEMIŃSKIEGO; przedstawia kol. MARKIEWICZ, popierają kol. GURANOWSKI i SOKOŁOWSKI, sprawozdawca kol. Zygm. KRAMSZTYK. c) Edwarda ORŁOWSKIEGO, przedstawia PREZES, popierają kol. KRYSIŃSKI i SOKOŁOWSKI, sprawozdawca kol. KRYSIŃSKI.

III. PREZES zawiadamia, że stypendyjum imienia prof. GIRSZTOWTA przyznane zostało decyzją komitetu studentowi 5-go kursu Klemensowi ŁAZAROWICZOWI.

IV. BIBLIOTEKARZ zawiadamia, że kol. ROLLE (z Kamieńca Podolskiego) nadesłał w darze dla biblioteki Towarzystwa 361 dzieł treści lekarskiej, i wnosi o złożenie Mu za to podziękowania piśmiennego. Wniosek ten przyjęto.

V. Kol. NEUGEBAUER demonstrował stosunkowo rzadki preparat anatomiczny poronionego w 2-m miesiącu ciąży jaja płodowego. Osobliwość polegała na tem, że po 3-dniowym trwaniu krwawienia i bólów błony zewnętrzne pękły w ujściu macicznem, przez otwór zaś wysłiznął się nietknięty worek owodny, wraz z pływającym w nim około 8-o tygodniowym płodem. Pępowina okazała się urwaną w samej osadzie wskutek nieodklejenia się jeszcze kosmówki (*decidua serotina*) od

ściany macicznej, podczas gdy wskutek kurezów macicznych worek owodnej coraz bardziej się ku szyjce obniżał, dopóki nareszcie nie wyszedł w całości. Poronienie nastąpiło w piątek wieczór, a po czterech dniach jeszcze worek owodnej okazał się całym i również jak *liquor amnii* zupełnie przezroczystym; preparat trzymany był przez pierwszą dobę w 30%, a następnie w 50%-owym wysokości. Przyczyna poronienia niewiadoma, prawdopodobnie nastąpiło wskutek ciężkiej pracy. Dotyczyło 30-letniej praczki, od kilku lat zamężnej, która poprzednio rodziła jedno dziecko *sponte* i donoszone. (Autoreferat).

VI. Kol. Jasiński przedstawia chorego lat 24 liczącego, który mając pół roku życia, jakąś ciężką chorobę mlecza podobno przechodził. Od tego czasu datuje prawie zupełny bezwład obu kończyn dolnych wraz ze znacznym zanikiem mięśni i z powstrzymaniem rozwoju kości. Niedowład układu mięśniowego, brak ruchów normalnych w stawach spowodowały w końcu szereg zbezkształtnień: brak hamulców więzadłowych, kostnych i mięśniowych, niesprawność kończyn prawie ostateczną. Chory posuwa się po ziemi za pomocą rąk, wlokąc za sobą miednicę i kończyny dolne. Stawy wszystkie uległy dużym zmianom, przeważnie w kończynie dolnej prawej, która jest nawet zwichniętą w stawie biodrowym (*luxatio iliaca*). Za pomocą *ad hoc* obmyślonego przyrządu ortopedycznego kol. J. był w stanie dźwignąć chorego i umożliwić mu stanie na dwóch nogach. Dalsze starania kol. J. skierowane są ku temu, aby chory ten mógł o własnej sile na dwóch nogach chodzić. (Autoreferat).

Przedstawił również kol. Jasiński dziecko pięcioletnie, które przybyło do szpitala przed miesiącem; ze słów matki dziecka dowiedziano się, że bezpośrednio przed przyjściem do szpitala chorowało ono na szkarlatynę z zapaleniem nerek, a potem na zapalenie płuc. Badanie dokonane przez kol. Rabka wykazało: stan gorączkowy, stępienie na całej przestrzeni lewej strony klatki piersiowej, od tyłu i od przodu, oddech oskrzelowy i krepitacje z tyłu w dolnej części na bardzo ograniczonej przestrzeni oddechu nie było słyhać zupełnie. Dziecko przyniesiono do sali operacyjnej, gdzie kol. Orzeł wykonał na wysokości 8-go żebra w linii pachowej tylnej kłócie próbne i wy dobył ropę. Na zasadzie powyższych danych kol. J. przystąpił do operacji: po przecięciu powłok zewnętrznych i wycięciu dużego kawałka 8-go żebra, znalazł grubą tkankę bliznową, którą przeciął, lecz ropy nie znalazł; w celu powiększenia pola widzenia operacyjnego, usunął kawałek 7-go żebra, poczem przy głębszem cięciu natrafił na mocno krwawiącą tkankę, o ile się zdaje, płucną (gdyż krew jasna, pienista, wydobywała się z gąbczastej, dość łatwo rozrywalnej tkanki). W głębokości 4—5 ctm. znalaziono ognisko, z którego wylało się kilka łyżek czystej, białozółtawej ropy bez odoru. Po miesiącu nastąpiło zagojenie i dziecko jest zupełnie zdrowe. Kol. J. przypuszczał początkowo, że ma do czynienia z infarktem pyemicznym i dla tego przewidywał, że prawdopodobnie wystąpią inne ogniska przerzutowe czy to w płucach, czy w innych częściach

ustroju. Kol. J. sądzi, że to jego przypuszczenie wydać się może niesłusznem wobec bezgorączkowego przebiegu choroby po operacji i wobec zupełnego powrotu dziecka do zdrowia.

W dyskusyi kol. Sokołowski zaznacza, że przypadek, przedstawiony przez kol. J. jest bardzo ciekawy, anamneza jednak nie jest dokładna: niewiadomo jak długo trwała sprawa gorączkowa. Badanie wykazało stępienie od przodu i od tyłu, przy przekłóciu próbnem otrzymano ropę, a drogą operacji wydano ją z jamy, która, jak przypuszcza kol. J., znajdowała się w płucu. Kol. S. sądzi, że, wobec braku w okresie przedoperacyjnym kaszlu i wykrztuszania cuchnącej ropy, ognisko ropne znajdowało się nie w płucu, że był to ograniczony, otorbiony empyemat, jaki bywa po chorobach zakaźnych.

Kol. Bączkiewicz wyraża przypuszczenie, czy punktem wyjścia dla sprawy ropnej nie były gruczoły oskrzelowe, co również wyjaśnić mogłyby dane anamnestyczne.

Prof. Kosiński jest zdania, że był to ograniczony empyemat, o grubych bardzo ścianach; gdyby ropień był w płucu, wówczas po operacji dziecko odrztuszałoby przy kaszlu krew. Można by przypuszczać ropień pomiędzy dwoma zrazami płuca, ale i wówczas byłaby po operacji krew przy kaszlu. Przypuszczenie ropnia przerzutowego prof. K. wyklucza na tej zasadzie, że ropnie te nie zawierają czystej niecuchnącej ropy.

Kol. J. Kramszyk zaznacza, że stępienie na całej połowie klatki piersiowej od przodu i od tyłu wskazuje na zajęcie opłucnej, chociaż płyn może być tylko na małej i ograniczonej przestrzeni.

W odpowiedzi kol. Jasiński zwraca uwagę, że w przemówieniu swem nie stawiał rozpoznania, a wyrażał jedynie przypuszczenie, że ognisko ropne było w samym płucu, a przypuszczenie to opierał na tem, że tkanka, którą w głębi przeciął, była sino-czerwona, gąbczasta i sączył się z niej płyn krwawy, pienisty; ognisko ropne było ze wszystkich stron ograniczone, próby dostania się zeń do jakiej większej jamy były bezowocne, we wszystkich kierunkach napotymano tkankę bliznowatą. Pole operacyjne znajdowało się na wysokości 7 i 8 żebra, a więc nie w tem miejscu, gdzie płuco dzieli się na zrazy; nie mogło być również ropienia gruczołów oskrzelowych, rana bowiem sięgała nie więcej, niż na 4 — 5 ctm. w głąb. Co do kaszlu i krwawej plwociny, to objawy te niezawsze występują przy zranieniu powierzchownych warstw płuca. Co się wreszcie tyczy ropni przerzutowych, to widywał ich dawniej dużo; ropa w nich zawsze prawie była czysta i bez odoru.

VII. PREZES PRZEWOSKI przedstawił znalezione przez niego wrzody w krtani, na dwóch trupach ludzi zmarłych na cholere w okresie odczynu.

Pierwszy Śledziak Walery, lat 44, robotnik z Mokotowa, zachorował dnia 24 Października 1893 r., umarł dnia 30 Października tegoż roku. *Stadium algidum* trwało około jednej doby. Stolec i wymioty obfite, kureze w dolnych i górnych kończynach mocne. *Vox cholericus*. Dnia

26 października chory pierwszy raz oddał 150 ctm. sz. moczu mętnego, gęstego, w którym było wiele białka. Tegoż dnia wieczorem ból głowy, ciepłota podniosła się do 37,8 i mniej więcej na takiej wysokości utrzymała się do końca życia. Głos powrócił.

Na trupie znaleziono: *enteritis diffusa acuta, anaemia et oedema cerebri, Pleuritis fibrinosa serosa sinistra* (około 3 litrów płynu), *Pleuritis fibrinosa-serosa dextra* (około 1 litra płynu), *pericarditis seroso-fibrinosa acuta*. Nerki jak zwykle przy choleryze. W krtani nad *processus vocalis* z każdej strony wrzód owalny około 8 milim. długi, 5 milim. szeroki. Wrzody zupełnie symetryczne. Brzegi ich szaro-żółtawe, kłaczkowate. Dno także szaro-żółtawe dochodzi do błony podśluzowej. W pozostałej części krtani błona śluzowa tylko trochę zaczerwieniona. Błona śluzowa gardzieli, tchawicy i oskrzeli także tylko trochę zaczerwieniona.

Drugi przypadek Cupit Józefa, lat 36, z Warszawy. Zachorowała 26 Października 1893 r., zmarła 30 Października 1893 r. *Stadium algidum* także trwało prawie 2 doby. Rozwolnienie i wymioty mocne. Mocno wyraźny głos choleryczny w okresie zapaści, później zupełnie ustąpił.

Na trupie znaleziono: *nephritis diffusa chronica* z wyraźną ziarnistością substancji korowej, *anaemia et oedema cerebri*. W kiszce cienkiej *enteritis acuta diff.* i miejscami na ograniczonych przestrzeniach *enteritis diphtheritica*. W krtani wrzody symetryczne nad *processus vocales*, zupełnie takie same, jak w przypadku poprzedzającym. Mówca jest przekonania, że przedstawione wrzody w krtani u cholerycznych są zupełnie analogiczne do tych, jakie obserwuje się w krtani przy tyfusie brzuszny i że *necrosis per decubitum* warunkuje ich powstanie. (Autoreferat).

VIII. Kol. ŚWIĄTECKI przedstawił obecny stan epidemii cholery azyjatyckiej w Warszawie według wykazów oddziałów cholerycznych.

Od 4-go do 31 Października b. r. przybyło do 3-ich oddziałów cholerycznych 40 osób, zapadłych na cholere; z tego zmarło 16, wyzdrowiało 8, pozostaje w leczeniu 16. Po szczególe:

	Przyb.	Wyzdr.	Zmarło	Pozostaje
Do oddziału przy szpitalu Zapasowym (od 4 Października)	12	4	6	2
Do oddziału przy szpitalu Żydowskim (od 10 Października)	7	3	3	1
Do oddziału przy szpitalu Dzieciątka Jezus (od 15 Października)	21	1	16	16
Chorzy ci przybyli z następujących miejscowości:				
1) Gmina Czyste ze wsią Ochotą	10			
2) Mokotów	15			
3) Ul. Piaskowa za rogatką Powązkow.	1			
4) Warszawa (ul. Burakowska, Żłota, Litewska, Dunaj Wązki)	6			
5) Praga (ul. Szeroka)	3			
6) Przyjezdni	5			

Pojedynczo w początku b. m. występujące przypadki chorobowe, a pochodzące głównie z Ochoty, w ostatnim tygodniu stały się częstszymi, zwłaszcza od chwili wybuchnięcia cholery w Mokotowie, gdzie w posiadłości Riegera, mającej haniebne warunki higieniczne, w ciągu kilku ostatnich dni zapadło kilkanaście osób. Ciasnota, brud, nędza niesłychana, a w końcu jak najgorsza woda do picia—oto podłoże, na którym wszelkie choroby zakaźne snadnie rozwijać się zwykły. Otóż wszystkie te warunki znalazła cholera w posiadłości Riegera. Mieszkańcy jej używali wody z glinianki, oraz ze studni w dole wykopanej, dokąd spływały wszelkie nieczystości, bo nawet i z wychodków, (jak mnie jednoznacznie o tem zapewniali chorzy, ztamtąd pochodzący). Studnia z rozporządzenia władzy została zasypana. (Autoreferat).

IX. Dyskusyję nad kwestyją działania kreozotu w suchotach płucnych rozpoczął kol. Sokołowski. Mówca zaznacza, że kreozot, jako lek stosowany przy suchotach przetrwał całe lata, przez które wiele innych leków poszło w zapomnienie, a przetrwał dlatego, że, jak słusznie mówi BOUCHARD, jest on najmniej szkodliwy dla ustroju. Co do pożytku jednak, to stanowczo twierdzić można, że swoistego działania kreozot nie posiada i że w praktyce szpitalnej należy z góry być przygotowanym na ujemny wynik podawania kreozotu, ponieważ do szpitala przychodzą przeważnie suchotnicy w ostatnich okresach choroby, w których na wyleczenie lub powstrzymanie sprawy liczyć niepodobna.

W praktyce prywatnej działanie tego środka również nie jest pewne; każdy zna przypadki, w których kreozot, stosowany w samych początkach sprawy chorobowej, jeszcze przed wykryciem w płwocinie łaseczników, nie zdołał zapobiedz dalszemu rozwojowi suchot; a w tych przypadkach, w których przy kreozocie następuje pewna poprawa, należy ją w pewnym, jeżeli nie znacznym stopniu przypisać zalecanej przez lekarza zmianie na lepsze warunków dyjetetyczno-hygienicznych.

Obok tego należy pamiętać, że żadna z chorób przewlekłych nie przedstawia takiej skłonności do zatrzymania się w rozwoju, nawet w daleko posuniętych okresach, co suchoty płucne, i to samoistne zatrzymanie się sprawy przypisują niekiedy działaniu kreozotu.

Zdawałoby się przeto, że kreozot, jako środek bezcelowy i bezużyteczny, należy zupełnie odrzucić; tak jednak nie jest, bo jakkolwiek działania swoistego nie posiada, stanowi jednak środek, znakomicie wspomagający leczenie, zwłaszcza u chorych. zmuszonych pozostawać w miastach. Działanie jego polega na tem, że: 1) w małych dawkach zadawany poprawia łaknienie, bądź to przez pobudzanie błony śluzowej żołądka do wydzielania soku żołądkowego, bądź też przez działanie na sprawy fermentacyjne, wywiązujące się w żołądku w skutek połykania płwociny; podnosząc łaknienie, kreozot wpływa pośrednio na odżywianie i na poprawę stanu ogólnego. 2) Reguluje niekiedy trawienie kiszkowe. Spostrzegane u niektórych chorych zaburzenia w trawieniu i utrata łaknienia zależy, zdaniem kol. S., od podawania zbyt dużych dawek kreozotu. 3) W pewnej grupie przypadków, mianowicie w niezbyt

posuniętych okresach suchot, kreozot jest dobrym środkiem wykrztuśnym; tu jednak wnioski mogą być fałszywe, gdyż chorzy tacy przyjmują zwykle jednocześnie różne leki kojące. Za niewłaściwe uważa kol. S. stosowanie kreozotu i gwajakolu u suchotników, przebywających na wsi, lub w stacjach klimatycznych, dowodząc, że w tych warunkach mogą one choremu częściej przynieść szkodę, niż pożytek.

Co się tyczy dawki i formy, to kol. S. radzi podawać kreozot w dawce dziennej 4—6—8—10 gran, nie w kapsułkach lub w pigułkach, lecz w dużym rozcieńczeniu, w winie albo w mleku.

Kol. DUNIK zgadza się na to, że przypadki szpitalne, przeważnie ciężkie, nie są odpowiednie do stosowania kreozotu, i że one to dają przeważną ilość wyników niepomyślnych; nie sądzi jednak, aby kreozot oddawał korzyść dzięki li tylko poprawie warunków higienicznych, bo na nie zwracano uwagę już i dawniej, nim do terapii wprowadzony został kreozot, a nadto poprawa występuje niekiedy nawet bez zmiany warunków higienicznych. Kol. D. jest zdania, że gdyby ograniczyć się tylko do stosowania kreozotu w tych formach suchot, w których mamy przeświadczenie, że pomoże, wyniki byłyby o wiele lepsze. Za nienadające się do leczenia kreozotem uważa postaci ostre u osób młodych, dziedzicznie obciążonych; dalej formy, przebiegające jako chloranaemie z nieznacznym kaszlem. Wskazany jest natomiast kreozot przy dobrem odżywianiu, kaszlu z obfitą wydzieliną i przy małej gorączce; w tych formach suchot wyniki są przeważnie zadawalniające.

Co się tyczy miejscowego działania kreozotu na żołądek, to kol. D. nie sądzi, aby on wpływał na poprawę łaknienia; brak łaknienia, zdaniem kol. D., nie zależy od funkcji żołądka, a jest objawem stanu ogólnego, przede wszystkim nerwowego; dlatego też poprawa apetytu u suchotników zależy od poprawy stanu ogólnego.

Kol. SĘDZIAK zaznacza, że jak przed 5-iu laty w pracy swej o działaniu kreozotu, tak i teraz nie uważa tego leku za specyficzny; jest jednak zdania, że odrzucać go nie należy w braku lepszego środka, działającego na stan ogólny. Co się tyczy dawek, to duże, dochodzące do 4,00 *pro die*, uważa za szkodliwe, daje najwyżej 15 gran dziennie, w kapsułkach lub pigułkach; za najodpowiedniejsze uważa podawanie *per os*; wstrzykiwania zaś śródmiąższowe są zdaniem kol. S. wręcz szkodliwe.

Kol. CHEŁMOŃSKI stosował kreozot przy suchotach u szpitalnych chorych ambulatoryjnych, t. j. u ludzi, którzy przeważnie nie są w stanie zmienić na lepsze warunków dyjetetyczno-higienicznych. Na 1048 chorych, którzy w przeciągu 1½ roku zgłosili się do kol. Ch. było 117 suchotników w różnych stopniach rozwoju choroby; z tych mniej więcej ¾ przyjmowało kreozot. Chorzy ci wazyli się w pewnych odstępach czasu i w żadnym przypadku kol. Ch. nie spostrzegł stałego przybywania na wadze, w większości zaś przypadków notowano ubytek. Na tej zasadzie kol. Ch. twierdzi, że kreozot swoistego działania w suchotach nie posiada, że może być tylko środkiem pomocniczym, równie do-

brym w suchotach, jak i w przewlekłym nieżycie oskrzeli, bronchitis putrida i t. p., narówni z terpentyną i olejkami lotnymi.

Kol. WISŁOCKI przekonał się, że kreozot stosowany przez odbytnicę i w postaci nacierań, wywiera wpływ na ciepłotę, obniżając ją na kilka godzin o 1,0—1,5 stopnia; działania tego kol. W. nie widział, stosując kreozot w postaci wstrzykiwań podskórnych lub wewnętrznie. Sądzi, że kreozot łączy się z ptomainami, wydzielanymi przez pasorzyty (wogóle) i czyni je nieszkodliwymi.

Kol. SOKOŁOWSKI, w odpowiedzi kol. DUNINOWI nadmienia, że przypadki przezeń przytoczone, jako najodpowiedniejsze do stosowania kreozotu, należą właśnie do tych, które bez żadnych leków, a jedynie w odpowiednich warunkach dyjetetyczno-hygienicznych przebiegają pomyślnie. Zaznacza dalej ogólny wynik dyskusji, że kreozot działania swoistego na suchoty płucne nie posiada i że w stosowaniu go należy być bardzo umiarkowanym.

Kol. HEWELKE uważa wynik dyskusji za wskazówkę, że stosowanie kreozotu przy suchotach należy ograniczyć do minimum, poprawa bowiem osiągnana niekiedy w praktyce prywatnej zależy przeważnie od zmiany warunków higienicznych, w szpitalach zaś kreozot wyników pomyślnych nie daje.

Dalszy ciąg dyskusji odłożono do następnego posiedzenia i na tem posiedzenie ukończono.

PREZES *Dr. E. Przewoski.*

SEKRETARZ *Szumlański.*

Posiedzenie kliniczne dnia 7 Listopada 1893 roku.

PREZES **Przewoski.**

Obecnych członków 55.

T r e ś ć: Przedstawienie przez PREZESA kol. LEONA KONICA na członka honorowego.

Kol. ZAWADZKI Józef — Przypadek regeneracji raka żołądka w 16 miesięcy po wycięciu odźwiernika.

Kol. SADOWSKI — Przedstawienie fotografii i preparatu anatomicznego tętniaka aorty wstępującej.

Dalszy ciąg dyskusji nad działaniem kreozotu przy suchotach.

PREZES a) *Intussusceptio ventriculæ*, b) *Chylangioma cavernosum mesocoli transversi*.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano: 1) Odezwę Kuratora okręgu naukowego o za-twierdzeniu stypendystów z zapisu dra KOCZOROWSKIEGO; 2) Podania

o przyjęcie w poczet członków czynnych kolegów: a) BORYSSOWICZA Teodora, przedstawia kol. THIEME, popierają kol. FICKI i WINAWER, sprawozdawca kol. ROGOWICZ; b) SADOWSKIEGO Michała, przedstawia kol. SZTEYNER, popierają kol. CHROSTOWSKI i GĄBSZEWICZ, sprawozdawca kol. BRUNER Władysław; c) MISIEWICZA Michała, przedstawia kol. GULIŃSKI, popierają kol. BRUNER Władysław i MAYZEL, sprawozdawca kol. KUCZYŃSKI.

III. PREZES zawiadamia, że w r. b. kol. KONIC Leon ukończył 50 lat działalności lekarskiej; przedstawia Jego zasługi naukowe i proponuje wybór kol. KONICA na członka honorowego Towarzystwa. Wybór ten popiera prof. BARANOWSKI i przypomina, że kol. KONIC przez długi czas pełnił obowiązki Podskarbiego.

IV. Kol. ZAWADZKI Józef opisał przypadek regeneracji raka żołądka w 16 miesięcy po wycięciu odźwiernika. 18 października r. z. kol. Z. razem z kol. SOLMANEM przedstawił w Towarzystwie chorego, po dokonaniem wycięcia odźwiernika skutkiem raka, w 3 miesiące po operacji; był on wówczas w pełni sił i zdrowia.

W pracy drukowanej w zeszycie IV Kroniki Lekarskiej z r. b., przebieg choroby doprowadzony jest aż do Kwietnia r. b.; chory czuł się wtedy zupełnie dobrze, ważył 70 klg. Waga ta z małymi wahaniami utrzymała się na tym poziomie, aż do Lipca r. b., a chory, który pokazywał się co 2 tygodnie, na żadne dolegliwości się nie uskarżał, choć wiele pracował, a w jedzeniu do zbyt wstrzemięźliwych nie należał. Dopiero w połowie Lipca zauważono stopniowy acz mały ubytek na wadze, chory jednak i wtedy nie uskarżał się na żadne dolegliwości, trawił dobrze i sił nie tracił. Stałe obniżanie się wagi ciała wskazywało na poczynającą się regenerację z tych względów, że innej przyczyny znaleźć się nie udało. I wtedy jednak badanie obiektywne nie nieprawidłowego nie wskazywało. Ku końcowi Lipca czas jakiś chory uskarżał się na niedyspozycję, zaczęły występować odbijania, uczucie ciężaru w żołądku po jedzeniu, zaparcie stolca. Kilkundniowy odpoczynek oraz środek czyszczący na czas jakiś usunęły te dolegliwości. W początkach Sierpnia dolegliwości powyższe wystąpiły ponownie, tak że chory sam zaczął się niepokoić. Po zbadaniu chorego kol. Z. znalazł wtedy cieśń odźwiernika z następczą rozstrzenią, co powodowało zaleganie pokarmów. Po naradzie z kol. SOLMANEM, zaproponowano choremu powtórna operację, mając wtedy na myśli gastroenterostomię, ze względu na liczne zrosty powstałe po operacji. Chory na operację się nie zgodził; z tego powodu zalecono mu codzienne przepłukiwanie żołądka i stosowne uregulowanie dyjety. Po tygodniu takiej kuracji, waga ciała podniosła się z 52.5 klg. do 55 klg., objawy podmiotowe ustąpiły. Odtąd chory przepłukiwał żołądek co 2 dni i czuł się zupełnie dobrze, mimo że z czynności jego, jako poborey podatkowego, wynikał ciągły ruch. Zadowolony ze zniknięcia wszelkich objawów, chory przez 3 tygodnie zaniechał przepłukiwań; po tym czasie jednak wróciły znów dawne dolegliwości i chory utracił 3 klg. na wadze. Zastoso-

wano znów płukanie i idąc za radą dra BRISSAUD z Paryża (Kron. lek. z VIII r. b.) po 2 łyżki kawiane soli kuchennej do wewnątrz. Łaknienie wzmożło się, inne objawy uległy polepszeniu, waga ciała trzymała się w mierze, a chory zajmować się mógł nadal pracą. Tak rzeczy szły aż do 9 Października, kiedy kol. Z. ostatni raz widział chorego. Ważył wtedy 53.9 klg., jadł mięso, jaja, mleko, nieco jarzyn rozartych, uskarżał się głównie na ciężar po jedzeniu w dołku i niekiedy uczucie dławienia. Od tego czasu chory na 2 tygodnie przerwał kuracją z powodu wyjazdu na pogrzeb matki i żył przez ten czas nieregularnie; przepłukiwań nie robił. Już sam wygląd ogólny chorego świadczył, iż wzruszenia moralne i utrudzająca podróż ostatecznie podkopały organizm chorego. Skarżył się na ciągłe uczucie dławienia, odbijania, zwracania na czczo, ciężar po najmniej obfitem pożywieniu i utratę sił. Przepłukiwanie żołądka przekonało, że zaleganie pokarmów było znaczne; znaleziono resztki pokarmów z przed dni 6. Po raz ostatni kol. Z. widział chorego na sali kol. SOKOŁOWSKIEGO w szpitalu 8-go Duchy, dokąd udał się z porady kol. Solmana; chory żądał operacji, o której, z powodu zupełnego wyniszczenia i upadku sił, mowy już być nie mogło. Zjawily się wnet wymioty krwawe, niemożliwość przyjmowania pokarmów; chory wśród wzrastającego wyniszczenia umarł 31 z. m.

Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: żołądek zrośnięty był za pomocą mocnych włóknistych zrostów z ościenną otrzewną z jednej, a dolną powierzchnią wątroby, pęcherzykiem żółciowym i poprzecznicą z drugiej strony w odźwiernikowej swej części, a zatem tworzyło to już wielkość jaja kurzego; poprzecznicą przyrosła do wstępującej części dwunastnicy. Żołądek rozszerzony, wszystkie błony silnie przerosłe, błona śluzowa dna widocznych zmian nie przedstawiała. Na miejscu nowego odźwiernika wyraźnie można odróżnić błonę po zrośnięciu twardą, nacieczoną; na 3 ctm. powyżej i na 2 poniżej w postaci wałka wznosi się błona śluzowa, na przekroju biała, włóknista, odźwiernik przepuszcza z trudnością koniec małego palca. Ani w wątrobie, ani w żadnym z narządów nie znaleziono przerzutów.

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę i z tego ostatniego względu, że mimo nawrotu, a więc istnienia w błonie śluzowej raka, przerzutów przez tak długi czas nie było (Autoreferat).

V. Kol. SADOWSKI przedstawił preparat anatomiczny tętniaka aorty wstępującej. Po nad *valvula semilunaris* znaleziono znaczne rozszerzenie aorty, na którego przedniej części znajduje się otwór prowadzący do worka, głębokości 8—10 ctm. Mostek zniszczony w takim stopniu, że tętniak znajdował się prawie pod skórą. Przedstawione przez kol. S. fotografie dają dokładne pojęcie o wielkości i umiejscowieniu guza.

Następnie kol. S. przedstawił fotografie drugiego chorego z tętniakiem łuku aorty. Chory zauważył guz od pół roku, obecnie cierpi na silną duszność, zjawiającą się napadami. Obaj chorzy przechodzili przymiot.

VI. W dalszym ciągu dyskusji nad działaniem kreozotu przy suchotach płucnych prof. BARANOWSKI zaznacza, że w sprawie leczenia suchot środkiem tak popularnym jak kreozot, nie tylko każdy internista, ale każdy bez wyjątku lekarz, musi mieć wyrobione przekonanie; sprawy bowiem gruźlicze stanowią przeważną ilość spostrzeżeń i gdyby kreozot okazał się skutecznym w suchotach płucnych, to wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, winien działać dobrze w cierpieniach gruźliczych innych narządów. Tymczasem większość lekarzy jest w niepewności, czy środek ten ma jakiegokolwiek działanie, czy nie, a jeśli ma, to czy działa dobrze czy źle. Na dużą bardzo ilość spostrzeganych przypadków, prof. BARANOWSKI w kilku zaledwie miał wrażenie, że kreozot wywarł jakieś działanie, że okazał się skutecznym; ilość jednak tych wyników dodatnich ginie w powodzi ujemnych i z tego powodu stanowczego sądu w tym względzie prof. B. nie jest w stanie wypowiedzieć.

Są jednak inne metody i sposoby postępowania, które uważać można za skuteczne. Prof. B. na zasadzie długoletniego doświadczenia, twierdzi, że niemyślną jest łączność między przebiegiem suchot płucnych a warunkami dyetetyczno-hygienicznymi, w jakich się chory znajduje. Są wprawdzie pojedyncze przypadki, kończące się w dobrych warunkach fatalnie i na odwrót takie, w których przy złych warunkach zejście bywa pomyślne, ale przypadki takie nie mogą służyć za dowód, a należą raczej do wyjątków, potwierdzających regułę. Wrażenie tej łączności powtarza się tak często, że prof. B., uważa ją za pewnik taki, jakim dla chirurga np. jest metoda LISTER'a. Istnieje tu cała skala różnic, zaczawszy od suterren i poddaszy, na których niema prawie wyjścia dla chorych, od szpitali źle urządzonych i pozostających w złych warunkach higienicznych, dalej szpitali w warunkach dobrych, mieszkań przeciętnych w mieście, a kończąc na mieszkaniach wiejskich i zakładach leczniczych, które, pod względem warunków higienicznych uważać można za szczyt doskonałości.

Prof. B. wypowiada przekonanie, że z równie dobrym skutkiem, jak w zakładach leczniczych (Görbersdorf, Davos), można leczyć suchoty na wsi, w miejscowościach względnie zdrowych, przy dobrym zrozumieniu znaczenia warunków higienicznych ze strony lekarza i otoczenia. Zasługę sanatoryjów, a mianowicie pierwszego ich założyciela dra BREHMER'a, stanowi zwrócenie uwagi i uwydatnienie znaczenia higieny, w leczeniu suchot płucnych, oraz bliższe określenie normy wymagań higienicznych. BREHMER snuł jeszcze jakieś hipotezy „o małym sercu“, jako przyczynie usposobienia do suchot i wywodził z tej hipotezy swoje teorie lecznicze, oraz swą mętną „immunitas“, przywiązaną do pewnych uprzywilejowanych górskich miejscowości, a zwłaszcza do Görbersdorfu, następcy jego jednak środek ciężkości leczenia suchot płucnych w zakładach, lub po za nimi przenieśli gdzieindziej.

Z uwagi na ten paralelizm, na bardzo dziś już liczne doświadczenia, zrobione w wielu sanatoryjach, na fakta codziennie obserwowane, na znaczenie, jakie przypisujemy zarażeniom wtórnym przy choro-

bach zakaźnych i na przekonanie, że suchoty są zakażeniem mieszanem, z uwagi na to wszystko, lekarz internista powinien przyjść do wniosku że te prawidła, jakimi kieruje się chirurg przy operacji i akuszer przy obsłudze położnic, winny obowiązywać lekarzy przy leczeniu suchot płucnych. Dziwić się należy, że pojęcia te tak mało się jeszcze dziś przejawiają w rozporządzeniach lekarzy; prawda, że dużo w tym względzie zależy i od otoczenia, które niezawsze należy wykonywać przepisy lekarza, ale opór tem łatwiej byłoby pokonać, im większy byłby ze strony lekarza nacisk na ważność i konieczność wykonania jego zleceń. Streszczając się prof. B. wygłasza przekonanie, że przy suchotach zakażenie lasecznikiem gruźliczym o tyle jest niebezpieczne, o ile otwiera wrota dla zakażeń wtórnych; gdzie do nich nie dochodzi, tam sprawa kończy się albo względnem, lecz zwykle bardzo trwałem wyleczeniem, albo też wlece się powolnie, jak to widzimy przy wilku, który swój nadzwyczaj przewlekły przebieg zawdzięcza, o ile się zdaje, trudności zakażenia wtórnego.

Wobec powyższego prof. B. odnośnie do kreozotu stawia następujące dwa pytania: 1) czy kreozot można uważać za środek uodporniający przeciwko wtórnym zakażeniom i 2) czy w razie takich zakażeń, może on łagodzić ich skutki; a w odpowiedzi na nie twierdzi na zasadzie własnego doświadczenia, że w obydwóch razach kreozot okazał się bezskutecznym.

Przyznaje za to prof. B. inną zaletą kreozotowi, dzięki której odrzucać go nie należy, mianowicie tę, że jako dodatek do tranu, w ilości 3—5 kropli na łyżkę wpływa znakomicie na poprawę smaku i czyni spożycie tego bardzo pożytecznego środka dyjetetycznego łatwiejszem i strawniejszem.

VII. PREZES przedstawił dwa preparaty: a) *Intussusceptio ventriculi* i b) *Chylangioma cavernosum mesocoli transversi* i opisał je jak następuje: *ad a Intussusceptio ventriculi* znaleziono przy sekcji 56-letniego mężczyzny, uprzednio zdrowego; chorował na biegunkę krwawą przez 34 dni. W pierwszych dniach była bardzo mocna gorączka i wiele krwi w wypróżnieniach stolcowych. Po kilku dniach jednak gorączka opadła i krew w wypróżnieniach stolcowych znikła, ale pozostało rozwolnienie od 10—15 razy dziennie. Chory umarł 19 Listopada 1892 roku przy objawach wielkiego wyniszczenia i gangreny płuc. Na trupie znaleziono wielkie wyniszczenie. Skrzep marantyczny żyły udowej lewej. Bładość mózgowia i opon. Bładość płuca lewego; obrzęk jego części tylnych. *Embolia arteriae pulmonalis dextrae*, a mianowicie całej jej gałęzi dolnej wielkim skrzepem krwi, pochodzącym z żyły udowej lewej. Gangrena całego zrazu dolnego płuca prawego z mocnym rozpadem gnilnym. Górny i średni zraz tego płuca tylko blade. Serce prócz bładoci mięśnia bez zmian widocznych, śledziona nieco powiększona, blada. Wątroba blada i na rozkroju trochę zmętniała. W nerkach substancja korowa blada i zmętniała. W kiszce grubej nad samym odbytem i wyżej w *S romanum* błona śluzowa zgrubiała, zaczer-

wieniona, przedstawia okrągławe wrzody follikularne, z podminowanymi brzegami. Błona śluzowa kiszek cienkiej błada. Żołądek mniej więcej o połowę skrócony w wymiarze podłużnym skutkiem tego, że prawie cały pas jego średni wszedł na część odźwiernikową i skurczywszy się, mocno ją zacisnął. Powstało stąd to co nazywają *intussusceptio ventriculi*. Cylinder wewnętrzny tego wgłobienia stanowi mocno zacisnięta część odźwiernikowa żołądka. Cylinder drugi, środkowy, tworzy średni wywrócony pas żołądka. Nakoniec cylinder zewnętrzny powstał z przyciągniętych ścian żołądka z okolicy jego dna. Pomiędzy wewnętrznym a środkowym cylindrem wgłobienia leży zmarszczona i zacisnięta część *omentis minoris et majoris*. Boudin jest ciemno-czerwony i mocno obrzękły. W dnie żołądka jest dosyć wiele zawartości śluzowej z domieszką małej ilości mas pokarmowych. Wymienione wgłobienie żołądka nie dało żadnych wybitnych objawów za życia, a na mniejsze nie zwrócono uwagi. Być może także, że chory w ostatnich dniach życia nie przyjmował pokarmu. Że opisane wgłobienie żołądka wytworzyło się za życia, dowodzą stosunkowo znaczne miejscowe zaburzenia w cyrkulacji, zależne tylko od zacisnienia, i nawet słabe sklejania zapalne, pomiędzy cylindrami wewnętrznym i średnim.

ad b) U 35-letniej suchotnicy znaleziono w *mesocolon transversum* twór zupełnie podobny do tego, jakby pomiędzy dwa listki mesocoli włożono *molam hydatidosam*, albo spłaszczone grono białych winogron. Twór ten zajmował całą szerokość mesocoli, ale najwięcej był rozwinięty zaraz za kiszka i od strony prawej. Za kiszka jamki były wielkości od ziarenka grochu do orzecha laskowego i więcej i w kierunku ku tyłowi zmniejszały się coraz bardziej, ale jeszcze przed samym kręgosłupem mesocolon ma budowę zupełnie jamistą. Każda jamka ma cieniutką ściankę, złożoną z włóknistej tkanki łącznej i od wewnątrz wysłana jest przez *endothelium*. Ścianki sąsiednich jamek albo ściśle przylegają do siebie, alko też pomiędzy nimi leżą gronka tkanki tłuszczowej. W jamach jest płyn surowiczy, w którym widać wiele drobnych kropelek tłuszczowych; trochę komórek podobnych do bezbarwnych krążków krwi. Nowotwór jest *chylangioma cavernosum mesocoli transversi*. (Autoreferat).

W dyskusji z powodu pierwszego przypadku prof. BARANOWSKI mówi, że w paru przypadkach podrażnienia odbytnicy zauważył fakt, że przy pobudzeniu na stolec przychodziły nudności i wymioty; przypuszcza więc, że *intussusceptio ventriculi* może być w związku z podrażnieniem żołądka, wskutek ruchów perystaltycznych, zależnych od podrażnienia odbytnicy.

Kol. CIĄGLIŃSKI zwraca uwagę, że chory ten nie wymiotował, pomimo że przyjmował pokarmy; wyklucza to, zdaniem kol. C., możliwość istnienia takiego stanu, choćby przez dni kilka i dla tego przypuszcza, że sprawa ta powstała podczas konania.

PREZES odpowiada, że u dzieci, cierpiących na *colitis*, widywał takie agoniczne wgłobienia kiszek, u dorosłych nie widział, ale sądzi,

że są możliwe. To jednak, które przedstawiał, agoniczne nie jest, wi-
dać bowiem na preparacie i ślady zaburzeń w krążeniu i ślady reakcyi,
powstać więc musiało wówczas, gdy krążenie było dosyć mocne; prócz
tego zrost pomiędzy częścią średnią i zewnętrzną dowodzi, że stan ten
istniał dawniej. Brak wymiotów objaśnić chyba można tem, że chory
przyjmował pokarmy w bardzo małej ilości, a z drugiej strony można
przypuszczać, że może na chorego bardzo osłabionego, prawie konają-
cego, mniejszą zwracano uwagę i niektóre objawy mogły być prze-
oczone.

Prof. BARANOWSKI, wobec istniejącej zgorzeli płuc mniema, że
embolia tętnicy płucnej zależała nie od zakrzepu w żyłę biodrowej,
a od owrzodzeń na kiszkaach grubych; to objaśniałoby naturę sprawy
płucnej, gdyż oderwanie się *thrombi marantici* nie powoduje złośliwej
sprawy w płucach.

PREZES odpowiada, że wówczas embolus musiałby przejść przez
filtr naczyń włosowatych wątroby, czyli musiałby być wielkości czer-
wonego lub białego ciała krwi i dopiero po wyjściu z wątroby po-
większyć się skutkiem osadzania się na nim krwi; niemożliwem jest
jednak, aby doszedł do takiej wielkości i zatkał tak duże naczynie.

Z drugiej strony anatomicznie embolus miał w arteryi płucnej
taki wygląd, jak skrzep w żyłę biodrowej, a nadto przyłożony do
tamtego, pasował swą powierzchnią oderwania. Jakkolwiek więc był
to skrzep nie infekowany, to jednak, zatykając gałąź arteryi płucnej,
która należy do arteryj końcowych (*Enderterie Conheima*) wywołał ne-
krozę nie septyczną, która pod wpływem septycznych elementów,
działających z otoczenia, mogła przyjąć charakter gangrenowy (t. j.
z gniciem).

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że znane są fakta, gdzie przy *peri-
typhlitis*, jako pierwszy objaw wtórny, następowało zaczopowanie tętni-
cy płucnej; sądzić, że w sprawie tej można wyłączyć wątrobę i że in-
fekcja może nastąpić przez żyły hemoroidalne.

PREZES uważa to za możliwe wówczas, jeżeli infarkty są małe,
ale wobec tak wielkiego, jaki był w danym przypadku, zdawało się to
przy autopsyi całkiem nieprawdopodobnem.

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES Dr. E. Przewoski.

Sekretarz Szumlański.

Posiedzenie kliniczne d. 21 Listopada 1893 r.†

PREZES Przewoski.

Obecnych członków 50.

- Treść: Kol. NEUGEBAUER — Przedstawienie poronionego jaja płodowego.
 Kol. SADOWSKI — Przedstawienie preparatu tętniaka aorty.
 SEKRETARZ STAŁY — Przyczynek do powstawania tętniaków aorty.
 Kol. SĘDZIAK — Przyczynek do leczenia gruźlicy krtańni *resp.* płuc zapomocą podskórnych wstrzykiwań tiozinaminy.

I. Protokół ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano: Podania o przyjęcie w poczet członków czynnych Towarzystwa kolegów: a) BREGMANA Elijasza przedstawia kol. SZUMLAŃSKI, popierają kol. BRUEHL i IWANICKI. Sprawozdawca kol. Józef ZAWADZKI. b) LUXENBURGA Józefa przedstawia prof. BRODOWSKI, popierają kol. FEILCHENFELD i RYCHLIŃSKI. Sprawozdawca kol. RYCHLIŃSKI. c) PALMIRSKIEGO Władysława przedstawia kol. SZTEYNER, popierają kol. TRZCIŃSKI i Wł. BRUNER. Sprawozdawca kol. Wł. BRUNER.

III. Kol. NEUGEBAUER przedstawia drugi preparat jaja płodowego. *Sub abortu* po 6-o tygodniowym krwawieniu przy 3-miesięcznej ciąży wydzielił się osobno nietknięty worek owodnej z płodem, pozostałe zaś błony następnie ręcznie usunięto. Chora, 30 lat wieku licząca, epileptyczka, od 11-tu lat zamężna, rodziła 6 razy zrzędu na przemiany to donoszone dzieci, to 8-o miesięczne, następnie 2 razy ronila w 3 miesiącu. Jak 7-a i 8-a dawna, tak i obecna 9-ta ciąża skończyły się poronieniem bez wyraźnej przyczyny. Czy ataki epileptyczne, powtarzające się od czasu do czasu i obecnie, mają związek z temi poronieniami? Kol. N. przypuszcza możność, zna jednak w Warszawie pacjentkę, która pomimo silnych i częstych ataków epileptycznych donosiła dziecko i szczęśliwie je urodziła. Jest to panna 17-to letnia, nie znająca ojca swego dziecka, albowiem stosunek odbył się podczas utraty przytomności, po ataku epileptycznym. Pacjentkę kol. N. leczył ambulatoryjnie w r. 1891. (Autoreferat).

V. Kol. SADOWSKI przedstawił preparat anatomiczny tętniaka łuku aorty. Preparat ten dotyczy przypadku chorego, którego fotografię kol. S. demonstrował na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa. Chory zmarł przy objawach wzmagającej się duszności, która u niego zazwyczaj występowała w formie napadów. Preparat zasługuje na uwa-

gę nie tylko ze względu na swoją wielkość, lecz także i dla tego, iż błona wewnętrzna aorty przedstawia bardzo małe, prawie nieznaczne zmiany miażdżycowe, gdziekolwiek tylko spostrzegać się dają drobne guzikowate stwardnienia. Ściana aorty cienka, na samym początku łuku znajduje się otwór okrągły, ostro ograniczony, średnicy 6 cm. Otwór ten prowadzi do wielkiego worka o cienkich ścianach i dosyć gładkiej powierzchni wewnętrznej, który wysłany jest znaczną ilością skrzepów przyściennych, powstałych za życia. Worek ten dochodzi do tylnej powierzchni mostka, w znacznej części go uzuruje, skąd powstaje drugi otwór szeroki 8—10 cm., który wraz z otworem międzyżebrowym (pomiędzy 1-em a 2-iem żebrem) przepuszcza worek pod mięśnie i skórę. Worek zewnętrzny jest wielkości głowy dziecka. Ściany lewej komory serca grubości prawidłowej, tak że w tym przypadku przerostu lewego serca nie było. W końcu kol. S. przypomina, że chory, którego preparat przedstawia, przechodził przymiot przed kilkoma laty. (Auto-referat).

V. SEKRETARZ STAŁY, korzystając z okazji, przedstawionego przez kol. SADOWSKIEGO, z którego widać było, że olbrzymi aneuryzmat workowaty powstał na aorcie, nie przedstawiającej zmian właściwych arteryosklerozy, przedstawił dwa okazy bardzo rozległej arteryosklerozy także na aorcie, z których w jednym przypadku, gdzie sprawa miażdżycowa była znacznie rozleglejsza, powstało tak olbrzymie rozszerzenie całej aorty piersiowej, że zastawki półksiężycowe, pomimo znacznego rozszerzenia się, nie były w stanie zamykać otworu aorty, o czym świadczył ogromny rozrost odśrodkowy (*hyper. excent.*) komory lewej; na drugim zaś, przy mniejszym stopniu arteryosklerozy i przy rozszerzeniu rozlanem części wstępującej aorty piersiowej, jakkolwiek dosyć znacznym, nie takim wszakże, by powodował niedomykalność zastawek półksiężycowych, znajdował się na tylnej ścianie łuku aorty stosunkowo niewielki aneuryzmat workowaty, uciskający jednak tchawicę i powodujący od czasu do czasu mocne napady duszności (okaz ten pochodzi od osobnika, demonstrowanego przez kol. SOKOŁOWSKIEGO); pod czas jednego z nich chory życie zakończył. Zestawiając te trzy przypadki, SEKRETARZ STAŁY przypomina to, co na jednym z posiedzeń, z powodu komunikatu kol. SOKOŁOWSKIEGO, mówił o etyologii rozszerzeń workowatych tętnic, że arteryoskleroza sama przez się nie znajduje się w żadnym związku z takimi rozszerzeniami (jak tego dowodzi jeden z okazów), że takie rozszerzenia powstają na naczyniach, gdzie niema śladu arteryosklerozy (jak dowodzi okaz kol. SADOWSKIEGO), i że jeżeli przy arteryosklerozy, jak to w ostatnim okazy miało miejsce, znajduje się takie rozszerzenie workowate, to trzeba przypuścić jeszcze jedną zmianę niezależną od arteryosklerozy, która właśnie stała się przyczyną takiego rozszerzenia, a mianowicie miejscowe zwątlenia, bądź wrodzone, a nawet odziedziczone, bądź nabyte—błony średniej, stanowiące właśnie tę znaczną różnicę w odporności pomiędzy tą zwątloną częścią, a sąsiedniemi; że te pęknięcia włókien sprężystych, na

które ostatnimi czasy, jako na przyczynę, taki nacisk robią EPPINGER i inni, są właśnie następstwem takiego zwątlenia. (Autoreferat).

VI. Kol. SĘDZIAK miał wykład p. t. „Przyczynek do leczenia gruźlicy krtani *resp.* płuc zapomocą podskórnych wstrzykiwań tiozynaminy“.

Próby racjonalnego leczenia gruźlicy płuc i krtani, dokonywane przed paru laty przez Roberta KOCH'A z tuberkuliną, jakkolwiek nie dały na razie zadawalniających rezultatów, nie pozostały jednak bezowocnymi.

W dalszym ciągu nad udoskonaleniem metody KOCH'A pracowali KLEBS (*tuberculocidina*), następnie zaś EICHBERG i SCHORNER (Hunterowska tak zw. B. tuberkulina); ci ostatni jakoby z powodzeniem. Po niepomyślnych próbach z kantarydianem potasu (LIEBREICH), przychodzi obecnie kolej na środek nowy, mający analogiczne z tuberkuliną działanie — na tak zwaną tiozynaminę, którą w ostatnich czasach (w r. 1892) niezwykle gorąco przy wilku poleca HEBRA.

Zachęcony pomyślnymi rezultatami, jakie HEBRA z powyższym środkiem otrzymał kol. S. rozpoczął z nim próby i w 11 przypadkach (z tych 1 wilka) stosował go podskórnie.

Thiosinaminum, inaczej allyl-siarkomocznik — jest to proszek biały, bez zapachu, o smaku gorzkim, rozpuszczalny w wodzie, alkoholu i eterze. Środek ten podskórnie zwierzętom (psom) wstrzyknięty, nie wywoływał żadnych zaburzeń. HEBRA do doświadczeń na ludziach używał 15% alkoholowego roztworu. Ból po zastrzyknięciu bywa zwykle dość silny, lecz krótkotrwały.

Przy stosowaniu ostrożnem, zaczynając od najmniejszych dawek — 0,030 t. j. 2 przedziałki strzykawki PRAVAZ'A, 2 lub 3 razy tygodniowo żadnych prawie zaburzeń, *resp.* objawów ogólnych kol. S. nie widział. Miejscowy odczyn, zwykle po większej części słaby, stale występował. Wstrzykiwania zwykle robione były w przestrzeni międzyłopatkowej. Wszystkie przypadki pochodziły z różnych oddziałów Szpitala Dzieciątka Jezus (Dra DUNINA, CHEŁMOŃSKIEGO, oraz klinik uniwersyteckich). W przypadku 1-ym, w którym dokonano 12 zastrzyknięć tiozynaminy, dochodząc do najwyższej dawki (0,150 t. j. do całej szpryki), w ciągu 1½ miesiąca, rezultat był prawie żaden, zarówno stan miejscowy w krtani (owrzodzenia, nasięki) jakoteż i sprawa gruźlicza w płucach, nie uległy jakiegóś wyraźniejszej poprawie. Stan ogólny w końcu zaczął się pogarszać. Ilość dobową uryny stopniowo się zwiększała, białka nie było, ani przed ani po zastrzyknięciach. Natomiast w 2-gim przypadku, w którym dokonano 9 iniekcji, dochodząc również do całej szpryki (obserwacja dwumiesięczna), od samego prawie początku wystąpiło dość znaczne polepszenie, zarówno subiektywne, jako też i obiektywne w stanie miejscowym w krtani (głos, łykanie lepsze, nasięki mniejsze, zaganianie się owrzodzeń). W płucach natomiast nietylko nie było poprawy, lecz objawy zgęszczeń stały się wyraźniejsze; ku końcowi zaś wystąpiły objawy poczynającego się rozpadu. Również i stan ogólny, początkowo

niezły, w końcu uległ znacznemu pogorszeniu (objawy lekcyjne). Chora zmarła; sekcyi nie robiono.

W przypadku 3-cim, w którym również nastąpiło zejście śmiertelne, sekcyja nie wykryła działania dodatniego tiozynaminy na rozległą sprawę gruźliczą w krtani i w płucach. W przypadku tym zrobiono 5 zastrzyknięć.

W przypadku 4-ym dokonane były tylko 4 zastrzyknięcia tiozynaminy. I tu, podobnie jak w 2-im przypadku, stan miejscowy w krtani, pod wpływem tego leczenia, dość znacznie się poprawił (podgajanie się dość znacznych owrzodzeń na strunie głosowej). Na stan ogólny jednak i sprawę gruźliczą w płucach leczenie to ujemnie oddziaływało, tak że w końcu zaprzestano je stosować. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że wystąpiło w nim trzykrotne podniesienie się ciepłoty, dość nawet znaczne, (a więc działanie ogólne). W przypadku tym również wystąpiła miejscowa reakcyja w gruźliczo zajętem średnim nechu. W przypadku 5-ym zrobiono tylko 3 zastrzyknięcia, przyczem po pierwszym już wystąpił w nocy silny atak duszności, bez widocznej jednak przyczyny (w krtani obustronne zajęcie stawów obrączko-nalewkowych *in statu quo*). Przypadek skończył się śmiercią (sekcyja). Rezultat od tiozynaminy ujemny.

W przypadku 6-ym (również 3 iniekcye), po 1-em zastrzyknięciu wystąpił lekki przemijający białkomocz. Stan ogólny, rzecz dziwna, w przypadku tym również się poprawił (w ciągu 2 tyg. przybyło na wadze 5 funt.). W płucach stan bez zmiany, w krtani pewna poprawa (duszność mniejsza, ruchy prawej połowy krtani nieco swobodniejsze). Z powodu wypisania się chorego ze szpitala, dalsze leczenie wstrzymano.

W przypadku 7-ym powikłanym ciążą (7-y miesiąc) wykonano 3 zastrzyknięcia tiozynaminy z rezultatem ujemnym (osłabienie większe); chora wypisała się.

Przypadki 8—9 i 10-y z powodu krótkości obserwacji oraz zbyt małej ilości zastrzyknięć tiozynaminy, po jednym, nie mogą mieć znaczenia w ocenie leczniczych własności tego środka. W żadnym z nich reakcyi ogólnej nie było, miejscowa słaba; zasługuje w przypadku 10-ym na zaznaczenie fakt, że w krtani na miejscach sprawą gruźliczą dotkniętych (tylna ścianka nacieczona) wystąpił odczyn, jak zwykle w 6 godzin, pod postacią zaczerwienień i obrzęku, polipek zaś na strunie prawdziwej lewej pozostał bez zmiany; przemawiałoby to na korzyść dyagnostycznego znaczenia tiozynaminy (podobnie jak to dla tuberkuliny było dowiedzionem).

Wreszcie w ostatnim 11-ym przypadku, jedynym wilka (*lupus*) nosa, w którym dokonano 5 zastrzyknięć tiozynaminy, rezultat był wcale niezły (po 3-iej iniekcji strup na lewem skrzydle nosa odpadł, pozostawiając powierzchnię granulującą). Szkoda, że wypisanie się chorego ze szpitala uniemożliwiło dalszą obserwację w tym przypadku.

Na zasadzie powyższych nielicznych wprowadzie spostrzeżeń kol. SĘDZIAK wyprowadza następujące wnioski:

1) Tiozynamina podskórnie stosowana, w pewnych przypadkach, może wywierać pewien wpływ dodatni na przebieg sprawy gruźliczej w krtani (świadczą o tem między innymi 2-gi i 4-ty, a po części i 6-ty przypadek).

2) Na sprawę gruźliczą w płucach tiozynamina nie zdaje się wywierać żadnego wpływu, lub nawet ujemnie na nią oddziaływa.

3) I na stan ogólny, w większości przypadków, nie działa środek ten pomyślnie.

4) Przy wilku, o ile się zdaje, tiozynamina, podobnie jak i tuberkulina, może z największą korzyścią być stosowana.

5) Środek ten nie zdaje się wywoływać ogólnego odczynu, co, jak wiadomo, stanowiło słabą stronę środka KOCH'a. W każdym razie przy gruźlicy płuc *resp.* krtani, należy go stosować z pewnemi ostrożnościami.

Ostatecznie po dotychczasowych próbach z tiozynamina, kol. S. jest zniechęcony do dalszego stosowania tego środka, i sądzi, że i tiozynamina ulegnie losowi swoich poprzedniczek, t. j. tuberkuliny, tuberkulocidyń i kantarydianu potasu, t. j. pójdzie w zapomnienie.

Dodaje jeszcze kol. S., że SPREGLER na podstawie prób, przeprowadzonych w ostatnich czasach z tiozynamina przy wilku, utrzymuje, że jakiegoś wyraźniejszego działania pomyślnego od tego środka w tem cierpieniu nie widział. (Autoreferat).

Na tem posiedzenie zakończono.

PREZES *Dr. E. Przewoski.*

Sekretarz *Szumlański.*

Posiedzenie kliniczne dodatkowe d. 28 Listopada 1893 r.

PREZES **Przewoski.**

Obecnym członków 50.

T r e ś ć: Kol. SZUMLAŃSKI — Przedstawienie chorej z *papillomata pigmentosa* głowy i szyi.

Kol. GEPNER (syn). — Przedstawienie chorego z torbielą tęczówki.

Kol. RYCHLIŃSKI — Wypadek t. zw. „*Dystrophiae musculorum progressivae*“.

Kol. KOSMOWSKI — O wroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Nadesłano: 1) J. KRAMSZYK — Przyczynę do sprawy wyjąławiania mleka — Sterylizacja czy pasteryzacja. 2) Decyzją Kuratora Okręgu naukowego o zatwierdzeniu studenta ANTECKIEGO na stypendyjum Dra GOŁĘBIOWSKIEGO. 3) Odezwę Komitetu gospodarczego IX-go Zja-

zdu ruskich przyrodników i lekarzy o przyjęcie udziału w zjeździe.
4) Podanie kol. Adama WIZLA o przyjęcie w poczet członków czynnych Towarzystwa; przedstawia kol. RYCHLIŃSKI, popierają kol. GAJKIEWICZ i Zygmunt KRAMSZTYK. Sprawozdawca kol. RYCHLIŃSKI.

III. Kol. SZUMLAŃSKI przedstawił chorą 15-letnią z wrodzonymi licznymi *papillomata pigmentosa*. Twory te zaczynają się w postaci rozlanego brunatnego zabarwienia zgrubiałej i pozbawionej włosów skóry powyżej prawej muszli usznej, skąd w postaci bardzo licznych i gęstych drobnych wyniosłości przechodzą na tylną i poczęści przednią powierzchnię samej muszli, a dalej ku dołowi i przodowi schodzą wązkim paskiem po szyi ku *incisura jugularis sterni*; na samym mostku znajduje się oddzielnie plama nieco jaśniejsza i mniej wyniosła, długości około 1.5 ctm. szerokości 5 mm. Kształt i kierunek wszystkich tych narośli razem wziętych robi wrażenie, jak gdyby w górze po nad muszlą rozlany był płyn, który drogą powyżej opisaną ścieka ku dołowi. Prócz tego u chorej zwraca uwagę niekształtna budowa czaszki, która ma bardzo długi wymiar podłużny i spłaszczona jest w tylnej części, głównie w okolicy wystających zazwyczaj guzów ciemieniowych; sama twarz składa się jakby z dwóch połów o całkiem odmiennym wyrazie: lewa jest młoda, odpowiednia do wieku chorej, prawa znacznie starsza.

IV. Kol. GEPNER (syn) przedstawił chorego z torbielą tęczówki. Oko lewe zranione zostało przed kilku miesiącami: kawałek żelaza przebił rogówkę na granicy twardówki; nastąpiło wypadnięcie tęczówki, które jednak szczęśliwie się zagoiło. Obecnie chory przybył powtórnie skarżąc się na osłabienie wzroku. Badanie wykazało: w oku lewym na *linbus* od góry i zewnątrz zagojony *prolapsus iridis*. Nawewnątrz od tego miejsca widać torbiel o ścianach szarawych, przezroczystych, zajmującą całą szerokość tęczówki i wchodzącą częścią w źrenicę. Górny brzeg ginie po za bliźną rogówki.—Torbiele tęczy zdarzają się po urazach wskutek przeszczepienia części nabłonka rogówki lub przedostania się rzęsy z resztkami nabłonka przy jej nasadzie do tkanki tęczówki. Są to więc t. zw. *cystis ex implantatione*.
(Autoreferat).

V. Kol. RYCHLIŃSKI wypowiedział odczyt o t. zw. *Dystrophia musc. progr.* Chory demonstrowany na posiedzeniu d. 17 X. 1893 r. pochodzi ze zdrowej rodziny, nikt bowiem z jego krewnych nie przechodził ani nerwowych, ani umysłowych, ani wreszcie podobnych chorób, na jaką sam cierpi. Chory nie pił, nie nadużywał *in venere*. Przymiotu nie miał. Zanik mięśni barkowych zaczął się prawdopodobnie w bardzo młodym wieku, gdyż jak sam chory zaznacza, nie pamięta by mógł podnieść rękę do góry bez podtrzymywania drugą ręką. W r. 1876 poczuł chory trudność przy wstawaniu z krzesła i przy wsiadaniu na wózek, 12 zaś lat temu poczuł trudność przy chodzeniu, polegającą na wyrzucaniu nogami i mocnem uderzaniu piętami o ziemię. Objawy chorobliwe powoli pełzły, obejmując w coraz większym stopniu i coraz nowe grupy mięśniowe i dały obraz następujący: Znaczny zanik mięśni *cucullaris*, *rhomboidei*, *serrati ant. latissimi dorsi*, *supra et infra spinati*, mniejszy mięśni ramienio-

wych i przedramieniowych. *M. deltoideus* zdaje się być w stanie rzekomego przerostu. *M. m. sacrolumbales* i długie mięśnie tułowia znacznie zaniknięte, na dolnych kończynach zanik zajął *mm. glutei, quadriceps femoris*; zginacze i mięśnie sprowadzające biodra znacznie zaniknięte. O stopniu zaniku mięśni goleniowych orzec nic nie można, ze względu na obrzęk dosyć znaczny. Drobne mięśnie dłoni i palców zachowane dobrze. *M. soleus*, szczególnie z prawej strony rzekomoprzerostnięty. Zanik na lewej połowie ciała znacznie większy, niż na prawej, o czym można przekonać się z wymiarów, jakie kol. R. robił na górnych i dolnych kończynach. Gruba siła mięśniowa względnie dobrze zachowana, szczególnie w niektórych grupach mięśniowych. Wszelkiego rodzaju bodźce czuciowe chorey odróżnia i określa prawidłowo. Odruchy skórne i ścięgniste zachowane, lewy rzepkowy cokolwiek zmniejszony. Pobudliwość mięśniowa na prądy zmniejszona. Odczynu zwyrodnienia nie ma. Przy badaniu sfery zmysłowej rzuca się w oczy znaczne zwężenie pola widzenia szczególnie lewego oka. K. R. zwraca uwagę, że obserwowany przez niego przypadek ciekawy jest z następujących względów:

1. Proces zanikowy trwa przynajmniej 45 lat i dotąd przepony nie zajął. Opisywane dotąd wypadki trwały 23—38 lat i zawsze niemal przedstawiały obraz zanikowy we włóknach mięśnia przeponowego.

2. Robiący na pierwszy rzut oka wrażenie typowego bezładu ruchowego chód demonstrowanego chorego zależy od znacznego zaniku zginaczy i przemawia za ruchową teorią powstawania wogóle bezładu i nie zgadza się z czuciową teorią LEYDEN'A, którą autor ten chce wyłącznie tłumaczyć powstawania bezładu ruchowego.

3. Skonstatowane kilkakrotnie przez kol. R. u chorego bez danych, upoważniających do podejrzewania histeryi, zwężenie pola widzenia, jest do tej pory nieznanym objawem. Kol. R. sądzi, że dopiero przyszłe badania chorych tej kategorii perymetrem wykażą albo wyjątkowość tego objawu w danym wypadku, lub też znajdą go u większej liczby chorych.

Wreszcie kol. R. zastanawia się nad pytaniem, jaka przyczyna wywołuje idjopatyczną amyotrofię? Według prelegenta nerwowa teoria powstawania tego cierpienia jest prawdopodobniejsza. Mówić napewno dzisiaj o braku zmian w ośrodkowym układzie nerwowym przy dystrofii, według kol. R. nie można, gdyż używane metody badania drobnowidzowego są niedostateczne i sam sposób badania nieszczegółowy.

I w tym razie, gdy najsumienniejsze badanie nie wykaże żadnych zmian w rdzeniu, nie powinniśmy jeszcze przypuszczać, że sprawa zaczyna się w mięśniach, gdyż najnowsze badania naprowadzają na myśl, że być może sprawa zaczyna się w tych „*faisceaux neuro-musculaires*“ o których pierwszy BABIŃSKI pisał w 1886 roku. (Autoreferat).

W dyskusji kol. ROTHÉ zaznacza, że w opisanych dotychczas przypadkach postępowego zaniku mięśni, cierpienie to rozpoczynało się zazwyczaj w drugim lub trzecim dziesiątku życia; w opisanym zaś przez kol. RYCHLIŃSKIEGO zaczęło się znacznie później, skutkiem czego przy-

padek ten należałby do wyjątkowych. Zwraca również kol. R. uwagę na brak w anamnezie wzmianki o tem, czy w rodzinie chorego były jakie podobne zбочenia; odnośna literatura wskazuje, że w cierpieniu tem dziedziczność bezwarunkowo ważną odgrywa rolę.

W odpowiedzi kol. RYCHLIŃSKI zaznaczył że cierpienie zaczęło się u chorego, o którym mowa, w dzieciństwie, gdyby jednak i nie tak było, gdyby zanik mięśniowy zaczął się w późniejszym wieku to i wtedy omawiany przypadek nie byłby unikatem, gdyż istnieją, wprawdzie nie liczne, opisy chorych, u których zanik rozpoczął się w starszym wieku u chorej np. obserwowanej przez JOFFROY i ACHARD'a, pierwsze objawy zaniku zjawiły się w 55 r. jej życia. Co się zaś tyczy tła dziedzicznego, które zazwyczaj obserwowali u dystrofików, to zdaje się, że tylko choroby należące do typu SCHULTZE-HOFFMANN'a a prawidłowiej do typu CHARCOT-MARIE mogą wykazać dziedziczność. ERB rozróżnia takich chorych, u których nie ma żadnej wskazówki na dziedziczne obarczenie, od tych, w których rodzinie były wypadki nerwowego lub umysłowego cierpienia i wreszcie od tych, gdzie zanik mięśniowy obserwowac się daje u kilku członków jednej i tej samej rodziny.

VI. Kol. KOSMOWSKI wypowiedział rzecz: „O wadze i wzroście dzieci klas biednych w Warszawie“.

Opierając się na badaniach QUETELET'a, Karola VIERORDT'a, MALLING-HANSEN'a, AXELA KEY'a, RANDNITZ'a i CAMERER'a, kol. K. przedstawił szczegóły fizjologiczne sprawy rośnięcia dzieci, a mianowicie wykazał sposób powiększania się wagi i wzrostu u dzieci od urodzenia aż do dojrzałości, przytaczając różnice, zależne od płci dzieci, klasy społecznej i narodowości i popierając dane odpowiednimi tablicami cyfrowymi i krzywymi graficznymi.

Na podstawie materiału, złożonego z pomiarów wagi i wzrostu kilku tysięcy dzieci klas biednych w Warszawie, od 8—15 lat życia,—kol. K. ułożył dla nich tablice, z których wyprowadził następujące wnioski:

a) Chłopcy pod względem absolutnej wagi i absolutnego wzrostu stoją wyżej od dziewcząt, które dopiero między 13—14 rokiem życia pod względem wagi przewyższają chłopców. Fakt ten daje się spostrzeżać we wszystkich krajach z tą tylko różnicą, że gdzieindziej występuje on wcześniej np. w 11 lub 12 roku.

b) absolutny wzrost i waga chłopców klas biednych w Warszawie są niższe od absolutnego wzrostu i wagi chłopców amerykańskich w Bostonie i szwedzkich w Sztokholmie, a wyższe od włoskich w Turynie; dopiero między 14—15 rokiem chłopcy u nas przewyższają wzrostem szwedzkich i dosięgają amerykańskich—przy wadze mniejszej.—U dziewcząt widzimy stan inny. Te u nas, do 15 roku życia, i pod względem absolutnej wagi i długości ciała, stoją niżej od szwedzkich i amerykańskich, a nawet w 14 roku są prześcignięte przez włoskie.

c) Rozpatrując przeciętne roczne przyrosty wagi i wzrostu dzieci klas biednych u nas i za granicą, można twierdzić, iż dzieci w Warsza-

wie nie wiele ustępują pod względem rozwoju fizycznego dzieciom proletaryjatu w Sztokholmie, są lepiej rozwinięte od włoskich w Turynie, a ustępują znacznie amerykańskim i angielskim. Stosuje się to tak do chłopców, jak i do dziewcząt z niewielkimi wyjątkami.

d) Przy porównywaniu przeciętnych wag i wzrostu dzieci chrześcijańskich z żydowskimi, okazuje się, że we wszystkich latach badanego przez kol. K okresu życia, przeciętne wspomniane są nader zbliżone,—różnice wypadają zaledwie w ułamkach i nigdzie nie dochodzą do całej jednostki pomiarowej. Przewaga ogólna tak wzrostu, jak i wagi absolutnej jest po stronie dzieci chrześcijańskich, z nader małymi wyjątkami.

(Autoreferat).

Na tem posiedzenie ukończono.

PREZES.

Dr. E. Przewoski.

SEKRETARZ.

Szumlański.

Działo się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 12 Maja 1893 r.

Komitet powołany przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie do rewizyi rachunków Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych za rok 1892, a złożony z kolegów PRZYSTAŃSKIEGO, jako przewodniczącego, MAJKOWSKIEGO i ANDERSA, wykonał tę czynność w sposób następujący:

Podskarbi Towarzystwa Lekarskiego i Kasy Wsparcia kol. St. KONDRATOWICZ przedstawił zebranym Członkom Komitetu rewizyjnego następujące księgi rachunkowe i dokumenta:

- 1) Dziennik Kasy Wsparcia;
- 2) Kwitaryjusz Kasy Wsparcia i zeszyt dowodów wypłat i asygnacyj;
- 3) Księgę główną funduszów Kasy Wsparcia;
- 4) Rachunek z obrotu i stanu funduszów Kasy Wsparcia za rok 1893;
- 5) Wykaz stanu obecnego funduszów Kasy Wsparcia i Towarzystwa Lekarskiego, i wreszcie:
- 6) Dziennik Kasy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Komitet rewizyjny sprawdził naprzód wpływy kasowe, a to przez porównanie wszystkich poszczególnych pozycyí Dziennika Kasy z kwitaryjuszem; znalazł on zaś zupełną zgodność stwierdził własnoręcznymi podpisami zarówno w kwitaryjuszu, jak i w Dzienniku Głównym Kasy.

Następnie Komitet rewizyjny sprawdził szczegółowe rachunki oddzielnych funduszów i znalazł wszystkie pozycyie Dziennika Kasy należycie przeniesione do właściwych rachunków Księgi głównej.

Ukończywszy w ten sposób rewizyję rachunków Kasy Wsparcia za r. 1892, Komitet je przyjął i własnoręcznymi podpisami stwierdził.

Oprócz tego Komitet rewizyjny w myśl przepisu zawartego w § 115 regulaminu Towarzystwa Lekarskiego, dokonał rewizyi obecnego stanu Kasy Wsparcia i Kasy Towarzystwa Lekarskiego.

Z wykazu stanu Kasy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych i Kasy Towarzystwa Lekarskiego, w dniu 12 Maja r. 1893 przedstawionego przez kolegę Podskarbiego i sprawdzonego przez Komitet, przez porównanie z Dziennikami obu Kas, pokazało się, że:

Saldo kasowe i funduszowe Towarzystwa Lekarskiego wynosi:

- | | |
|---|----------------|
| a) w gotowiznie | Rs. 4931 k. 35 |
| b) w papierach procentowych, w kasie znajdujących się | Rs. 1200 k. — |
| c) w papierach zdeponowanych | Rs. 11250 k. — |

Saldo także Kasy Wsparcia wynosi w dniu rewizyi:

- | | |
|---|----------------|
| a) w gotowiznie | Rs. 2879 k. 05 |
| b) w papierach procentowych w kasie zachowanych | Rs. 1800 k. — |
| c) w papierach procentowych zdeponowanych | Rs. 33400 k. — |

Razem przeto saldo kasowe i funduszowe obu instytucji wynosi:

- | | |
|--|-----------------|
| a) w gotowiznie | Rs. 7810 k. 40 |
| b) w papierach procentowych znajdujących się w kasie | Rs. 3000 k. — |
| c) w papierach procentowych zdeponowanych | Rs. 44650 k. — |
| razem | Rs. 55460 k. 40 |

Powyższe Saldo kolega Podskarbi usprawiedliwił w następujący sposób:

I. Z wykazanej powyżej gotowizny, w sumie . Rs. 7810 k. 40 znajduje się:

- | | |
|--|----------------|
| a) w Banku Handlowym w Warszawie na rachunku przekazywym za 7-dniowem wypowiedzeniem | Rs. 7372 k. 70 |
| b) w zachowaniu Podskarbiego, jako fundusz na wydatki bieżąco | Rs. 437 k. 70 |
| razem jak wyżej | Rs. 7810 k. 40 |

II. Papiery procentowe w sumie Rs. 3000, znajdujące się w przechowaniu u Podskarbiego, składają się:

- | | |
|---|---------------|
| a) z dwóch akcyj pożytkowych Towarzystwa Drogi Żel. Warsz. Wied. po rs. 100 | Rs. 200 k. — |
| b) dziewięciu listów zastawnych Tow. Kredyt. Ziemińskiego, a mianowicie: 6-iu listów seryi III po rs. 100, 2-ch seryi V po rs. 250 i 1-go seryi V na rs. 1000, wszystkich z kuponami bieżącymi, łącznie na sumę | Rs. 2100 k. — |
| c) pięciu akcyj spółki Zakładu Wód mineralnych w Solcu po rs. 100 | Rs. 500 k. — |
| d) dwóch listów likwidacyjnych po rs. 100 | Rs. 200 k. — |

łącznie w papierach procentowych w zachowaniu u Podskarbiego znajduje się

Sumę rs. 44650 w papierach procentowych deponowanych w instytucjach finansowych m. Warszawy, usprawiedliwił kolega Podskarbi dowodami depozytowymi tychże instytucyj; Komitet rewizyjny sprawdził te dowody i za dobre uznał; poczem przyjęty został jako zgodny z rzeczywistością i podpisany wykaz stanu obn Kas.

Wreszcie Kasa Wsparcia posiada w Kasie Oszczędności przy Magistracie m. Warszawy gotowiznę, odnoszącą się do funduszu z legatu D-ra Walentego STANCZUKOWSKIEGO, w kwocie Rs. 26, według książeczki Kasy Oszczędności za Nr. 36598.

Na tem czynność ukończono; protokół powyższy spisano i podpisano.

Warszawa dnia 12 Maja 1893 roku.

Przewodniczący
(podpisano) Dr. Przysiański.

Członkowie Komitetu
(podpisano) L. Anders.
(podpisano) Dr. Majkowski.

Za zgodność Sekretarz, Członek Komitetu L. Anders.

SPRAWOZDANIE

z obrotu i stanu funduszków, istniejącej przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem, kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych za rok 1892.

W zastosowaniu się do § 13 ustawy kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, zatwierdzonej dnia 26 Marca 1869 r. przez p. Ministra Spraw Wewnętrznych, Komitet zarządzający funduszami kasy wsparcia składa publiczne sprawozdanie z działalności i stanu funduszków instytucyi za rok 1892.

Skład Komitetu Kasy Wsparcia w roku 1892 był następujący: Prezes Komitetu Dr. Przewoski Edward, Vice-Prezes Dr. Markiewicz Stanisław, Członek zarządzający Kasą Wsparcia Dr. Rogowicz Jakób, Kasyjer Dr. Kondratowicz Stanisław, Sekretarz stały Towarzystwa Lekarskiego Dr. Brodowski Włodzimierz. Członkowie z grona Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wybrani: Dr. Gepner Bolesław, Dr. Kosiński Juljan i Dr. Sokołowski Alfred; Członkowie powołani z grona lekarzy warszawskich: Dr. Lasocki Wacław i Dr. Wolff Aleksander; Inspektorowie lekarscy, z urzędu będący członkami Komitetu, lub ich zastępcy w interesach Kasy Wsparcia, a mianowicie: w m. Warszawie Dr. Troicki Piotr; w gub. Warszawskiej Dr. Lewiński Marceł; w gub. Kaliskiej upoważniony przez Inspektora Lekarskiego jego Pomocnik Dr. Merkel Juliusz; w gub. Piotrkowskiej Dr. Dobrzelewski Tadeusz; w gub. Radomskiej upoważniony przez Inspektora Lekarskiego jego Pomocnik Dr. Przychodzki Jan; w gub. Kieleckiej upoważniony przez Inspektora Lekarskiego jego Pomocnik Dr. Laskowski Remigjusz; w gub. Lubel-

skiej Dr. Skabiczewski Bazyl; w gub. Siedleckiej Dr. Maluszycki Ignacy; w gub. Płockiej upoważniony przez Inspektora Lekarskiego jego Pomocnik Dr. Górski Korneli; w gub. Łomżyńskiej upoważniony przez Inspektora Lekarskiego jego Pomocnik Dr. Chyliński Włodzimierz i w gub. Suwalskiej upoważniony przez Inspektora Lekarskiego jego Pomocnik Dr. Bakinowski Aleksander. Nadto przyjmują udział w działaniach Komitetu, w charakterze Radców Prawnych, dwaj prawnicy zaproszeni w tym celu przez Towarzystwo Lekarskie, mianowicie: p. Thieme Karol b. Obrońca przy Warszawskich Departamentach Rządzącego Senatu i p. Wydźga Stanisław, Notaryjusz przy Sądzie Okręgowym gub. Warszawskiej.

Z początkiem roku 1892 Kasa Wsparcia liczyła członków 678. Z tej liczby: a) zmarło 13, jako to: z m. Warszawy Fritsche Gustaw i Starkman Józef; z gub. Piotrkowskiej Witkowski Ksawery; z gub. Kieleckiej Michniewicz Felicyjan, Czarkowski Wacław i Hassman Wiktor; z gub. Lubelskiej Gerhard Izidor, Iżycki Aleksander i Zawistowski Onufry; z gub. Siedleckiej Chamski Władysław, Torgoński Stanisław i Zawadzki Żelisław. W Cesarstwie, mianowicie: w gub. Tulskiej Strzelbicki Kazimierz.

b) Wykreśliło się z listy członków 14.

c) Wyjechało z kraju 6.

d) Przybyło nowych członków, którzy złożyli deklaracje na opłacanie składek stałych 46.

Zatem z końcem roku 1892 było członków 691, a mianowicie:

a) Członków, którzy wnieśli znaczne jednorazowe ofiary i stosownie do § 3 ustawy, zaliczeni zostali w poczet stałych członków kasy 15
którymi są;

1) Anders Ludwik, lekarz praktykujący w Warszawie.

2) Czerwiński Jan, dyrektor zakładu leczniczego w Fürstenhof w Austrii.

3) Hassewicz Stanisław, lekarz przy zdrojach Karlsbadzkich.

4) Izbicki Aleksander, lekarz z Odesy.

5) Kosiński Julian Profesor, Członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego.

6) Krówczyński Żegota, doktor medycyny ze Lwowa.

7) Malinowski Franciszek, starszy lekarz wojskowy.

8) Maluszycki Ignacy, Inspektor Lekarski gub. Siedleckiej.

9) Mazanowski Józef, Radca Stanu, w Białej, gub. Siedleckiej zamieszkały.

10) Narkiewicz Jodko Witold, doktor medycyny, poprzednio w Warszawie, obecnie na Litwie zamieszkały.

11) Rejkowski Donat, Lekarz praktykujący w Wilnie.

- 12) Rotwand Mateusz, lekarz praktykujący w Warszawie.
 13) Rozenewejg Michał, lekarz praktykujący w Warszawie.
 14) Steinberg Ksawery, lekarz wojskowy.
 15) Tyrehowski Władysław, b. profesor, członek honoro-
 wy Towarzystwa Lekarskiego.

b) Członków, którzy zobowiązali się wnosić składkę stałą. 676
 Razem . . . 691

Dla wykazania obrotu funduszków Kasy Wsparcia zamieszcza się następujące wyrachowanie z otrzymanych w ciągu roku 1892 wpływów i poczynionych wydatków, z właściwych funduszków instytucji, ułożone na podstawie ksiąg kasowych.

FUNDUSZE INSTYTUCYI.

I. Fundusz żelazny.

Przychód:

Z końcem roku 1891, jak wykazuje poprzednie sprawozdanie, ogół funduszu nieruchomego wynosił rs. 33,786 k. 45

W roku 1892 wpłynęło:

1) Od 4-ch lekarzy ze zwrotu pożyczek udzielonych im z funduszu ofiarowanego przez prof. D-ra Juljana Kosińskiego i przekazanych na fundusz żelazny, stosownie do woli ofiarodawcy w zapisie wyrażonej	rs. 140
2) Od Towarzystwa Kredytowego m. Warszawy za wylosowany list zastawny miejski „	500
3) Od Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego za wylosowany list zastawny ziemski „	1000
4) Nabyto list zastawny m. Warsz. na „	500
5) Nabyto w Banku Handlowym dwa listy zastawne ziemskie na rs. 1000 i rs. 100. .	„ 1100 rs. 3,240
Ogół przychodu z remanentem	rs. 37,026 k. 45

Rozchód:

1) Odpisano w rozchodzie wylosowany list zastawny m. Warszawy na. .	rs. 500
2) Za nabyty list zastawny m. Warszawy zapłacono	„ 509 k. 70
3) Odpisano w rozchodzie wylosowany list zastawny ziemski	„ 1000
4) Bankowi Handlowemu za nabyte dwa listy, zastawne ziemskie na rs. 1000 i rs. 100	„ 1124 „ 18—rs. 3,133 k. 88
Remanent z końcem roku 1892 wynosił	rs. 33,892 k. 57

a mianowicie:

1) W kapitałach hipotecznie lokowanych na domu Nr. 42 i 43 w Opatowie rs. 3,000; na domu Nr. 250 w Opatowie rs. 150 i na domu Nr. 12 i 13 w Piotrkowie rs. 1000	rs. 4,150
2) W papierach procentowych	„ 29,700
3) W gotowiznie.	„ 42 k. 57
Razem jak wyżej	rs. 33,892 k. 5

II. Fundusz ruchomy.

Przychód.

A. Składki terminowe,

wniesione przez niżej wymienionych członków kasy.

1. Z m. Warszawy.

a) *Lekarze.*

	rs. k.		rs. k.
Altkauffer Adam	4	Bukowski Ryszard.	6
Anders Ludwik	8	Bujwid Odo	4
Apte Markus	6	Budzyński Edward	4
Babiński Leon	4	Centnerszwer Samuel.	4
Baranowski Ignacy	20	Cełchowski Kazimierz	4
Bartoszewicz Joachim	6	Chrostowski Bronisław	20
Bauerertz Adam	6	Chwat Ludwik	8
Bączkiewicz Jan	4	Ciechowski Andrzej	4
Baumritter Feliks	4	Cymerman Ludwik.	4
Benni Karol	12	Daniewski Władysław	6
Bernhard Henryk	6	Diehl Juljus.	4
Biberstein Karol	12	Dinte Maksymilian	6
Biegański Aleksander.	4	Dobrski Konrad	10
Bieńkiewicz Adolf.	4	Dobrzycki Henryk.	4
Biron Jan	4	Dobrzyński Wolf	3
Bondy Edward	4	Dunin Teodor	4
Boryssowicz Teodor	10	Drzewiecki Józef	4
Brabander Maurycy	4	Dziedzicki Henryk.	4
Braun Jan.	12	Elsenberg Antoni	4
Brodowski Włodzimierz.	12	Estreicher Antoni	4 50
Bruner Mikołaj	6	Fabian Aleksander.	—
Bruner Władysław.	4	Fogel Leon	—
Brüner Michał	4	Ficki Feliks	4
Brzeziński Jan	12	Florkiewicz Władysław	8
Bucewicz Nestor	24	Frankenstein Eugenijusz	6

	rs.	k.		rs.	k.
Freidenson Władysław	4		Kobyliński Franciszek	8	
Fraenkel Maksymiljan	3		Kohn Stanisław	4	
Frenkel Henryk.	—		Kondratowicz Stanisław.	4	
Gabszewicz Antoni.	4		Konitz Leon	12	
Garbowski Józef	2		Kopeć Stanisław	4	
Gepner Bolesław	24		Kopytowski Władysław	3	
Gepner Bolesław Ryszard	1	50	Korniłowicz Edward	4	
Glisczyński Adam	12		Korzeniowski Mieczysław	3	
Goldberg Józef	4		Kosiewicz Antoni	3	
Goldblum Henryk	4		Kosiński Julian	12	
Goldflam Samuel	5		Kosiński Aleksander	4	
Goldsobel Leon	6		Kosmowski Wiktor.	4	
Goldsobel Julian	4		Kossowski Cezary	4	
Glas Wincenty	2		Krajewski Władysław	6	
Groer Franciszek	9		Kramszytk Zygmunt	8	
Grostern Wiktor	4		Kramszytk Julian	6	
Grochowski Aleksander	4		Kraszewski Piotr	6	
Gromadzki Jan	10		Krysiński Stanisław	4	
Grün Józef	4		Kucharzewski Henryk	6	
Grużewski Aleksander	4		Kwiatkowski Aleksander	—	
Guirard Jan	1		Kruszewski Antoni.	5	
Guliński Franciszek	4		Kryże Władysław	6	
Guranowski Ludwik	6		Kuczyński Antoni	4	
Gutwein Jakób	6		Kulesza Karol	—	
Halpern Jakób	1		Kuniewicz Józef	4	
Handelsman Julian	4		Kwietniewski Stanisław.	4	
Heiman Teodor	4		Landau Daniel	6	
Heinrich Aleksander	12		Landau Maurycy	3	60
Heryng Teodor	8		Lasocki Wacław	4	
Hertz Maksymiljan.	6		Lassaud Kazimierz.	4	
Hertz Adolf	4		Lubliner Leopold	6	
Hewelke Otton	4		Lewenstam Henryk	4	50
Hołownia Józef.	4		Lubowski Henryk	6	
Hoyer Henryk	4		Majkowski Julian	4	
Jaworski Józef	4	50	Malcz Mieczysław	8	
Jakowski Maryjan	4		Malinowski Alfons	5	
Jasiński Roman	8		Markiewicz Stanisław.	4	
Jawdyński Franciszek	4		Markiewicz Józef	6	
Jelenkiewicz Antoni	4		Mayzel Wacław.	4	
Kadler Ludwik	—		Mączewski Władysław	8	
Kamiński Stanisław	—		Meyerson Stanisław	4	
Kamocki Walenty	4		Mazaraki Kazimierz	4	
Karwowski Konstanty	12		Modrzejewski Edmund	6	
Kinderfreund Józef	6		Natanson Ludwik	12	
Klejnadel Jan	4		Natanson Antoni	4	

	rs. k.		rs. k.
Nawrocki Feliks	6	Rotwand Mateusz	4
Nawrocki Władysław.	4	Rucker Adolf.	4
Nencki Leon	7	Rzeczniowski Leon	6
Neugebauer Franciszek	4	Sadowski Michał	4
Nieszkowski Zygmunt	4	Sawicki Bronisław	4
Nussbaum Henryk	16	Sędziak Jan	4
Oraczewski Wiktor	1	Samenhof Ł.	1 80
Oderfeld Hipolit	2	Saski Władysław	8
Ołtuszewski Władysław.	4	Sieragowski Paweł.	4
Pacanowski Henryk	4	Sierpiński Konstanty	4
Pasławski Piotr	6	Sikorski Antoni	6
Pawiński Józef	5	Sipniewski Władysław	8
Pawłowski Kalikst.	3 60	Śliwicki Franciszek	8
Perkowski Seweryn	8	Słupecki Czesław	3
Peszke Józef.	12	Spielrein Adolf	4
Piaszczyński Józef.	4 60	Srebrny Zygmunt	4
Piotrowski Władysław	4	Smiechowski Władysław	6
Poliker Bernard.	4	Sobolewski Aleksander	3 60
Przyborowski Adam	6	Sokołowski Alfred	6
Przyborowski Maryjan	3	Solman Ignacy	4
Pląskowski Romuald	8	Sommer Feliks	12
Polak Józef	3	Stankiewicz Władysław.	6
Portner Szymon.	6	Stępniewski Tymoteusz	5
Podolski Adam	5	Stiche Czesław	12
Poznański Adam	4	Stockman Aleksander.	—
Poznański Józef.	4	Strasburger Mieczysław	—
Przewoski Edward.	4	Stromfeld Aleksander	6
Pruszyński Jan	4	Stummer Józef	8
Przystański Aleksander	12	Strzeszewski Józef	4
Puławski Arkadiusz	4	Świeca Henryk	3
Rabek Ludwik	2 70	Świder Samuel	—
Rappel Adolf.	6	Świecianowski Andrzej	4
Raum Jan	5	Szancer Władysław	4
Rejchman Mikołaj	6	Szancer Bernard	4
Rejchstein Stanisław	4	Sznabl Jan	4
Reiss Ignacy	4	Sztembarth Wincenty.	4
Reutt Tomasz	4	Szteyner Władysław	6
Rogowicz Jakób	12	Szyszło Wincenty	6
Rogozński Józef	6	Szwajcer Jakób	4 50
Rose Józef	12	Szumlański Witold.	4
Rosencwejg Michał.	12	Szmakfefer Felicjan	4
Rosenthal Jakób	6	Szwykowski Michał	6
Rosenfeld Marcin	6	Taczanowski Bronisław	4
Rosenthal Albert	4	Tanenbaum Leon	4 20
Rothe Adolf	9	Thieme Apolinary	8

	rs. k.		rs. k.
Tomaszewicz-Dobrska Anna	6	Wójcikiewicz Feliks	4
Trąbczyński Tomasz	3 60	Wolff Aleksander	6
Trziński Tadeusz	4	Wróblewski Władysław	4
Turkiewicz Stanisław	6	Wróblewski Jan	4
Tymiński Antoni	4 50	Wróblewski Teodor	4
Tyrchowski Władysław	6	Wojciechowski Jan	4
Tyrchowski Wład. Józef	6	Wszebor Józef	6
Vacqueret Aleksander	4 50	Zaleski Seweryn	4
Watraszewski Ksawery	4	Zaleski Stanisław	—
Waldenberg Aleksander	1	Zawadzki Aleksander	4
Wejssel Antoni	4	Zawadzki Józef	4
Wertenstein Jakób	4	Zawisza Konrad	6
Weitzenblut Leopold	6	Zieliński Edward	3 60
Wiłarski Witold	3 60	Zweigbaum Maksymilian	2
Winawer Feliks	—	Żera Teofil	6
Winawer Adolf	4	Żłobikowski Tadeusz	3
Witkowski Julian	4	Żórawski Ewaryst	6
Witkowski Rafał	3		

b) Właściciele aptek.

Karpiński Wincenty	4	Schmidt Adolf	4
Klawe Henryk	4		

c) Dentyści.

Scheller	4 50
--------------------	------

d) Osoby nienależące do stanu lekarskiego.

Załęski Maurycy emeryt. . . .	6
-------------------------------	---

Razem w m. Warszawie Rs. 1427 k. 90

2. Z gub. Warszawskiej.

	Rs. k.		rs. k.
Arnstein Feliks	—	Rzeszotarski Antoni	4
Bojasiński Michał	9	Ruppert Henryk	6
Borowy Teofil	—	Rybicki Stanisław	6
Budziński Stefan	4	Fermer Karol	7 20
Bucelski Stanisław	—	Handelsman Józef	5
Certowicz Maksym	4	Jawurek Aleksander	9
Fajans Ignacy	—	Kaczkowski Zygmunt	3 60
Piotrowski Józef	—	Kossowski Jan	6
Podbielski Karol	3 60	Koralkiewicz Józef	12
Polkowski Stanisław	3	Krasuski Kazimierz	4
Geisler Maryan	2	Leśniowski Józef	4
Hubert Jan	2	Lewiński Marceli	6

	rs. k.		Rs. k.
Lipiński Władysław	5	Tabaczyński Leopold	6
Moszczyński Otto	6	Targowski Stanisław	6
Mieczkowski Leopold	5	Tomezycki Jan	4
Mizgier Franciszek	6	Terlecki Ignacy	6
Nowak Jakób	3	Windischbauer Mieczysław	14 40
Orlewicz Antoni	--	Wiśniewski Ludwik	4
Sapalski Napoleon	4	Wolberg Bolesław	—
Sąchocki Leon	—	Wróblewski Stanisław	3
Serwiński Juljan	4	Wierzejski Maryjan	6
Stypiński Józef	4	Zaleski Karol	2
Szymanowski Ludwik	10		

Razem w gub. Warszawskiej Rs. 198 k. 80

3. Z gub. Kaliskiej.

	Rs. k.		rs. k.
Altenberger Gustaw	6	Merkel Juljusz	4
Bernhard Edward	4	Ostrzycki Roman	4
Bieniecki Józef	4	Paciorkowski Bogumił	4
Brokman Markus	4	Podciechowski Aleksander	4
Cytwic Józef	4	Popielawski Jan	6
Dębczyński Antoni	3 60	Raźniewski Józef	6
Drecki Feliks	4	Rostkowski Antoni	4
Drozdowski Adam	4	Rymarkiewicz Józef	4
Frank Leopold	4	Sachs Henryk	4
Giersz Władysław	4 60	Silberstein Leon	4
Grodnicki Józef	3 60	Sokólski Eugenijusz	4
Gutowski Bronisław	4	Stanisławski Józef	6
Hindemith Aleksander	4	Sztark Edward	4
Kożuchowski Stanisław	4	Sunderland Jakób	3 60
Kleindinst Adolf	4	Wieczorkiewicz Leon	6
Kuszel Witold	4	Wilczewski Waleryan	4
Koelner Maurycy	3 60	Wojciechowski Bronisław	4
Kontkiewicz Stanisław	4	Zaleski Aleksander	4
Krakowski Edmund	4	Zieliński Wojciech	4
Legis Adolf	4	Zucker Michał	4
Łukaszewicz Stanisław	4		

Razem z gub. Kaliskiej Rs. 173

4. Z gub. Piotrkowskiej.

	rs. k.		rs. k.
Broniewski Ignacy	2	Bursztyński Salezy	1 80
Butwiłło Wacław	1 80	Czajkowski Józef	12
Bando Wilhelm	6	Czerniejewski Aleksander	3 60
Biegański Władysław	4	Dehnel Jan	6

	rs. k.		Rs. k.
Donchin Hirsz	6	Niedzielski Stanisław	4
Fligel Leopold	4	Paschalis Józef	6
Fryde Henryk	4	Paderewski Zbigniew	4
Goltz Rudolf	4	Pfabe Edward	4
Gorecki Alfons	4	Pinkus Wulek	5
Grabowski Ludwik	4	Pisarzewski Gracyjan	6
Grządzielski Wincenty	—	Przedborski Ludwik	6
Gensz Julijusz	6	Puterman Jakób	4
Gurbski Ignacy	3 60	Rode Jan	6
Haessner Franciszek	6	Rundo Herman	4
Hirszberg Maurycy	—	Rudolph Stanisław	4
Horoszewicz Stanisław	1 80	Rejman Konstanty	3 60
Jasiński Ksawery	6	Rodziewicz Włodzimierz	6
Jonszer Karol	6	Rontaler Teofil	3 60
Kelm Adolf	4	Russ Józef	—
Kohn Maksymilian	6	Schroetter Paweł	6
Kohn Henryk	5	Sieff Naftali	4
Kohn Edward	4	Siejanowski Władysław	6
Kohn Jakób	3	Slizień Jan	6
Koliński Józef	6	Sobański Tomasz	4
Kołodzki Lucyan	6	Soczołowski Tadeusz	4
Kondratowicz Józef	4	Sikorski Leon	6
Kowalczewski Karol	6	Sterczyński Adam	6
Krotowski Maurycy	6	Sterling Seweryn	4
Krupski Jan	3 60	Stodółkiewicz Marcelli	4
Krusche Alfred	6	Szalewski Antoni	3 60
Kulski Juljan	3 60	Szpigel Henryk	—
Landau Adolf	2	Terlikiewicz Apolinary	4
Lewy Gustaw	6	Wasserzug Dawid	6
Likiernik Maurycy	6	Wieliczko Julian	6
Litauer Wiktor	6	Wisłocki Jan	6
Lohrer Julijusz	6	Witkowski Ksawery	2
Marynowski Stefan	4	Wieczorkiewicz Damazy	4
Messyng Władysław	6	Wierzbowski Władysław	5 10
Micewicz Wiktor	6	Wolberg Bernard	5
Michałowski Adam	3	Wolberg Adolf	6
Mulewicz Heljodor	6	Wolski Emil	6
Morozewicz Wincenty	3 60	Wygrzywański Maryan	3 60
Nawroczyński Roman	4	Zalejski Józef	3 60
Nazarewicz Piotr	4	Żołędziowski Maksymilijan	4
Neufeld Jakób	7	Zawadzki Zygmunt	—

Razem z gub. Piotrkowskiej rs. 406 k. 50

5. *Z gub. Lubelskiej.*

	Rs. k.		Rs. k.
Arnstein Marek	4	Miedźwiedzki Emilijan.	6
Biernacki Mieczysław	4	Michalski Seweryn	4
Butrym Juljan	—	Mickiewicz Witold	4
Charytanowicz Stanisław	2 40	Morozewicz Roman	6
Chmielewski Konrad	—	Olechnowicz Władysław	4
Dobrucki Stanisław	4	Orłowski Wincenty	6
Doliński Gustaw	6	Rembieliński Stanisław	4
Dutkiewicz Feliks	4	Rose Alfred	26
Downar Henryk	6	Sachs Edmund	6
Dziewiszek Franciszek	15	Schmidt Ludwik	6
Flinder Naftali	6	Skabiczewski Bazyli	8
Gerhard Izydor	6	Skawiński Wojciech	6
Głogowski Feliks	6	Staniszewski Aleksander	4
Jaczewski Kazimierz	4	Stecki Konstanty	15
Janiszewski Aleksander	8	Sochacki August	6
Jarnuszkiewicz Witold	4	Tetz Benjamin	6
Jaworowski Aleksander	8	Tołwiński Władysław	6
Kapuściński Władysław	6	Tosio Józef	15
Karpiński Józef	—	Ulanowski Józef	6
Kuszelewski Eligiusz	8	Wiciejewski Ludwik	6
Klarner Jan	—	Wiśniewski Zdzisław	—
Klarner Szymon	15	Winawer Edward	—
Koziejowski Ignacy	6	Zagórski Karol	5
Krajewski Feliks	3 60	Zawadzki Feliks	4
Królikowski Stefan	4	Żebrowski Roman	6
Kwaśniewski Juliusz	—		

Razem w gub. Lubelskiej rs. 295

6. *Z gub. Siedleckiej.*

	Rs. k.		Rs. k.
Bobruk Michał	3	Nasiłowski Stanisław	3
Brudniak Józef	2	Nerlich Roman	6
Ciągliński Kazimierz	2	Nowak Józef	6
Faytt Michał	6	Pleszczyński Józef	6
Kisielewski Adolf	4	Pawłowicz Tadzysz	6
Korybut Daszkiewicz Bohdan	6	Podolski Alojzy	6
Kozłowski Edmund	6	Podoski Kazimierz Józef	4
Krzymowski Bronisław	6	Puławski Wincenty	4
Łada Bazyli	3	Rafalski Franciszek	4
Maleszewski Wiktor	6	Reszyf August	6
Maluszycki Józef	6	Rosenthal Maryan	6
Michałowski Antoni	6	Rosenthal Emil	3
Michałowski Zygmunt	6	Rosenblum Tobiasz	6

	Rs. k.		Rs. k.
Różyński Lucyjan	6	Wroczyński Czesław	12
Rybiński Stefan	6	Woronowicz Stefan	6
Sawicki Anastazy	6	Wysokiński Baltazar	6
Stano Henryk	6	Wyszomirski Karol	6
Świrski Grzegorz Wincenty	6	Zaboklicki Antoni	6
Szawelski Józef	6	Zawadzki Żelisław	3
Targoński Stanisław	3	Zawistowski Józef	6
Tchórzniński Józef	6	Ziencina Franciszek	6
Tryjarski Antoni	6		

Razem w gub. Siedleckiej rs. 230

7. Z gub. Radomskiej.

	Rs. k.		Rs. k.
Biejko Feliks	4	Przychodzki Jan	4
Dittel Edward	6	Piętkowski Bronisław	6
Drzażdżyński Władysław	3 60	Patkowski Leon	4
Fidler Henryk	4	Przeorski Bogdan	4
Głogowski Jan	4	Płużański Zygmunt	4
Horoszewicz Tytus	4	Roth Władysław	—
Idzikowski Stanisław	4	Samborski Felicyan	4
Jamiołkowski Józef	4	Szajer Edmund	4
Kosicki Franciszek	4	Stępkowski Franciszek	4
Lubodziecki-Libkind L.	6	Suffczyński Romuald	4
Malhomme Celestyn	6	Tęczyński Jakób	4
Maresz Ignacy	4	Tworowski Jan	4
Mroczkowski Włodzimierz	6	Zielowski Paweł	4
Olszewski Paweł	3 60	Żerański Ludwik	4
Petelak Wojciech	—	Zielonko Stefan	4
Pomper Adolf	4		

Razem z gub. Radomskiej rs. 125 k. 20

8. Z gub. Kieleckiej.

	Rs. k.		Rs. k.
Andrzejewski Jan	6	Gajewicz Wincenty	6
Bogdański Edward	—	Goldstein Ludwik	4
Breszel Leopold	6	Hassman Franciszek	4
Buchowiecki Stefan	6	Horoszewicz Antoni	6
Czaplicki Aleksander	6	Hejdukowski Zdzisław	4
Czyżewski Ludwik	2	Hartman Szymon	2
Dukalski Jan	6	Janeczek Antoni	2
Dobrzański Aleksander	12	Jedlicki Łukasz	6
Dymnicki Józef	6	Jeżowski Aleksander	6
Edelman Icek	6	Jopkiewicz Aleksander	6
Gadomski Karol	—	Kahl Jan	9

	Rs. k.		Rs. k.
Karsz Franciszek	4	Siedlewski Maryjan	4
Kamiński Aleksander	4	Sierakowski Maryjan	6
Laskowski Remigiusz	6	Słapczyński Jan	3
Laskowski Bronisław	6	Śmigieński Józef	6
Możdżeński Lucyan	4	Skwara Piotr	3
Nawroczyński Adam	2	Świda Stefan	—
Nowak Stefan	—	Sulicki Jakób	4
Padechowicz Leon	6	Sulimierski Antoni	4
Patek Euzebiusz	4	Świerczyński Czesław	—
Petral Stanisław	6	Warman Mikołaj	6
Pitas Stanisław	6	Wigura Józef	6
Przybyłowski Aleksander	4	Wokulski Józef	6
Rotszpan Gotlib	4	Zawadzki Mieczysław	6
Sarnecki Jan	4		

Razem z gub. Kieleckiej rs. 225

9. Z gub. Płockiej.

	Rs. k.		Rs. k.
Bereza Kamil	5	Jurzyński Stanisław	4
Brzozowski Stanisław	6	Kamiński Władysław	—
Cholewiński Władysław	6	Kasterski Leander	—
Ehrlich Marcin	6	Perkahl Zygmunt	4
Gorski Korneli	6	Rajkowski Franciszek	4
Gajzler Edmund	5	Wnorowski Roman	—
Gołębiowski Jan	4	Zalewski Julijan	—
Guszkowski Władysław	6	Zański Marcelli	4

Razem z gub. Płockiej Rs. 60

10. Z gub. Łomżyńskiej.

	Rs. k.		Rs. k.
Alchimowicz Konstanty	4	Markiewicz Cezary	6
Adamski Karol	4	Markowski Jan	6
Chmielewski Aleksander	6	Michałowski Stanisław	6
Chyliński Włodzimierz	6	Osmólski Julian	6
Delinikajtys Jan	6	Pełczyński Józef	6
Godlewski Aleksander	6	Radziszewski Stanisław	—
Gumowski	2	Rozzkowski Karol	4
Harusewicz Jan	4	Rucz Teodor	6
Huzarski Stanisław	6	Rydzewski Jan	6
Jarosński Adam	4	Sawicki Jan	6
Jasiński Ewaryst	2	Słomiński Maciej	12
Kacenenelbogen Herm.	4	Szyszko Wacław	6
Kancierz Stanisław	6	Skarzyński Władysław	6
Kroh Władysław	4	Stawecki Józef	6

Pam. T. L. T. 89. Z. IV.

69

	Rs. k.		Rs. k.
Stępnicki Teodor	6	Wnorowski Jan	6
Szacherski Piotr	6	Wroński Władysław	4
Szwejkowski Józef.	6	Zarębski Józef	4
Tański Maksym	6	Załęski Jan	4
Taczanowski Ksawery	4	Zubowicz Józef	4
Tiwołowicz Jakób	3 60	Zaruski Władysław	6
Wróbel Tomasz	6		

Razem z gub. Łomżyńskiej rs. 211 k. 60.

11. Z gub. Suwalskiej.

	Rs. k.		Rs. k.
Bakinowski Aleksander	—	Lalewicz Stanisław	—
Bartoszewicz Edward	—	Margolis Izidor	—
Chlebiński Zygmunt	—	Noniewicz Edward.	—
Grabowski Wiktor	—	Noniewicz Bogumił	—
Guziewicz Władysław	—	Rackiewicz Bolesław.	—
Kuderko Jan	—	Zmitrowicz Ludwik	6

Razem z gub. Suwalskiej rs. 6.

12. Z gubernij Cesarstwa.

Chociatowski Wincenty, lekarz z Horochowa gub. Wołyńskiej	4
Horoch, lekarz ze Stawiszcz gub. Kijowskiej	—
Mikucki Ksawery, lekarz z Ternówki, gub. Podolskiej, pow. Hajsyińskiego	10
Razem z gubernij Cesarstwa	14
Razem ze składek terminowych.	3,373

Uwaga. Od niektórych zalegających w opłacie składek Członków, wyżej wykazanych, otrzymano należność dopiero w r. 1893, już po zamknięciu rachunków za r. 1892. Wpływy więc te będą wykazane w sprawozdaniu za rok 1893.

B. Ofiary jednorazowe.

z m. Warszawy.

1. Od Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego jednorazowa bonifikacja przy ostatecznej spłacie kapitałów, wypożyczonych hypotecnie na dom Nr. 614L w Warszawie, przeznaczona przez Towarzystwo na powiększenie funduszu ruchomego Rs. 477 k. 37

2. Od Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przelew oszczędności osiągniętej na funduszu z legatu Dra

do przeniesienia Rs. 477 k. 37

z przeniesienia	Rs.	477 k.	37
Feliksa JABŁONOWSKIEGO, za lata 1886 do włącznie 1892	Rs.	550 k.	35
3. Od uczestników Zakładu Gy- nekologicznego w Warszawie, z okoli- czności przeniesienia zakładu do nowe- go gmachu przy ul. Marszałkowskiej	Rs.	30 k.	—
4. Dr. Anders z drobnych ofiar przez pacjentów złożonych	Rs.	21 k.	40
5. Dr. Burzyński Miłosław	Rs.	5 k.	—
6. Dr. Podolski Adam	Rs.	1 k.	—
			Rs. 1085 k. 12

z gub. Warszawskiej.

Dr. Aleksandrowicz Józef	Rs.	3 k.	—
Dr. Budziński Stefan	Rs.	1 k.	—
			Rs. 4 k. —

z gub. Kaliskiej.

Dr. Kleindinst Adolf	Rs.	3 k.	—
--------------------------------	-----	------	---

z gub. Piotrkowskiej.

Dr. Rundo Herman	Rs.	1 k.	—
Dr. Buttwiłło Wacław	Rs.	1 k.	20
Dr. Horoszewicz Stan. (nadpłata)	Rs.	— k.	20
Dr. Wierzbowski Władysław	Rs.	1 k.	20
Dr. Bursztyński Salezy (nadpł.)	Rs.	— k.	20
Dr. Szalewski Antoni (nadpłata)	Rs.	— k.	10
			Rs. 3 k. 90

z gub. Radomskiej.

Czerwiński Maurycy, weteryn.	Rs.	3 k.	—
Dr. Zbrożek Feliks	Rs.	2 k.	—
			Rs. 5 k. —

z gub. Lubelskiej.

Dr. Mickiewicz Witold	Rs.	1 k.	—
Dr. Karpiński Jerzy	Rs.	2 k.	—
Orłowski Wacław, stud. med.	Rs.	1 k.	—
Gołubiew	Rs.	1 k.	—
Jaroszyński	Rs.	— k.	50
Libster	Rs.	— k.	50
Lewin	Rs.	— k.	50
Seideman	Rs.	1 k.	—
Ryłko	Rs.	1 k.	—
do przeniesienia	Rs.	8 k.	50

	z przeniesienia . . .	Rs.	8 k. 50		
Ostaszewski, Zwierzchowski, Ja-					
roszyński i Krajanowski, stud. med. . .	Rs.	2 k. —			
Majewski stud. med.	Rs.	1 k. —			
Cykowski „ „	Rs.	1 k. —			
Gruszczyński „ „	Rs.	1 k. —			
Bresław „ „	Rs.	1 k. —			
Antoniak „ „	Rs.	— k. 50			
Wróblewski „ „	Rs.	— k. 50	Rs.	15 k. 50	

z gub. Siedleckiej.

Dr. Ciągliński Kazimierz	Rs.	1 k. —			
Dr. Korybut-Daszkiewicz Bogdan	Rs.	— k. 50			
Dr. Nasiłowski Stanisław	Rs.	1 k. —			
Dr. Nerlich Roman	Rs.	5 k. —			
Dr. Rozenthal Emil	Rs.	2 k. —	Rs.	9 k. 50	

z gub. Cesarstwa.

Dr. Haberling, Dr. Huszczo, Dr. Kobyliński					
i Dr. Kotowicz z Białegostoku, łącznie.	Rs.	30 k. —			
P. Lipski z Horochowa na Woł.	Rs.	1 k. —			
Dr. Bęklewski ze Stawropola	Rs.	1 k. —	Rs.	32 k. —	

Razem z ofiar jednorazowych. Rs. 1158 k. 02

C. Z procentów od kapitałów hypotecznie lokowanych, należących do funduszu żelaznego Rs. 237 k. 50

D. Z procentów od papierów publicznych, należących do funduszu żelaznego i funduszu rezerwowego ruchomego Rs. 1412 k. 66

E. Z procentów od pożyczek z funduszu ofiarowanego przez prof. Dra Julijana Kosińskiego Rs. 48 k. 07

F. Przelew z funduszu ofiarowanego przez prof. Dra Julijana Kosińskiego, czwartej części procentów od kapitału rs. 8000 w papierach publicznych, stosownie do woli ofiarodawcy Rs. 100 k. —

ZEBRANIE WPŁYWÓW.

1. Ze składek terminowych (wyżej pod lit. A szczegółowo wykazanych) Rs. 3373 k. —

2. Z ofiar jednorazowych (wyżej pod lit. B szczegółowo wykazanych). Rs. 1158 k. 02

3. Z innych wpływów (wyżej pod lit. C. D. E. i F. szczegółowo wykazanych) Rs. 1798 k. 23

Ogół wpływów w r. 1892 Rs. 6329 k. 25

do przeniesienia Rs. 6329 k. 25

z przeniesienia	Rs.	6329 k. 25
Dodając do tego remanent z r. 1891	Rs.	975 k. 21
<hr/>		
Ogół funduszu ruchomego, łącznie z remanentem wynosił	Rs.	7304 k. 46

Rozchód.

A. Na wsparcia: w dwóch terminach półrocznych lub w jednym tylko terminie, w miarę zgłaszania się z podaniami, przy uwzględnieniu wysokości posiadanego funduszu, jak niemniej położenia materalnego osób i rodzin, udzielone 4 lekarzom, 2 matkom zmarłych lekarzy, oraz 87 wdowom i sierotom po lekarzach, w ubóstwie zostającym, czyli łącznie 93 osobom lub rodzinom, a mianowicie:

1. Członkom kasy wsparcia oraz wdowom i sierotom po członkach pozostałym, a w szczególności: 2 lekarzom, 2 matkom zmarłych lekarzy, oraz 63 wdowom i sierotom po lekarzach, w wysokości od rs. 15 do Rs. 100 Rs. 4490 k. —

2. Lekarzom oraz wdowom i sierotom po lekarzach, którzy nie byli członkami kasy, a w szczególności: 2 lekarzom, oraz 24 wdowom i sierotom, w wysokości od rs. 5 do rs. 100. Rs. 1255 k. —

Łącznie . . . Rs. 5745 k. —

B. Na administrację, jako to:

a) na wynagrodzenie za pomoc biurową Rs. 150 k. —

b) na wynagrodzenie woźnych za odbiór składek w Warszawie i za obnoszenie okólników Rs. 46 k. 68

c) kosztą druku sprawozdania za r. 1891 Rs. 38 k. —

d) na druki, materyjały piśmienne, kosztą poczty i t. p. Rs. 72 k. 75 Rs. 307 k. 43

Ogół wydatków w r. 1892. . . Rs. 6052 k. 43

PORÓWNANIE.

Ogół funduszu ruchomego wynosił Rs. 7304 k. 46

Wydatki wynosiły Rs. 6052 k. 43

Remanent wynosił Rs. 1252 k. 03

a mianowicie:

1. fundusz rezerwowy w Listach Zastawnych. . . Rs. 700 k. —

2. w gotowiznie Rs. 552 k. 03

Zatem ogół funduszu ruchomego z końcem

r. 1892 wynosił Rs. 1252 k. 03

III. Fundusz stały z legatu Dra Józefa Torkańskiego.

Przychód.

Z końcem r. 1891 fundusz ten, jak wykazuje poprzednie sprawozdanie, wynosił. Rs. 2654 k. 52¹/₂

W roku 1892 wpłynęło za kupony od Listów Zastawnych m. Warszawy na Rs. 2500. Rs. 118 k. 74

Ogół przychodu z remanentem Rs. 2773 k. 26¹/₂

Rozchód.

W terminie przez zapisodawcę wskazanym, t. j. w d. 19 Marca r. 1892, wypłacono wsparcie W. F., lekarzowi w m. Warszawie Rs. 150 k. —

Przeło fundusz ten z końcem r. 1892 wynosi Rs. 2623 k. 26¹/₂
a mianowicie:

1. Fundusz stały:

a) w Listach Zastawnych m. Warszawy w depozycie Dyrekcyi Towarzystwa Kredytowego M. Warszawy Rs. 2500 k. —

b) w gotowiznie Rs. 7 k. 07

Rs. 2507 k. 07

2. reszta funduszu za ubiegłe procenta Rs. 116 k. 19¹/₂

Razem jak wyżej. Rs. 2623 k. 26¹/₂

IV. Fundusz z legatu Dra Leona Lande.

Przychód.

Remanent z końcem r. 1891 wynosił. Rs. 2095 k. 50

W roku 1892 wpłynęło za kupony od Listów Zastawnych M. Warszawy na Rs. 2000 Rs. 95 k. —

Ogół przychodu z remanentem Rs. 2190 k. 50

Rozchód.

1. S. K. b. lekarzowi ziemskiemu, Członkowi Kasy Wsparcia Rs. 75

2. S. M. wdowie po lekarzu, wsparcie Rs. 20 Rs. 95 k. —

Przeło fundusz ten z końcem r. 1892 wynosi. Rs. 2095 k. 50
a mianowicie:

1. W Listach Zastawnych M. Warszawy, jako fundusz stały Rs. 2000 k. —

do przeniesienia Rs. 2000 k. — Rs. 2095 k. 50

z przeniesienia	Rs. 2000 k. —	Rs. 2095 k. 50
2. w gotowiznie, jako procent do rozdzielania na wsparcia w roku następnym	Rs. 95 k. 50	
Razem jak wyżej		Rs. 2095 k. 50

V. Fundusz ofiarowany przez Prof. Dra Juljana Kosińskiego.

Przychód.

Fundusz ten z końcem r. 1891 wynosił	Rs. 8208 k. 60
W r. 1892 wpłynęło:	
1. za kupony od Listów Zastawnych M. Warsza- wy na Rs. 700	Rs. 33 k. 26
2. procent od sumy rs. 7500, hypotecznie lokowanej	Rs. 450 k. — Rs. 483 k. 26
Ogół przychodu	Rs. 8691 k. 86

Rozchód.

1. Na pożyczki dla młodzieży kształcącej się w zawodzie lekarskim, a mianowicie: 3-m kandydatom medycyny, przygotowującym się do egzaminu na sto- pień lekarza i 3-m lekarzom, rozpoczynającym prakty- kę, w wysokości od rs. 50 do 70 włącznie	Rs. 380
2. Przelano do funduszu ruchomego na wsparcia za rok 1892, stosownie do wo- li, w zapisie wyrażonej	Rs. 100 Rs. 480 k. —
Przeto fundusz ten z końcem roku 1892 wynosi	Rs. 8211 k. 86
a mianowicie:	
1. w zabezpieczeniu hypotecznem na domu Nr. 1 ⁹ / ₁₃ w Piotrkowie	Rs. 7500 k. —
2. w Listach Zastawnych M. Warszawy	Rs. 700 k. —
3. w gotowiznie	Rs. 11 k. 86
Razem jak wyżej	Rs. 8211 k. 86

VI. Fundusz z zapisu D-ra Walentego Stanczukowskiego.

Ś. p. D-r Walenty Stanczukowski, niegdyś lekarz w Kaliszu, testa-
mentem swoim z dnia 15 Maja 1874 r., w szczególności zaś kodycylem
do tegoż testamentu z dnia 21 Czerwca 1874 r., zapisał dla wdów i sierot
po lekarzach w gubernii Kaliskiej sumę Rs. 37 k. 50, z przeznaczeniem
jej na kapitał żelazny, od którego procent ma być rozdzielany wtedy,
gdy suma urośnie do Rsr. 15000. Wspomniana wyżej suma Rs. 37
k. 50 została złożoną przez testatora na ręce lekarzy Kaliskich: D-rów
Drozdowskiego, Hindemitha i Rymarkiewicza, którzy, administrując nią
od r. 1874 do 1892, powiększyli kapitał do Rs. 223. Wymienieni wyżej

koledzy w r. 1892 udali się do Komitetu Kasy Wsparcia z prośbą o przyjęcie do zachowania i pod swoją opiekę rzezonego kapitału.

Komitet Kasy Wsparcia zgodził się na prośbę wspomnianych kolegów, przyjął do swego depozytu i pod swój zarząd sumę Rs. 223 i, stosownie do wskazania Rady Miejskiej Warszawskiej Dobroczynności Publicznej, odniósł się do D-rów Drozdowskiego, Hindemitha i Rymarkiewicza o wyjednanie przyjęcia tego kapitału przez Kaliską Radę Gubernijalną Dobroczynności Publicznej.

Obrót tego funduszu w r. 1892 był następujący: z gotowizny tego funduszu nabyto List Likwidacyjny, za który zapłacono Rs. 98 k. 90. Za kupony od Rs. 200 Listów Likwidacyjnych, a mianowicie, od jednego za półrocze 1-e i od dwóch za półrocze 2-gie r. z. otrzymał gotowizną rs. 5 k. 70. Tym sposobem z końcem roku 1892 fundusz ten wynosił:

- a) w Listach Likwidacyjnych Rs. 200 k. —
- b) w gotowiznie Rs. 3 k. 80
- c) w Kasie Oszczędności przy Magistracie Miasta

Warszawy Rs. 26 k. —
Razem . Rs. 229 k. 80

VII. Procenta przekazane przez Towarzystwo Lekarskie od zostających w bezpośrednim jego rozporządzeniu funduszy stałych, jako to:

1) *Od funduszu z legatu D-ra Jana Bącewicza.*

Z otrzymanego od Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego procentu w kwocie Rs. 450, za czas od dnia 1 Lipca 1891 r. do tegoż dnia 1892 r. od kapitału Rs. 7500, zapisanego Towarzystwu przez D-ra Bącewicza, udzielone zostały, stosownie do woli zapisodawcy, w dniu 24 Czerwca 1892 r., wsparcia po Rs. 90, 5-ciu wdowom po lekarzach, których nazwiska, w myśl woli testatora, podane były w swoim czasie do wiadomości publicznej.

Procent otrzymany za półrocze II r. 1892, w ilości Rs. 225, z końcem tegoż roku pozostał w kasie, jako fundusz na dalsze wsparcia.

2) *Od funduszu ofiarowanego przez wdowę po lekarzu Teofilu Koczorowską.*

Ś. p. Teofila Koczorowska ofiarowała Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu sumę Rs. 1000, z przeznaczeniem procentów od niej na wsparcia dla 4-ch wdów lub sierot po lekarzach, religii Rzymsko-Katolickiej.

Procent za rok 1892 od tej sumy, ulokowanej na hypotece domu Nr. 614L w m. Warszawie, w kwocie Rs. 60, Towarzystwo Lekarskie, podobnie jak w latach ubiegłych, przelało do Kasy Wsparcia. Procent ten rozdzielony został na wsparcia dla 3-ch wdów po lekarzach, dodatkowo do udzielonych wsparć z funduszu ruchomego, a mianowicie: jednej Rs. 30 i dwóm po rs. 10, oraz córce po lekarzu Rs. 10.

3) *Od funduszu z legatu D-ra Feliksa Jabłonowskiego.*

Przekazany Komitetowi Kasy Wsparcia przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie fundusz za rok 1892, w kwocie Rs. 300, wypłacono, w myśl osnowy testamentu, tytułem wsparcia za tenże rok, podupadłemu lekarzowi, Z. F., rodem z Warszawy, religii Rzymsko-Katolickiej.

4) *Od funduszu z legatu Henryka Michała Czekierskiego.*

Rada Miejska Warszawska Dobroczyńności Publicznej przy odezwie z dnia 21 Sierpnia 1891 r. Nr. 15647 przesłała Towarzystwu Lekarskiemu kopię postanowienia swego z dnia 12 Sierpnia t. r., którem przyjęty został zapis, w własnoręcznym testamencie ś. p. Henryka Michała Czekierskiego z dnia 9 Listopada 1889 r. dla Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego uczyniony.

W testamencie tym zapisodawca, między innymi legatami, zapisał Towarzystwu Lekarskiemu Rs. 2000 w Listach Zastawnych Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego; procent od tej sumy w 2-ch równych połowach: d. 16 Lutego i 8 Września ma być rozdzielany między dwie podupadłe osoby, jak wdowy i sieroty po doktorach medycyny, lub aptekarzach, lub między biednych doktorów medycyny i aptekarzy, stosownie do uznania Towarzystwa, z ogłoszeniem w Kuryerze tej darowizny.

Obrót tych procentów w r. 1892 był następujący:

Przychód.

Towarzystwo Lekarskie przelało do Kasy Wsparcia:

a) procent otrzymany po koniec r. 1891 od kapitału z legatu Henryka Czekierskiego	Rs. 141 k. —
b) procent od tegoż kapitału za półrocze I-sze r. 1892	Rs. 47 k. 50
	<u>Razem . Rs. 188 k. 50</u>

Rozchód.

Wsparcia przyznano:

1) M. F., lekarzowi w m. Kielcach	Rs. 50 k. —	
2) W. L., lekarzowi w m. Warszawie	Rs. 50 k. —	
3) 2-m wdowom po aptekarzach: G. F. w Warszawie i O. I. w Pułtusk, jednej Rs. 45, drugiej Rs. 16	Rs. 61 k. —	
4) S. K., wdowie polekarzu i Członku Kasy Wsparcia	Rs. 27 k. 50	Rs. 188 k. 50
	<u>Remanentu niema — — — —</u>	

Wykazanie ogólnej sumy wsparć, wypłaconych w r. 1892.

1) Z funduszu ruchomego dla 4-ch lekarzy, 2-ch matek, oraz 87 wdów i sierot po lekarzach	Rs. 5745 k. —
2) Z funduszu zapisanego przez D-ra Torańskiego, dla jednego lekarza	Rs. 150 k. —
3) Z funduszu zapisanego przez D-ra Leona Lande, dla jednego lekarza i jednej wdowy po lekarzu	Rs. 95 k. —
4) Z funduszu zapisanego przez D-ra Jana Bącewicza, dla 5-ciu wdów po lekarzach	Rs. 450 k. —
5) Z funduszu zapisanego przez Teofilę Koczorowską wsparcie dla 3-ch wdów po lekarzach (dodatkowo do wyznaczonych im z funduszu ruchomego) rs. 50 i jednej córce po lekarzu rs. 10, łącznie	Rs. 60 k. —
6) Z funduszu z legatu D-ra Feliksa Jabłonowskiego, dla jednego lekarza	Rs. 300 k. —
7) Z funduszu z legatu Henryka Michała Czekańskiego: 2-m lekarzom, jednej wdowie po lekarzu i 2-m wdowom po aptekarzach	Rs. 188 k. 50
Razem dla 108 osób i rodzin Rs. 6988 k. 50	

Zaległe składki.

Z końcem roku 1892 pozostało na zaległości w nieopłaconych składkach przez Członków Kasy Wsparcia:

1) w m. Warszawie	Rs. 174 k. 80
2) w gubernii Warszawskiej	Rs. 115 k. 80
3) „ Kaliskiej	Rs. 6 k. 20
4) „ Piotrkowskiej	Rs. 60 k. 80
5) „ Lubelskiej.	Rs. 115 k. 80
6) „ Radomskiej	Rs. 7 k. 60
7) „ Kieleckiej	Rs. 86 k. —
8) „ Płockiej	Rs. 88 k. 50
9) „ Łomżyńskiej	Rs. 24 k. —
10) „ Suwalskiej	Rs. 151 k. 50
Razem . Rs. 831 k. 00	

Wskutek pośrednictwa PP. Inspektorów Lekarskich lub ich zastępców, jako też wystosowania bezpośrednio przez Komitet odezw do zalegających w opłacie, w większych kwotach, składek terminowych z sumy zaległości w poprzedzającym sprawozdaniu rocznym na Rs. 695 kop. 40 wykazanej, odzyskano w roku 1892 tylko Rs. 197 kop. 30, umorzono zaś rs. 57 kop. 30 jako całkiem stracone, bądź z powodu zgonu, bądź też z powodu wyjazdu z kraju niektórych zalegających. Tym sposobem z powyższej sumy zaległości na Rs. 695 kop. 40 z końcem r. 1891 wykazanej, pozostała do odzyskania jeszcze kwota Rs. 440 kop. 80. Z tej sumy, Komitet wiele jeszcze zaległych składek z przykrością zniewolony będzie umorzyć i wykreślić z rachunków, a mianowicie te zaległości

dawniejsze, których Komitet dotąd nie wykreślał, w nadziei że debenci, częściowo, choć małemi ratami spłacą swe zaległe składki. Niestety, jednakże doświadczenie nauczyło, że Członkowie, którzy zalegną w opłacie znaczniejszych kwot, już później z trudnością uiszczają się z należności i bez usprawiedliwionych powodów przestają opłacać nawet bieżące składki, co bardzo niekorzystnie odbija się na wysokości wsparć półrocznych, przez Komitet z funduszu ruchomego wydzielanych. Oprócz kwoty rs. 440 kop. 80 pozostałej do odzyskania z dawniejszych zaległości, zaległość nowa, t. j. nieopłacone składki w roku 1892, powiększej części przez tychże samych zalegających Członków, wynosi Rs. 390 kop. 20. Łącznie, ogólna zaległość z końcem roku 1892, stanowi wyżej wykazaną znaczną kwotę Rs. 831.

Komitet najusilniej niniejszem prosi zalegających Członków i nie przestanie ich niepokoić oddzielnemi odezwaniami, ażeby przedewszystkiem nadesłali do Kasy Komitetu składkę bieżącą, t. j. za rok 1893, zaległość zaś spłacać mogą w małych ratach kwartalnych lub półrocznych, według możliwości, byleby tylko składkę bieżącą nadal regularnie wnosili.

W końcu Komitet za przyjemny poczytuje sobie obowiązek wynurzyć podziękowanie wszystkim Członkom Stowarzyszenia, wnoszącym regularnie składki, jakoteż tym, którzy zasilili fundusze kasy ofiarami jednorazowemi — za niesienie filantropijnej pomocy podupadłym kolegom i osieroconym rodzinom po lekarzach, wsparcia potrzebującym. Niemniejszą wyraża Komitet wdzięczność i pp. Inspektorom Lekarskim lub ich Zastępcom w interesach Kasy Wsparcia, za ich trudy i starania ponoszone przy zbieraniu składek i ofiar na rzecz tejże Kasy.

W Warszawie, dnia 19 (31) Października 1893 roku.

Prezes Komitetu *D-r E. Przewoski.*

Członek Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia *D-r J. Rogowicz.*

Podskarbi, Członek Komitetu *D-r St. Kondratowicz.*

Do Sz. Prenumeratorów

Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Ponieważ zdarzył się fakt, iż jakaś obca osoba, niemająca styczności z Redakcją, zapomocą 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.**

OGŁOSZENIA.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

Nowe tematy:

1. Zbadać zmiany anatomiczne przy sprawach zapalnych, przebiegających na błonie śluzowej, wyściełającej jamę Highmora. 2. Przeprowadzić badania bakteryjologiczne krwi u suchotników. 3. Na zasadzie własnych poszukiwań podać najprostsze sposoby dezynfekcyi przy chorobach zakaźnych. 4. Wpływ pożywienia, pracy fizycznej, afektów i innych czynników, działających na karmiącą, na wydzielany przez nią pokarm (analizy chemiczne i mikroskopowe).

Tematy pozostawione z roku zeszłego:

5. Jakość i ilość bakteryj chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej. 6. Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowania przez filtry piaskowe na zawartość bakteryj i skład chemiczny wody rzecznej. 7. Zbadać chemicznie niektóre produkty trujące jednego z grzybków chorobotwórczych. 8. Zbadać anatomicznie i fizjologicznie unerwienie krtani. 9. Sprawdzić czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalone z ustroju przy chorobach zakaźnych. 10. Zbadać histologiczną budowę jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałd i kanałów drugorzędnych. 11. Wpływ resekcji różnej długości odcinków kiszek w różnych miejscach na wchłanianie białka, tłuszczów i wodorów węgla. 12. Porównanie wpływu diety białkowej różnego pochodzenia (mięso, mleko, jajka, rośliny strączkowe etc.) na wydzielanie białka w moczu w przebiegu chronicznego zapalenia nerek. 13. O wchłanianiu tłuszczu i materij białkowych w przewodzie pokarmowym niemowląt z mleka sterylizowanego w porównaniu z mlekiem kobiecym. 14. Fermentacja w żołądku normalnym i patologicznym (badanie chemiczne i bakteryjologiczne). 15. Wykazać granice kąta maksymalnego, a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka: a) przy unieruchomionej miednicy

b) przy unieruchomionych stopach, Wykazać jaki udział przy takim skręceniu przyjmuje każda z części kręgosłupa i oznaczyć dla każdej hamulce skręcenia. 16. Zbadać proces trawienia młodej cellulozy roślinnej, produkty przy tem tworzące się i wyprowadzić ztąd wnioski co do wartości pożywnej cellulozy roślinnej (jarzyny, szpinak etc.). 17. Przeszczepialność raka i naukowe objaśnienie tego zjawiska. 18. Czy zniszczenia w płucach u suchotników zależą od działania wyłącznie tylko lasecznika Koch'a?

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 Marca 1894 r.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z powyższych 18-tu tematów wyznacza się nagroda Rs. 300. Takich nagród na rok 1893/94 jest siedm. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (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 stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *D-r Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych imienia d-ra Adama HELBICHA, a mianowicie:

1) O ile stosowanie kąpieli i wód siarczanych podczas specyficznego leczenia rżącią syfilisu jest uzasadnionem.

2) Wpływ mleka i jego przetworów na kwasność 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 fizjologicznych 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 Kocho pod względem immunizacji i leczniczego znaczenia.

6) Zbadać na podstawie anatomicznej i klinicznej kwestyję tak zwaną enteroptozy Glenard'a.

Termin do złożenia rozpraw oznaczyło Towarzystwo trzechletni, licząc od dnia 1-go 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 stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwieńczonych, 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 pomocniczych 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, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić wienien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznaczą. 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) przejrzyć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski*.

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 moźszeszowego 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 PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

za rok 1887, 1888, 1889, 1890, 1891 i 1892

Cena rs. 1 (za każdy rok oddzielnie).

Dr. JÓZEF BIELIŃSKI.

STAN NAUK LEKARSKICH

za czasów akademii medyko-chirurgicznej Wileńskiej.

Warszawa, 1889 rok.

(Praca uwieczniona nagrodą konkursową im. Helbicha.)

ROK XXIX.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej
wychodzić i będzie i w r. 1894, a 29 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** (*Marsz atkowska 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 najcelniejszych 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. *Oton Hewelke*, Chmielna 14.

Wydawca Dr. *Konstanty Wacław Sierpiński*, Marszałkowska 99.

MEDYCYNA

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) Nekrologię. 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

Wydawca Dr. *Guranowski*.
(Marszałkowska 129).

Redaktor Dr. *H. Dobrzycki*.
(Obożua 5).



ORGAN TOWARZYSTWA LEKARZY ODESSKICH

p. t.

„Południowo-Rosyjska Gazeta Lekarska“

(w języku rosyjskim).

W r. 1894 wychodzić będzie tygodniowo, w objętości 1½—2 arkuszy druku według dawnego programu.

Zawiera rozporządzenia i cyrkularze rządowe, mające związek z medycyną, prace oryginalne ze wszystkich gałęzi medycyny, referaty z pism lekarskich rosyjskich i zagranicznych, biblijografię, oceny krytyczne, sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich przeważnie południowo-rosyjskich, korespondencyje, uwagi praktyczne, biblijografię i nekrologi lekarzy, wiadomości drobne i ogłoszenia.

Kantor Redakcyi—Odessa, Chersonskaja № 27

Cena roczna rs. 6 z odnośnieniem do domów i przesyłką.

Cena oddzielnego numeru kop. 20.

AKUSZERKA

(Pismo wychodzi 5-ty rok w języku rosyjskim w Odessie).

Pismo poświęcone wszystkim gałęziom medycyny, wchodzącym w zakres działalności akuszerki i felczerów.

Wychodzi 2 razy na miesiąc.

Cena roczna rs. 3 (wraz z przesyłką); półroczna rs. 1,50 kop. 4-miesięczna 1 rs.

Prenumerować można w Redakcyi (ODESSA).

Redaktor i wydawca Ambrożewicz.

