

O WYCINANIU PŁUC

(„*de pneumectomia*“)

Skreślił

Fr. Kijewski

Ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

Chirurgia płuc stanowi jedną z nowszych zdobyczy współczesnej medycyny. Pod osłoną antyseptyki i aseptyki chirurdzy, zachęteni świetnymi wynikami otwierania jamy brzusznej, zaczęli poczynać sobie śmielej w rozmaitych cierpieniach narządów wewnątrz klatki piersiowej.

Rozwój jednak zabiegów chirurgicznych na płucach nie mógł tak szybko postępować, jak się rozwijała chirurgia jamy brzusznej, gdyż następstwa otwierania tych dwóch jam są niezmiernie różne. Obawa tych, niekiedy groźnych, następstw stanowi jedną z głównych przeszkód do śmielszych zabiegów na płucach.

Do r. 1873 chirurgia płuc więcej była znana teoretycznie; uznawano konieczność zabiegów chirurgicznych na płucach, ale mało w tym kierunku uczyniono, zaledwie co kilka lat spotykamy się z pojedynczymi przypadkami, w których probowano ratować życie choremu za pomocą otwierania ognisk chorobowych w samych płucach.

Pam. T. L. T. 97, Z. IV.

36

Lecz były to przypadki nieliczne; w czasach przedantyseptycznych, nie mogły, tak ze względu na zejście po operacji, jak i liczbę swą, zachęcać do naśladownictwa; mają one raczej dla nas znaczenie historyczne.

Dawniejsi chirurdzy nie byli zbyt pochopni do tego rodzaju operacji; nieprzewyciężone trudności też stawały im na drodze i hamowały ich chęci. Już w roku 1696 BAGLIVI dostatecznie umotywował potrzebę otwierania ognisk ropnych w płucach, jednak niezbyt prędko znalazł naśladowców, gdyż, za ledwie w r. 1763, E. BARRY ogłosił odnośne pierwsze spostrzeżenia.

W treściwej swej notatce o rozwoju chirurgii płuc, WILHELM KOCH ¹⁾ przedstawia nam te usiłowania. Były to, powtarzam, usiłowania często kończące się niepomyślnie, lub bez żadnego rezultatu, a rzadko kiedy tylko uwieńczone dodatnim wynikiem. Dopiero od r. 1873 zaczynają się szersze i obfitsze w następstwa studia nad chirurgią płuc. Zapoczątkowali tę sprawę MOSLER i HUETER ²⁾, którzy przystąpili do pneumotomii już z uwzględnieniem wymagań antyseptyki. Zawdzięczając też im, cały zastęp chirurgów zwrócił się bądź to do prac doświadczalnych, bądź też do ostrożnego stosowania na chorych zabiegów wyrozumowalnych lub zdobytych na drodze doświadczalnej.

Od tego też roku począwszy, znajdujemy mnóstwo prac z zakresu chirurgii płuc, dotyczących jednak przeważnie pneumotomii. Prace te i cały już dosyć bogaty materiał kazuistyczny dostatecznie wykazały potrzebę pneumotomii i wywalczyły, że tak powiem, prawo obywatelstwa dla tej operacji. Nie będę tu się zatrzymywał nad wyliczaniem tych prac, uczyniłem to w innym miejscu ³⁾, a obec-

1) WILHELM KOCH. Historisches über die chirurgische Behandlung der Lungencavernen. Berliner klin. Wochenschr. 1874. № 16.

2) FR. MOSLER. Zur lokalen Behandlung der Lungencavernen. Berliner klin. Wochenschr. 1873. № 43.

3) KIJEWSKI. O pneumotomiach przy ropniach płuc. „Gazeta Lekarska“. 1897.

nie przechodzę do mniej znanego zabiegu chirurgicznego na płucach t. j. do r e z e k c y i p ł u c — p n e u m e k t o m i i.

Jeżeli pneumotomia cieszy się już ogólnem uznaniem, posiada dosyć ściśle wskazania, poparte licznymi spostrzeżeniami klinicznymi, ma już wyrobioną technikę operacyjną, to p n e u m e k t o m i a dla wielu znaną zaledwie jest z nazwy. Literatura pneumektomii jest uboga i zarówno prace doświadczalne, podejmowane w tym kierunku, jak i szczupła nader kazuistyka nie wystarczają jeszcze dotąd do ustalenia szerszego zastosowania tej operacji. I nic dziwnego, trudności samej techniki operacyjnej, powstawanie odmy piersiowej, obawa krwotoku mogą stanowić poważny hamulec, nawet w przypadkach nadających się do operowania.

Jeżeli wziąć pod uwagę fakty zdobyte przy łóżku chorego, a następnie poparte badaniami anatomo-patologicznymi, to z łatwością wywnioskujemy, że można usunąć część płuca, a pomimo to osobnik żyć i rozwijać się będzie. Spostrzeżenia kliniczne namacalnie nas przekonywają, że w rozlicznych sprawach chorobowych w płucach, pomimo znacznego zniszczenia mięszu, chorzy żyją i wyzdrowiewają nawet. Ileż-to razy na stole sekcyjnym widzimy w suchotach płucnych kolosalne zniszczenie płuc; zdawałoby się, że niema odcinka, w którymby odbywała się prawidłowa wymiana gazów, a jednak chorzy tacy żyli lata całe.

Znane są przypadki wrodzonych braków jednego płuca, ale są to wady rozwoju i zmniejszenia powierzchni oddechowej w tych razach niema. TICHOMIROW ¹⁾ przytacza przypadek wrodzonego braku lewego płuca u dorosłej kobiety. RATJEN ²⁾ opisuje 49-letniego mężczyznę, u którego

¹⁾ TICHOMIROW. *Medicin. Obozrenie* 1894, str. 178. Sluczaj wroždennago otsutstwja lewago lekkago u wzrosłoj ženszczyny.

²⁾ RATJEN. *Virchow's Archiv*—t. XXXVIII, p. 172. CONHELM—*Vorlesungen über allgemeine Pathologie* 1880. p. 176.

prawe płuco było nadmiernie przerosłe, a lewe bardzo małe, zupełnie atelektatyczne, z oskrzelem $1\frac{1}{2}$ cała długości, całkowicie zatkanem i otoczonem twardą tkanką łączną.

W zapaleniu opłucnej, przy nagromadzeniu się wysięku płynnego w jej jamie, płuco jest uciśnięte, powierzchnia oddechowa znacznie się zmniejsza, niekiedy taki ucisk trwa bardzo długi przeciąg czasu i płuco albo nie bierze zupełnie udziału w akcie oddychania, albo bardzo mały, a pomimo to jednak ustrój daje sobie radę z tą przeszkodą, wyrównywa ją.

Również spostrzegać to można, gdy w klatce piersiowej rozwijają się bąblowce lub inne guzy znacznych rozmiarów; taki sam stosunek zachodzi, jeżeli ciało obce wpadnie do dróg oddechowych, zatka oskrzele i wykluczy pewien odcinek płuca z aktu oddychania.

Wszystko to są fakty wykazujące, że pewna część płuca może nie brać udziału w oddychaniu, bez wybitnej na razie szkody dla ustroju.

Skoro w sprawach patologicznych odbywa się zwolna takie wykluczenie części płuca, to ręka chirurga również może dotrzeć do płuca i, usuwając tkanki chorobowo zmienione, przyspieszyć wyzdrowienie. Różnica polega na tem, że w sprawach niszczących miąższ płuc, jeśli rozwijają się one zwolna, zmiany w krwiobiegu i oddychaniu powstają stopniowo i organizm powoli przyzwyczaja się do nowych warunków, a po rezekcyi płuc niekiedy zmiany te występują nagle, co może powodować ciężkie przypadłości, szczególnie jeżeli weźmiemy pod uwagę tę okoliczność, że ustrój już jest wyczerpany skutkiem samej sprawy chorobowej. To właściwie gwałtowne usunięcie funkcji jednego płuca, ten przewrót w równowadze mechanicznej wewnątrz klatki piersiowej, oraz trudność osiągnięcia równowagi pierwotnej po usunięciu płuca stanowią istotne niebezpieczeństwo i mogą częstokroć być przyczyną smutnego zejścia.

Ztąd też tak mało kuszono się o wycinanie płuca, wykonywano je tylko w wyjątkowo nadających się przypadkach, gdzie ustrój już sam przygotował grunt.

Jeszcze w r. 1492 ROLANDUS ogłosił przypadek pneumektomii, przedsięwzięty w celu usunięcia przepukliny płucnej ¹⁾.

W 6 tomie *Phil. jour. of the medic. and phys. sciences* znajdujemy bardzo ciekawe spostrzeżenie. Dr. MILTON ANTONY DE GEORGIA w r. 1821 usunął u człowieka 5 i 6 żebro spróchniałe, oraz wyciął $\frac{2}{3}$ płata prawego płuca mocno zmienionego; chory po tej operacyi żył jeszcze 4 miesiące ²⁾.

W r. 1861 PÉAN usunął u kobiety guz z płuca, przechodzący na klatkę piersiową w 4 międzyżebżu. PÉAN wydobył guz na zewnątrz, szczelnie przyszył do siebie obydwie listki opłucnowe i nowotwór usunął za pomocą galwanokauteru. Chora wyzdrowiała ³⁾.

WEINLECHNER ⁴⁾ w 1880 roku operował *myxochondroma* wielkości głowy człowieka na klatce piersiowej u 37 letniego mężczyzny. Rezekcja 3, 4 i 5 żebra, opłucna otwarta, wycięcie kawałka płuca wielkości talara, oraz usunięcie 2 guzików z płuca. Gdy otwarto na większej przestrzeni jamę opłucnej, stan chorego stał się groźnym, przyspieszono więc operację. Rany zaszyć nie można było z powodu znacznego braku części miękkich; tamponowano ją gazą i gąbkami. Po południu tegoż dnia *dyspnoe*, tętno drobne, nikłe, przyspieszone; zapaść znaczna. Po 24 godzinach śmierć. Jako przyczynę śmierci oprócz zapaści wskazać można na septyczne zajęcie opłucnej.

W tych pierwszych spostrzeżeniach rezekcja płuc, że tak powiem, była przypadkową, podczas operacyi zaszła potrzeba usunięcia tych części, które były zmienione choro-

¹⁾ B. MURPHY. *Surgery of the lung*—1898, p. 131.

²⁾ A century of american surgery — par le prof. GROSS analysé par le docteur L. H. PETIT. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* № 10 — 1877, p. 791.

³⁾ Neuvième Congrès de chirurgie. Paris. 1895, p. 77.

⁴⁾ WEINLECHNER. *Zur Casuistik der Tumoren an der Brustwand*. *Wiener medicin. Wochenschr.* 1882, № 20 i 21.

bowo. Chirurdzy w tych przypadkach działali intuicyjnie bez jakichkolwiek bądź studyów przygotowawczych nad chirurgią płuc. A jak uczuwać się dawała potrzeba tych studyów widać z tej okoliczności, że w roku 1881 ukazało się jednocześnie kilka prac doświadczalnych nad wycinaniami płuc.

Dr. Th. GLUCK¹⁾ wycinał płuca u 6 psów i 14 królików czyli ogółem wykonał 20 razy rezekcyę płuc. Niektóre ze zwierząt padały pomiędzy 7—10 dniem skutkiem septycznego zapalenia opłucnej i osierdzia, inne żyły 6—8 tygodni, a jeden tylko królik po usunięciu prawego płuca trzymał się dobrze prawie rok cały, t. j. do czasu ogłoszenia wyników. Szczegóły o przebiegu pooperacyjnym, zmianach w innych narządach a nawet technice operacyjnej są bardzo nie wystarczające.

Dr. HANS SCHMIDT²⁾ wykonał częściową rezekcyę płuc 8 razy na psach; 5 psów zdechło w ciągu 2—5 dni skutkiem ropnego zapalenia opłucnej, jeden nawet po upływie $\frac{1}{2}$ godziny po operacyi z przyczyny zatrucia karbolem, jak przypuszcza sam autor. Dwa razy SCHMIDT wykonał operacyę na jednym i tym samym psie; w odstępie 6 tygodniowym usunął raz z prawej, a drugi raz z lewej strony po $\frac{1}{3}$ płata.

Dr. BLOCK (z Gdańska)³⁾ robił doświadczenia nad rezekcyą płuc na rozmaitych zwierzętach—królikach, psach, kozach, świniach, krowach, owcach. Ogółem wykonał około 60 operacyi na zdrowych i chorych zwierzętach. Po otworzeniu klatki piersiowej chwycił palcami jeden z płatów płuca i na wnękę nakładał ligaturę. Wyniki poopera-

¹⁾ Dr. Th. GLUCK. Experimenteller Beitrag zur Frage der Lungenextirpation. „Berliner klin. Wochenschr.“ № 44—1881.

²⁾ Dr. HANS SCHMIDT. Experimentelle Studien über partielle Lungenresection. Berliner klin. Wochenschr. № 51—1881.

³⁾ Dr. BLOCK. Experimentelles zur Lungenresection. Deutsche medic. Wochenschr. 1881, p. 634—6. Deutsche medic. Wochenschr. № 44—1882.

cyjne nie były zbyt świetne, jednak BŁOCK swojemi doświadczeniami wykazał możność usuwania z jednej strony płuca.

Prof. ZIINO ¹⁾ powtórzył doświadczenia GLUCK'a; usuwał części płuc psom i królikom [4 psy i jeden królik]. Na jednym psie wykonał z dwóch stron operację, pies trzeciego dnia po operacji zdechł skutkiem ropnego zapalenia lewej opłucnej. W innych przypadkach ZIINO otrzymał rezultat pomyślny, zwierzęta po usunięciu części płuca żyły. ZIINO zabijał je po upływie 2—3 tygodni i wyprowadził następujące wnioski, psy i króliki znoszą bardzo dobrze częściową rezekcję płuc, i że płuco zabliznia się łatwo. Śmierć zwierząt w doświadczeniach ZIINO zależała od zapalenia opłucnej, a nie od odmy piersiowej lub krwawienia.

MARCUS (z Jas) ²⁾ na posiedzeniu 19 listopada 1881 r. towarzystwa bijologicznego w Paryżu przedstawił rezultaty swoich doświadczeń nad rezekcją płuc na p s a c h i k r ó l i k a c h. W celu dotarcia do płuca MARCUS rezekował od 2 do 5 żeber w pobliżu chrząstek. Zwierzęta mu padały skutkiem zapalenia opłucnej lub osierdzia. Jeden królik żył 6 dni, drugi—10, a jeden tylko 20 dni. Szczegóły te są niedostateczne, gdyż pracy w oryginale otrzymać nie mogłem i zadowolnić się musiałem streszczeniem.

Jednocześnie niemal z tymi badaczami pracował nad kwestyą wycinania płuc BIONDI, który w 1882 r. ogłosił jedną z obszerniejszych i lepszych prac w tym zakresie ³⁾

¹⁾ Prof. G. ZIINO. Sull'estirpazione parziale de la polmone. „Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche—Anno IV, Napoli, 1882.

²⁾ „Jahrbücher Schmidt's—1882, II. Gaz. de Paris № 49—1881. Bull. de la société de Biologie à Paris 1881, III, p. 323.

³⁾ DOMENICO BIONDI. Estirpazione del polmone contribuzione sperimentale. Esteatto del „Giornale Internationale delle Scienze Mediche“ Anno IV. Napoli—1882.

BIONDI usuwał część płuca lub całe jedno płuco psom [20 razy], królikom [25], morskim świnkom [8], kotom [5], baranom [1], kurom [3] i gołębiom [1]. Wszystkich doświadczeń wykazał 66 na 63 zwierzętach. Całe płuco z jednej strony usunął 57 razy, jeden płąt 3, obydwa wierzchołki w przerwie miesięcznej 3 razy [pies, królik i świnka]. Na 66 doświadczeń miał 30 zejść śmiertelnych, a 36 wyleczeń. Po usunięciu całego płuca z jednej strony na 57 doświadczeń otrzymał 30 razy zejście pomyślne. Na zasadzie swoich doświadczeń autor wnioskuje: Zwierzęta znoszą dobrze częściowe, a nawet całkowite jednostronne wycięcie płuca. Zejścia niepomyślne zdarzają się tylko na skutek powikłań, których można uniknąć. Krwotok łatwo opanować, *pneumothorax* nie jest tak niebezpieczny, zmniejszenie powierzchni oddechowej nie jest groźnem.

BIONDI wyprowadza zaraz wskazania do operacji takiej na człowieku.

W roku 1884 tenże BIONDI omawianą kwestyę posunął cokolwiek naprzód, gdyż szczepił zwierzętom gruźlicę i następnie wycinał płuco¹⁾.

Po tych doświadczeniach następuje przerwa kilkolatnia, podczas której nie ukazała się żadna praca eksperymentalna w tym zakresie. Znajdujemy natomiast szereg spostrzeżeń klinicznych nad częściowym usuwaniem płuca z powodu tej lub innej przyczyny. Chirurdzy ostrożnie zaczęli stosować dane zdobyte na zwierzętach do ludzi. Jeden z najgorliwszych zwolenników zastosowania pneumektomii na ludziach BŁOCK z Gdańska przypłacił drogo pierwsze próby w tym kierunku.

BŁOCK wyciął u jednego i tego samego chorego obydwa wierzchołki płuc, chory zmarł na stole operacyjnym. W tak tragiczny sposób zakończone usiłowanie chirurga

¹⁾ D. BIONDI. Lungenextirpation bei experimentell localisierter Tuberculose. „Med. Jahrbücher“, 11 Julii, 1884.

jeszcze tragiczniejsze miały następstwa, gdyż BLOCK ze zgryzoty pozbawił się życia.

W r. 1884 KROENLEIN ¹⁾ (Zürich) ogłosił następujące spostrzeżenie. W czerwcu 1883 r. K. operował dziewczynę 18-letnią z mięsakiem klatki piersiowej; w grudniu już była recydywa i zachodziła potrzeba powtórnej operacji. Usunięto 5, 6 i 7 żebro, otwarto opłucną. Okazało się, że dolny płat płuca jest zrośnięty z guzem i klatką piersiową. Po oddzieleniu płuca wystąpiło *dyspnoe* w tak wysokim stopniu, że chloroform zupełnie usunięto. Nowotwór przechodził na samo płuco; na dolnym brzegu pod opłucną guzik wielkości orzecha włoskiego; guzik ten wraz ze zdrową tkanką płucną wycięto za pomocą nożyczek. Znaczne krwawienie. Nałożono szew katgutowy. Do jamy opłucnej założono dren. Przebieg pooperacyjny wyborny, wkrótce po operacji tętno 140, oddech 60; 14-go dnia tętno i oddech wróciły do normy. Po upływie miesiąca od czasu wykonania operacji [14. I. 84] chora opuściła szpital jako wyleczona.

Chora ta w r. 1887 16 III t. j. po upływie 3 lat z górą powtórnie była operowana, —5 żebro rezekowano i wycięto nowy kawałek płuca wraz z guzem; po otworzeniu jamy opłucnej płuco opadło, wystąpiła nader silna sinica. Do jamy założono dren. W przebiegu pooperacyjnym rozwinęło się zapalenie płuca. Wyzdrowienie nastąpiło po 8 tygodniach, 29 listopada chora zmarła t. j. po upływie 7 lat od czasu pierwszej operacji ²⁾.

W historii rozwoju pneumektomii rok 1885 przynosi nam ciekawą pracę GIUSEPPE RUGGI „*La tecnica della pneumectomia nell'uomo*“. RUGGI, zachęcony pracami doświadczalnemi wyżej wymienionych badaczy SCHMIDT'a, GLUCK'a, MARCUS'a, BLOCH'a i BIONDI'ego przerobił szereg

¹⁾ KROENLEIN. Ueber Lungenchirurgie. Thoraxwand — Lungenresection wegen eines recidivirenden Rundzellensarcoms einer Rippe. Heilung. „Berliner klin. Wochenschr.“ № 9—1884.

²⁾ Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1893, p. 42—43.

operacji nad wycinaniem płuc na trupach, starając się tym sposobem wypracować pewną technikę dla zabiegu tak zawilego, jakim jest pneumektomia u człowieka. Praca Ruggi'ego podjęta była w tym celu, aby stosować pneumektomię w pewnych okresach gruźlicy płucnej. Sam on operował dwa przypadki.

Wiśniaczka 30-letnia przybyła na oddział chirurgiczny 28 IV. 1883 z cierpieniem gruźliczem lewego stawu kolanowego. Od lat 3 objawy zajęcia płuc, kaszel, gorączka, krwioplucie. Badanie wykazało jamę w prawym szczycie. Po zastosowaniu odpowiednich środków chora doznała znacznej ulgi w cierpieniu stawu kolanowego, i to ją skłoniło do zgodzenia się na pneumektomię, którą Ruggi wykonał 6 lipca 1883 r. Klatka piersiowa odsłonięta od 1-go do 4-go żebra od przodu za pomocą 2-ch cięć podłużnych w pierwszym międzyżebrzu i w 3-em, połączonych pośrodku 3-iem cięciem pionowym. Powstałe takim sposobem płaty R. odseparował, 2 i 3 żebro wraz z mięśniami wyciął, opłucną oddzielił i przeciął w taki sposób jak skórę. Podczas oddzielania przyrośniętego wierzchołka płuca, jama wielkości pięści rozerwała się; część przylegająca płuca była usiana gruzelkami. Część tę po dostatecznym oddzieleniu wydobyl Ruggi na zewnątrz przez otwór i wyciął, nakładając na krwawiące naczynia szczypczyki swego pomysłu, które pozostawił w ranie. Tamponacja rany gazą napojoną karbolem. Po operacji ciepłota 36,6°, tętno=88, oddech=26. Trzeciego dnia obfite ropienie z rany. Stan pooperacyjny był zupełnie zadawalający, chora jednak zmarła 9-tego dnia skutkiem ostrego zatrucia k a r b o l e m.

Drugi przypadek dotyczy 32-letniego stolarza ze zmianami gruźliczemi w prawym szczycie. Operację wykonano tak jak w poprzednim przypadku. Niezmierną trudność miał Ruggi podczas oddzielania płuca mocno przyrośniętego do klatki piersiowej; pomimo wszelkich starań nie mógł oddzielić wierzchołka i, z obawy krwotoku, operacji nie dokończył, zmienionych chorobowo części nie wyciął. Chory zmarł po 30 godzinach przy objawach silnego podniecenia,

chciał się pozbawić życia, mocował się z obsługą, nie chciał przyjmować posiłku.

RUGGI podaje pewne wskazówki, których radzi trzymać się przy wykonywaniu pneumektomii. Chorych do operacji układa na grzbiecie. Klatkę piersiową otwiera od przodu, żebra zupełnie wycina, aby zredukować objętość klatki piersiowej do zmniejszonej objętości zawartego w niej narządu, w większości przypadków uważa za odpowiednie ranę tamponować. Płuco oddziela za pomocą specjalnego noża, a przy wycinaniu płuca posilkuje się „nożyczkami hemostatycznymi“ swojego pomysłu. Jest to dowcipne połączenie w jednym narzędziu długich nożyczek wraz z pincetą hemostatyczną, która przy zamykaniu nożyczek wyprzedza je w ten sposób, że nożyczki przecinają tkankę już mocno zaciśniętą. Przy otwieraniu nożyczek szczypczyki hemostatyczne łatwo się z nich zsuwają. Nakładanie ligatur w większości R. uważa za zbyt ciężkie, gdyż po kilkuminutowym ucisku krwawienia niema. Do zdejmowania szczypczyków hemostatycznych służy oddzielny przyrząd ¹⁾.

Jak widzimy praca RUGGI'ego wnosi pewien *plus* tak do techniki operacyjnej pneumektomii jak do postępowania z chorymi po operacji.

W r. 1885 w „British Med. Journ.“ podał JENNINGS ²⁾ opis techniki pneumektomii. JENNINGS otwiera klatkę piersiową od tyłu, unosi łopatkę ku górze, wycina 4, 5 i 6 żebra i otrzymuje otwór trójkątny, przez który niezmieranie łatwo wydobyć nie tylko część płuca, ale nawet całe. JENNINGS uważa tę metodę za najlepszą.

W tymże roku OMBONI ³⁾ ogłosił przypadek, w którym wykonał pneumektomię z przyczyny gwałtowne-

¹⁾ GIUSEPPE RUGGI. La tecnica della pneumectomia nell'uomo. Bologna 1885. (Conferenze teoretico-pratiche di chirurgia).

²⁾ JENNINGS. British Med. Journ. 1885, p. 201.

³⁾ OMBONI. Pneumectomia sinistra par ferita d'arma da fuoco con emorragia. Milano. 1885

go krwotoku do klatki piersiowej przy ranie postrzałowej lewego płuca. Śmierć nastąpiła 7-go dnia po operacji skutkiem ropnego zapalenia opłucnei.

W roku 1886 w „Société de chirurgie à Paris“ DEMONS ¹⁾ zakomunikował następujące spostrzeżenie. 49-letni mężczyzna w czasie kłótni dostał 2 uderzenia nożem, zaraz po wypadku w nocy był przeniesiony [30—31 sierpnia 1886 r.] do szpitala w Bordeaux. Jedna rana była z lewej strony klatki piersiowej pomiędzy 9 i 10 żebrzem, przez ranę tę wypadła część płuca wielkości $\frac{1}{2}$ pięści. Po 8 dniach DEMONS rezekował ten wypadnięty odcinek płuca za pomocą *é c r a s e u r l i n é a i r e*, przyczem niezbyt wielkie krwawienie powstrzymał termokauterem. Operację wykonał bez chloroformu. Po kilku dniach zmuszony był zrobić cięcia na miejscu rany, gdyż wydzielina ropna zatrzymywała się. Pomimo to chory gorączkował, a bliższe zbadanie chorego wykazało, że z rany wraz z ropą wypływa mocz. Uderzeniem noża zatem chory miał skaleczoną nerkę. 26 listopada 86 r. wykonano wycięcie nerki. Nastąpiło szybkie wyzdrowienie.

PARCK ²⁾ podaje przypadek rezekcyi płuca przy mięsaku ściany klatki piersiowej, przechodzącym na płuco. Chory miał odjętą lewą nogę z przyczyny mięsaka; szybka recydywa. W 1887 r. w lutym odjęto kończynę na wysokości kolana, po operacyi tej chory przyszedł wkrótce do sił.

W styczniu 1888 r. PARCK znalazł na klatce piersiowej z lewej strony pod sutką guz wielkości jaja kurzego. Badanie wykazało, że guz głównie znajduje się na zewnątrz

¹⁾ DEMONS. Resection d'une portion d'un poumon et extirpation d'un rein pratiquées avec succès sur le même sujet. „Société de Chirurgie“. 1886, p. 450—455. „RICHEROLLE — Chirurgie du poumon“. 1892, p. 63—64.

²⁾ PARCK. Annales de chirurgie. Saint-Louis. 1888, VII, p. 254—257. RICHEROLLE l. c.

klatki piersiowej. 22 I. 88 r. operacja. — P. rezekował 4, 5, 6 i 7 żebro, opłucną otworzył. Guz przechodził na płuco, był zrosnięty z dolnym brzegiem górnego płata, poniżej guza na płuco nałożono przewiązkę i obcięto. Na powierzchni lewego płuca znaleziono jednocześnie rozsiane guziki nowotworu. Szew na rauę. Śmierć na drugi dzień po operacji.

TUFFIER ¹⁾ w celach przygotowawczych do pneumektomii przerobił szereg doświadczeń na trupach i zwierzętach. TUFFIER wycinał płuca psom i przyszedł do przekonania, że u zwierząt tych zabieg ten jest dosyć ciężki, odma piersiowa powoduje poważne objawy; pomimo to operacja taka się udaje. Przy podwiązywaniu kawałka płuca u psa występowały refleksy oddechowe i sercowe, bez *syncope* jednak, rana zabiżniała się szybko. T. przekonał się również, że można przyszywać płuco do mięśnia międzyżebrowego, z którym łatwo się zrasta. Próżnia pozostająca w klatce piersiowej po wycięciu części płuca szybko się wypełnia przez rozciągnięcie pozostałej części, jeżeli tylko wycięty kawałek nie jest zbyt wielki.

TUFFIER u ludzi nie otwiera jamy opłucnej, lecz stara się odkleić opłucną ścienną i po oddzieleniu jej zbadać samo płuco. Tak postąpił w przypadku przepukliny płucnej u jednego chorego 13 listopada 1890 r. W 2 międzyżebrze był guz. Przypuszczano, że jest to sprawa gruzlicza.

TUFFIER zrobił cięcie w 2 międzyżebrze, starannie oddzielił opłucną przyścienną, i wtedy palcem mógł swobodnie zbadać wierzchołek płuca. Wymacywanie palcem daje bardzo dobre wyniki, gdyż płuco żywe jest tak miękkie i podatne jak najdelikatniejszy puch i można w niemu wyczuć najmniejsze stwardnienie, najmniejszą nierówność. W danym razie wierzchołek był wszędzie jednakowo mięk-

¹⁾ TUFFIER. De la résection du sommet du poumon. Hôpital Beaujon. Le semaine médicale.—1891, p. 202, 203, Nr. 25.

ki. TUFFIER zrobił radykalną operację przepukliny, zaszył ranę szwem 4 piętrowym i po upływie 7 dni chory był wyleczony. Dalsza obserwacja potwierdziła wnioski wprowadzone przy badaniu, gdyż objawy gruźlicy nie wystąpiły.

W r. 1891 TUFFIER wzbogacony swoim doświadczeniem rezekował płuco, zajęte sprawą gruźliczą. 24 kwietnia 1891 roku zapisał się do szpitala Beaujon 25-letni mężczyzna skutkiem cierpienia płucnego, które od 2 miesięcy zaczęło mu dotkliwiej dokuczać. Chory dziedzicznie nie był obciążony, przed 3 laty przyjechał do Paryża zupełnie zdrow i pracował jako kucharz. Zwolna zaczął tracić dobry wygląd; przed 3 miesiącami wpadł w nędzę i od tego czasu datuje się prawdziwa jego choroba; chory wychudł, osłabł, wystąpiła chrypka, poty nocne, kaszel napadami. Taki stan zmusił go do szukania pomocy w szpitalu. Przy badaniu znaleziono wyraźne stłumienie u prawego wierzchołka z oddechem zaostrozonym, a przy kaszlu z suchemi świstami. Objawy te występowały z równą siłą u prawego wierzchołka tak od przodu, jak i od tyłu. Rozpoznawano sprawę gruźliczą, co potwierdziło badanie mikroskopowe płwociny. Lewe płuco i pozostała część prawego nie przedstawiały zmian. Kiedy leczenie wewnętrzne w tym kierunku nie poprawiało stanu chorego, TUFFIER, mając na względzie ścisłą lokalizację sprawy, zdecydował się wykonać operację, w celu usunięcia chorobowo zmienionego wierzchołka.

5 Maja 1891 r. w uśpieniu chloroformowem operacja. Cięcie w 2 międzyżebżu na 2 ctm. od mostka na wysokości *art. mammae interna*; *m. pectoralis major* i 2 *mm. intercostales* przecięte i rozsunięte; obnażono tym sposobem w 2 międzyżebżu opłucną, którą T. delikatnie zaczął odklejać od klatki piersiowej, co mu z łatwością się udało od góry i od dołu, a u wewnętrznego brzegu rany nastąpiło rozerwanie opłucnej i cokolwiek powietrza weszło do jamy opłucnej; otwór ten T. zatkał gazą jodoformową. Kiedy na dostatecznej przestrzeni opłucna ścienna by-

ła odklejona, z łatwością można było wyczuć stwardnienie w wierzchołku. TUFFIER chwycił wierzchołek ten kleszczami, które nie rozdzierały tkanki, i przez otwór w 2 międzyżebżu wydobyl tę część płuca wraz z dwoma listkami opłucnej na zewnątrz. Stwardnienie było wielkości dużego orzecha, o powierzchni nierównej. Poniżej stwardnienia, w odległości 5 ctm. od wierzchołka, a 2 ctm. od pasa infiltrowanego TUFFIER przeprowadził ligaturę, przewiązał tkankę, wierzchołek usunął, a kikut przymocował do okostnej, na wewnętrznej powierzchni 2 żebra, obszywając go starannie, aby uniknąć odmy piersiowej. Mięśnie zeszyto, na skórę i mięsień piersiowy wielki nałożono szew oddzielny. Opatrunek antyseptyczny. Operacja cała trwała 35 minut, żadnych zaburzeń w oddychaniu i krwiobiegu nie było. Przebieg pooperacyjny wyborny, w ciągu następnych dni ciepłota nie przewyższała 37,5°, tętno—100, a oddech—24, żadnej reakcyi miejscowej i ogólnej. Szew usunięto szóstego dnia, a 9 dnia pacjent wybornie chodził. W prawem płucu szmerów anormalnych się nie wysłuchuje, stłumienia niema. Chory się szybko poprawił i pojechał do Arcachon, gdzie służył w hotelu.

Wierzchołek odcięty był zbadany w pracowni CORNIL'a; guz w pośrodku nie miał jamy, naokoło niego liczne guziki, w tkance wykryto laseczniki gruźlicze.

W rok po operacyi przybyło choremu kilka kilogramów, żadnych objawów ze strony płuc, kaszlu zupełnie niema¹⁾.

Dr. DE FOREST WILLARD²⁾ na posiedzeniu „College of Physicians of Philadelphia 4 listopada 1891 r. przedstawił rezultaty swoich doświadczeń na psach odnośnie do opera-

¹⁾ RICHEROLLE. Chirurgie du pneum. 1892, p. 82.

²⁾ DE FOREST WILLARD. Experiments in pneumotomy and pneumectomy—Suturing of lung. „University Medical Magazine“ Philadelphia, February, 1892, p. 338.—„Centralb. f. Chirur.“. 1893. № 19, p. 416.

cyi wykonywanych na płucach. WILLARD zwrócił uwagę na tę okoliczność, że przy tych operacjach ważną rolę odgrywają zrosty opłucnej ściennej z trzewiową. Aby je wywołać W. przecina mięsień międzyżebrowy wraz z opłucną i przez otwór ten chwyta płuco, wydobywa je na zewnątrz i ściśle przyszywa, albo też wprost przez mięsień i opłucną stara się igłą uchwycić płuco.

W roku 1892 na posiedzeniu „Medical Society of the State of California 25 kwietnia Dr. LE MOYNE WILLS wygłosił rzecz pod tytułem „*Experimental study in thoracic surgery*”. WILLS dokonał 27 operacji na 20 królikach: 10 pneumektomii, 3 thorakotomie, 4 pneumektomie z rozerwaniem płuca, 8 szwów płucnych, jedną pneumotomię.

WILLS zauważył, że do dolnego płata płuca dostęp jest lepszy i łatwiejszy, do górnego zaś znacznie trudniejszy. Dla operowania na górnym i środkowym płatach wybiera 2-ą i 3-ą przestrzeń międzyżebrową w pobliżu mostka, dla operacji zaś na dolnym płacie—3-ą i 4-ą przestrzeń od przodu, lub też 6-ą i 7-ą od tyłu pod łopatką.

W razie krwawienia z płuca W. tamponował ranę gazą i zostawiał ją w jamie opłucnej na kilka dni. Królikom można wycinać z jednej strony całe płuco bez szkody dla ich życia. W. sądzi, że możnaby nawet wyciąć jeszcze kawałek drugiego płuca, ale doświadczeń w tym kierunku nie robił, gdyż nie chciał tracić operowanych zwierząt. Po upływie 2—3 tygodni rana płuca po operacji czystej zupełnie się zaciąga. Króliki operowane mogą się mnożyć, ale nie chciały karmić swoich dzieci. Na 8 pneumektomii, 4 z prawej strony i 4 z lewej—otrzymał średnią ilość dni życia 3,2, *maximum* zwierzęta żyły 7 dni, a *minimum* 18 godzin.

Około tegoż samego czasu LOWSON OF HULL wykonał pneumektomię na króliku i psie. Królika zachloroformował, przeciął 2 i 3 żebro, płuco wydobył i nałożył ligaturę na górny płat, ligatura z łatwością przecięła płuco, doświadczenie się nie udało. Na psie pod chloroformem rezekował 2 żebro, otworzył opłucną, wydobył górny płat, wierzchołek podwiązał i obciął; płuco wpuścił do

klatki piersiowej i ranę zaszył. Pies szybko wyzdrowiał. Po miesiącu jakiś amator ukradł Lowson'owi psa. Z doświadczeń tych Lowson wywnioskował tylko, że można z powodzeniem wycinać części płuca. Opierając się na nich jakoteż na studyach na zmarłych, oraz pracach w tym kierunku przedsięwziętych przez innych badaczy L. postanowił wykonać pneumektomię na człowieku przy suchotach płucnych.

Przypadek ten dotyczy 34-letniej kobiety, która od dłuższego czasu uskarżała się na kaszel, ból w prawym szczycie, poty mocne, gorączkę, brak łaknienia, wychudnienie; krwioplucia nigdy nie miała. Rozpoznano gruźlicze zajęcie prawego wierzchołka.

Kiedy po kilkumiesięcznej kuracyi w szpitalu nie otrzymano żadnej poprawy, chora zgodziła się na operację, którą też L. wykonał pod chloroformem 14 lutego 1893 r.

Jedno cięcie poprowadził od środka mostka wzdłuż 2 żebra aż do przedniej fałdy pachowej, a drugie od wewnętrznego brzegu rany ku dołowi przez środek mostka. Obnażył 2 i 3 żebro i rezekował je. Opłucną przebił grubym trójgrańcem, który był połączony z aparatem doprowadzającym powietrze, przechodzące przez mocny, gorący roztwór kwasu karbolowego. Po wpuszczeniu tego powietrza do jamy klatki piersiowej, duszności i sinicy u chorej nie było.

Następnie otworzył szeroko opłucną, zrosty u wierzchołka porozrywał. Przednia część wierzchołka była zniszczona. Po wyprowadzeniu płuca na zewnątrz, przebił je tępą igłą, przeprowadził ligaturę i za pomocą niej przewiązał rozdzielone na 2 części płuco poniżej ogniska gruźliczego. Następnie część płuca zajętą sprawą gruźliczą, wielkości $\frac{1}{2}$ pięści odjął powyżej ligatury. Innych ognisk w płucu nie znalazł. Płuco wpuścił do jamy opłucnej i ranę zaszył zupełnie bez zakładania drenu. Podczas operacyi nie miał żadnych powikłań, tak ze strony oddychania jak i serca. Przebieg pooperacyjny wyborny; wieczorem tegoż dnia t° —37,2^o, tętno—84, oddech — 36. Następnym dni ciepłota nie przewyższała 37,5^o, tętno—78,

a oddech dochodził do 44. Czwartego dnia po operacji wystąpiły objawy zajęcia lewej opłucnej, autor rozpoznawał *pleuritis sicca*. Pod koniec drugiego tygodnia ciepłota nagle podniosła się do 38,6°, 4 dnia po operacji z rany pokazało się cokolwiek czarnej krwi, a ponieważ na klatce piersiowej było stłumienie L. przeto przypuszczał, że wewnątrz jamy opłucnej zebrała się krew i nie przedsiębrał żadnych środków. Ogólny stan chorej, pomimo gorączki był dobry. Gorączka trwała aż do 17 marca to jest do czasu, kiedy przez niezagojoną jeszcze ranę wyłała się znaczna ilość brunatnego płynu; pozostałą zaś resztę płynu L. wyaspirował za pomocą aparatu. Pomimo to rozwinęło się ropne zapalenie opłucnej. Powikłanie to chora zniosła dobrze. Ropienie trwało dość długo, 2 maja była jeszcze przetoka. Stan ogólny chorej wyborny. Zejście zatem tak ciężkiego zabiegu pomyślnie¹⁾.

W roku 1894 na posiedzeniu „Société de sciences médicales de Lyon“ ²⁾ [w czerwcu] OMER przedstawiał rezultaty swoich poszukiwań nad wycinaniem płuc u dwóch królików i 5 psów. Jeden królik po pneumektomii wyzdrowiał szybko, lecz był zjedzony przez psa; drugi zdechł podczas operacji przy nakładaniu ligatury. Z pomiędzy 5 psów wyzdrowiał tylko jeden, reszta zdechła bądź to skutkiem rozluźnienia się przewiązki, posocznicy i pod chloformem. Pies, który zniosł dobrze operację [miał usunięte p r a w e p ł u c o 15 kwietnia], po upływie 3 miesięcy wyglądał zdrowo, jadł dobrze, biegał szybko.

W 1893 roku MUELLER ³⁾ ogłosił przypadek rezekcji płuca przy nowotworze przechodzącym z klatki piersiowej. Spostrzeżenie to dotyczy 24-letniego kupca, u którego od

¹⁾ LOWSON OF HULL. A case of pneumonectomy. „British med. Journ.“ 1893.

²⁾ „Lyon médicale“ 1894, № 30, p. 438.

³⁾ MUELLER (in Aachen). Eine Thoraxwand Lungenresection mit günstigen Verlauf. „Deutsche Zeitschr. f. Chir.“ 1893, Bd. 37, Hft. 1 i 2.

4 lat rozwijał się guz na klatce piersiowej z prawej strony i zajął przestrzeń od 4 do 7 żebra.

14 listopada 1888 roku była dokonana pierwsza operacja. Przy usuwaniu guza okazało się, że przechodzi on na płuco. Opłucną otworzono, płuco natychmiast opadło i chory przestał oddychać, tętno niewyczuwalne. Należało guz wraz z płucem unieść ku górze i wtedy objawy te ustępowały. Rezekowano 4, 5 i 6 żebro. Pod guzem w zdrowej tkance płucnej nałożono ligaturę i guz wraz z częścią płuca obcięto; usunięto wtedy część płuca 9 ctm. długości i 3 ctm. szerokości. Szew na opłucną. Po operacji brak tchu, tętno częste. Po 3 dniach stopniowe polepszenie; 3-go dnia ciepłota podniosła się do 38,2°; szew rozluźniono i wypuszczono 200 ctm. płynu surowiczego, pomimo to chory jeszcze gorączkował w ciągu 6 dni. Po 3 tygodniach rana się zagoiła, chory wyzdrowiał. W marcu 1891 r. na miejscu operacji guzik. Ponowna operacja, przyczem jamę opłucnej otworzono, na płucach nic nie znaleziono. Po 8 dniach rana się zagoiła.

W roku 1894 znajdujemy w pracy CAMPE'a ¹⁾ opisany przypadek rezekcji płuca, dokonanej przez KOENIG'a. Dotyczy to 55-letniego mężczyzny z *enchondroma* klatki piersiowej, zajmującym prawą stronę od 2 do 5 żebra. Rezekowano wtedy 3 żebro, opłucną otworzono i usunięto część płuca, gdyż guz przechodził na płuco. Podczas operacji żadnych objawów ze strony oddychania i serca. Do jamy założono sączek. W przebiegu pooperacyjnym rozwinęło się ropne zapalenie opłucnej; pomimo to przypadek ten zakończył się szczęśliwie, chory wyzdrowiał.

Na zjeździe chirurgów francuskich w Paryżu w 1890 r. DOYEN ²⁾ komunikował kilka swoich spostrzeżeń, doty-

¹⁾ CAMPE. Ueber Tumoren der knöchern, Brustwand. Inaug. Diss. Göttingen, 1894.

²⁾ Neuvième Congrès de chirurgie.—Paris 1895., Chirurgie du poumon — par le Dr. DOYEN (de Reims), p. 104 i 105.

czących zabiegów chirurgicznych na płucach. Z pomiędzy tych spostrzeżeń w jednym przypadku u dziecka 12-letniego przy gruźlicy rezekował żebro i wyciął część płuca. Dziecko to wyzdrowiało i po upływie 2 lat nie miało żadnych gruźliczych zmian. Szkoda wielka, że DOYEN nie podał szczegółów tego ze wszechmiar ciekawego spostrzeżenia.

W roku 1898 spotykamy pracę GERULANOS'a ¹⁾, „*Eine Studie über den operativen Pneumothorax etc.*“ w której podaje następujące spostrzeżenie.

15-letni chłopak wiejski latem 1896 r. podczas orania został mocno uderzony pługiem w prawą stronę klatki piersiowej. W miejscu tem stopniowo rozwinął mu się guz. W klinice, dokąd udał się chory, rozpoznawano otorbionne ognisko krwawe, albo też nowotwór. 7 kwietnia 1897 r. wykonano operację, 6 żebro rezekowano, ognisko całe wyskrobano i wytamponowano. W czerwcu już na miejscu tem powstał nowy guz; 9 czerwca przystąpiono do operacji; za pomocą 2 pionowych do siebie cięć obnażono klatkę piersiową na znacznej przestrzeni i rezekowano od 3 do 10 żebra oraz część łopatki. Guz wielkości główki dziecka wrastał w środkowy i dolny płaty prawego płuca. Po oddzieleniu oskrzela i naczyń, idących do górnego zraza, na wnękę płuca nałożono dwie mocne pincety, które uciskały oskrzela i naczynia. Ze strony serca i oddychania podczas tych manipulacji nie było żadnych groźnych objawów. Wnękę płuca podwiązano katgutem, guz wraz z płucem obcięto i kikut starannie obszyto opłucną. Po odseparowaniu zrostów guza z przeponą i górnym płatem wydobyto go na zewnątrz. Tampony do jamy. Pod koniec operacji u chorego kończyny chłodne, trupia bladeść, tętno ledwo wyczuwalne, oddech powierzchowny. Po iniekcji fizjologicznego roztworu soli do kiszek, kamfory pod skórę, po

¹⁾ GERULANOS. „*Eine Studie über den operativen Pneumothorax etc.*“ „*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*“ 1898, p. 497.

upływie 2 godzin chory cokolwiek się poprawił. 11 czerwca 1899 r. nastąpiła śmierć przy objawach znacznego osłabienia serca; *dyspnoe* nie było. Sekcja wykazała tylko silną anemię wszystkich narządów. Guz wraz z żebrami i płucem ważył 2130 grm.

Według autora jest to pierwszy przypadek całkowitego usunięcia u człowieka dwóch płatów płuca.

W tymże roku 1898 SOULIGOUX¹⁾ podaje przypadek rezekcyi płuca przy przepuklinie tegoż. Guz na klatce piersiowej był przyjmowany za tłuszczak. Przypadek zakończył się wyzdrowieniem.

C. F. WIGHTMAN również w roku 1898 przytacza przypadek rezekcyi płuca, dokonanej przy przepuklinie płucnej u 41-letniego muzykanta. Guz był umieszczony w pobliżu kręgosłupa na wysokości 7—8 wyrostka ciernistego. Podczas operacji, chociaż worka opłucnowego nie otwarto okazało się, że guz ten stanowi płuco. Chory wkrótce wyzdrowiał²⁾.

W roku 1898 B. MURPHY³⁾ ogłosił wyniki swoich doświadczeń nad rezekcją płuc, której dokonywał na zwierzętach w ciągu 1897 i 1898 r. Z pomiędzy 9 operowanych zwierząt tylko jedno żyło dłużej, pozostałe zaś zdechły po upływie kilku dni po operacji skutkiem powikłań, wywołanych przez zakażenie.

W roku 1899 D. H. GROSS⁴⁾ podaje dwa przypadki, w których były usunięte z płuc guziki rakowate wraz z kawałkami samego płuca; były to guziki przerzutowe przy raku sutki.

¹⁾ SOULIGOUX. Affections chirurgicales de la poitrine. „Traité de chirurgie“ Le Dentu et P. Delbot. T. VI, p. 936. Paris 1898.

²⁾ C. F. WIGHTMAN. Report of a case of hernie of the lung, with remarks. „Brit. med. journ.“ 1898, febr. 5.

³⁾ B. MURPHY. Surgery of the lung. The oration in Surgery Delivered the Forty-uinth Annual Meeting of the American Medical Association, held at Denver, Colo., June 7—10, 1898.

⁴⁾ Dr. H. GROSS. Erfahrungen über Pleura und Lungenchirurgie. „Beiträge z. klin. Chirurgie“ XXIV, 1899, p. 237—287

Na Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie 12 kwietnia 1901 r. D. L. HEIDENHAIN ¹⁾ mówił o nader ciekawym przypadku rezekcyi płuc przy licznych ropiejących rozszerzeniach oskrzela w dolnym płacie. Spostrzeżenie to dotyczy 43-letniego mężczyzny, który w sierpniu 1899 r. przebył zapalenie płuc i opłucnej, co go położyło na kilka miesięcy do łóżka. W kwietniu 1900 r. dostał influenzy i ponownie zapalenia lewej opłucnej, które tym razem przybrało ropny charakter.

6 lipca 1900 r. w zakładzie leczniczym w Worms zrobiono rezekcyę 5 żebra, otworzono opłucną, znaleziono jamę wielkości jabłka z mocnymi zrostami do ściany klatki piersiowej, osierdzia i przepony brzusznej; przy badaniu tej jamy w płucu wykryto rozpadowe ognisko, z którego wypływała gęsta ropa ze strzępkami tkanki. Po upływie 1½ miesiąca 21 sierpnia 1900 r. wykonano powtórny operacyę. Rezekowano 4, 5 i 6 żebro i za pomocą termokauteru otworzono ropne ognisko w płucu. 15 października 1900 r. przystąpiono do trzeciej operacyi i tym razem po rezekcyi 2, 3, 4, 5 i 6 żebra na *linea axillaris ant.* usunięto za pomocą noża i termokauteru znaczną część dolnego płata lewego płuca, przyczem otworzono jeszcze 2 jamy bronchektatyczne, wielkości kartofla. Krwotok, który był dosyć znaczny H. tamował termokauterem, a oprócz tego nałożył 20 pincetek hemostatycznych i pozostawił je w ranie. Pod koniec operacyi nastąpił znaczny upadek sił chorego, skutkiem czego zastosowano kamforę i wlewanie fizyologicznego rozczynu soli.

Zabieg ten chory zniósł dobrze, szybko zaczął się poprawiać pomimo znacznej wydzieliny z rany. W lutym 1901 r. brzegi rany były zabliznione, dno zaś pokryte błoną śluzową, która rozrastała się z oskrzeli otwartych do jamy. Cho-

¹⁾ Dr. L. HEIDENHAIN. Ausgedehnte Lungenresection wegen zahlreicher eiternder Bronchectasien in einem Unterlappen. „Archiv für klin. Chirurgie“ 64 Band, 4 Heft, 1901. p. 891—868.

ry po upływie kilku miesięcy po operacyi nagle zmarł. Badanie zwłok pośmiertne nie mogło być dokonane.

Pneumektomia zatem, jak to już można wywnioskować z przytoczonych spostrzeżeń, bynajmniej nie należy do zabiegów łatwych, jest to operacya nader złożona, wymagająca pewnej wprawy chirurga, przytomności i szybkości w wykonaniu. Składa się ona z dwóch części: utworzenia sobie drogi do płuc i właściwej pneumektomii. Pierwszy warunek osiągnąć można przez otwarcie klatki piersiowej wraz z opłucną, wycina się jedno, dwa lub więcej żeber w miejscu odpowiednim, otwiera jamę opłucnej i dociera się do płuca. Na pierwszy rzut oka, sprawa prosta i łatwa, ale należy tu mieć na uwadze tę okoliczność, że przy takim postępowaniu powietrze wchodzi do klatki piersiowej, powstaje odma piersiowa, płuco opada, występuje sinica i szereg zaburzeń tak ze strony serca jak i oddychania.

Zaburzenia te niekiedy są tak groźne, że nieraz sprawiają wiele kłopotu chirurgom, a nawet mogą powodować śmierć operowanego, jak to mogłem stwierdzić na zwierzętach w moich doświadczeniach. Nie zawsze jednak tak gwałtownie działa zmiana ciśnienia w klatce piersiowej. TUFFIER nawet zaznacza, że ludzie lepiej znoszą odmę piersiową aniżeli zwierzęta, również znana nam kazuistyka pneumotomii i pneumektomii, dokonywanych na ludziach nie wykazuje tak szkodliwego działania odmy piersiowej; po pewnym stosunkowo dość szybkim czasie zaburzenia wyrównywały się i zawsze można było operacyę kończyć; w niektórych zaś razach należało płuco unosić ku górze i tym sposobem ułatwiać oddychanie i krążenie krwi u chorego. Obawa jednak odmy piersiowej i następczego zakażenia worka opłucnowego jest tak wielka, że wielu chirurgów nie decyduje się na bezpośrednie otwieranie klatki piersiowej; po ściślem oznaczeniu miejsca starają się oni wywołać tą lub inną drogą sklejenie listków opłucnej, i tylko wtedy docierają do płuca.

Niektórzy zastrzykiwali nalewkę jodową do opłucnej dla wywołania zrostów. QUINCKE¹⁾ przecinał mięśnie międzyżebrowe i na opłucną stosował pastę z chlorku cynku; ROUX²⁾ obydwie listki opłucnej zeszywa na sposób stebnowki—*la suture à arrière—points* i w ten sposób umocowuje płuco. WILLARD w doświadczeniach na psach starał się przyszyć płuco do opłucnej ściennej bez otwarcia jamy, albo też otwierał opłucną i wtedy przyszywał płuco.

SAPIEŹKO³⁾ dla wywołania zrostów opłucnej proponuje zastrzykiwanie do *cavum pleurae* kilku kropel 1—2% formaliny. Doświadczenia, przeprowadzone przez niego na psach, wykazują, że po zastrzyknięciu 1,0—5% formaliny następowały trwale zrosty całego worka opłucnowego.

Wszystkie te metody jednak znakomicie zmniejszają pole operacyjne, mogą mieć świetne zastosowanie przy pneumotomii, gdzie działamy na ściśle ograniczonej przestrzeni, lecz albo w zupełności nie nadają się przy rezekcji płuc, albo tylko w wyjątkowych przypadkach.

W roku 1896 na posiedzeniu Société de Biologie 21 listopada TUFFIER ET HALLION⁴⁾ przedstawili rezultaty swoich doświadczeń nad sztucznem oddychaniem przez wdmuchiwanie powietrza do płuc podczas niektórych operacji wewnątrz klatki piersiowej. Psu zachloroformowanemu wprowadzają ci badacze do tchawicy przez jamę pyska długą rurkę, drugi koniec której znajduje się w połączeniu z mieszkem. Przy otwarciu jamy opłucnej

¹⁾ QUINCKE. Ueber Pneumotomie. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1895. Bd. I, Hf. I.

²⁾ ROUX. D'un nouveau procédé applicable aux interventions sur le poumon. Bull. et mémoire de la société de chir. de Paris. 1892. „Centralb. f. Chir.“, 92, № 34, p. 693.

³⁾ K. SAPIEŹKO. K chirurgii lekkich w swiazi z diagnostyką plewralnych sroszczeni. „Letopis ruskoj hirurg.“ 1899, k. 1.

⁴⁾ TUFFIER ET HALLION. Respiration artificielle par insufflation pulmonaire dans certaines opérations intrathoraciques. „Société de Biologie“ 1896.

wdmuchuje się powietrze do płuc, i wtedy można szeroko otworzyć klatkę piersiową i swobodnie wykonywać zabiegi bądź na przełyku, nerwie sympatycznym, płucach i t. d.

Nad kwestyą tą w dalszym ciągu pracowali QUENU i LONGUET¹⁾, którzy w Société de chirurgie de Paris przedstawili wyniki swoich doświadczeń.

Doświadczenia te wykazują, że potrzeba niewielkiego powiększenia ciśnienia wewnątrz płuc, około 6 mml. słupka rtęciowego, dla swobodnego wykonywania operacji wewnątrz jamy opłucnej, można wtedy szeroko otwierać jamę opłucnej bez powodowania zaburzeń tak ze strony oddechania jak i krwiobiegu.

W roku 1897 CARL BAYER²⁾ z Pragi podaje dosyć ciekawe swoje spostrzeżenie, dotyczące chłopca 13-letniego z mięsakiem wielkości główki dziecka na klatce piersiowej. Guz wychodził z 8 żebra z prawej strony, podczas operacji dokonywanej aż w 2 tempach zaszła potrzeba szerokiego otworzenia jamy opłucnej. Płuco natychmiast opadło, chory przestał oddychać. Bojąc się, aby śmierć nie nastąpiła wskutek tego, BAYER chwycił kleszczami górną część płuca, wydobyl na zewnątrz i wtenczas chory zaczął rytmicznie oddychać przy czynnym udziale górnej połowy prawego płuca. BAYER przymocował płuco do okostnej 6 żebra, które stanowiło górną granicę rany i wtedy mógł bez obawy dokończyć operacji. Wielka duszność była tylko podczas pierwszych dni, lecz wkrótce ustąpiła i chory czuł się zupełnie dobrze.

TUFFIER przy rezekcyi wierzchołka płuca dla uniknięcia odmy piersiowej, odklejał opłucną przyścienną i płuco razem z obydwoma listkami opłucnej wydobywał na zewnątrz.

¹⁾ QUENU ET LONGUET. Recherches expérimentales et études critiques sur la chirurgie du poumon. Bull. et mémoires de la soc. de chir. de Paris. T. XXII. p. 787.

²⁾ CARL BAYER in Prag. Zur Pneumopexie. „Centralb. f. Chir.” 1897, № 2, p. 37.

LOWSON OF HULL przy takiej samej operacyi postępował zupełnie odmiennie, po rezekcyi żeber robił mały otwór w opłucnej i za pomocą odpowiedniego przyrządu wpuszczał przezeń zwolna wyjałowione ogrzane powietrze. Po otworzeniu opłucnej, płuco znalazł opadnięte, lecz nie występowały żadne objawy tak ze strony serca jak i oddechu.

DOYEN¹⁾ w myśl doświadczeń wyżej przytoczonych przy operacyach wewnątrz klatki piersiowej robi intubacyę krtani i tą drogą wdmuchuje powietrze do płuc. DOYEN wymyślił odpowiedni przyrząd w tym celu; przyszło mu to do głowy podczas usuwania mięsaka z klatki piersiowej u młodej chorej, kiedy po otworzeniu opłucnej nastąpiło ciężkie syncope z zaduszeniem. Za pomocą tegoż aparatu DOYEN wyciąga resztki powietrza z opłucnej już po zaszcyciu jamy.

Na XIV Zjeździe chirurgów francuskich w Paryżu 21—26 października 1901 r. DELAGENIÈRE²⁾ na zasadzie 6 własnych spostrzeżeń mówił o chirurgicznej odmie piersiowej, o jej niebezpieczeństwach i znaczeniu.

Według DELAGENIÈRE'a odma piersiowa, powstająca przy operacyach na płucach, w razie braku zrostów opłucnej, powoduje bardzo ciężkie zaburzenia, jeżeli występuje gwałtownie, a traci na swojej ważności przy powolnem występowaniu. Radzi nawet otwierać zwolna opłucną dla ustalenia rozpoznania ogniska chorobowego w płucu. W 3 przypadkach po otworzeniu jamy opłucnej, płuco przymocował do otworu. Po skończonym zabiegu i odprowadzeniu płuca do jamy opłucnej i zaszcyciu tej ostatniej należy według DELAGENIÈRE'a za pomocą aparatu POTAIN'a wycią-

¹⁾ Dr. DOYEN. Chirurgie du poumon. „Revue de Thérapeutique Medico-chirurgicale“ 1898, № 2, 15 Janvier.

²⁾ DELAGENIÈRE [du Maus]. Du pneumothorax chirurgical, ses dangers et sa valeur au point de vue de la chirurgie pleuro-pulmonaire d'après six observations. „La Presse Medicale“ 1901. Nr. 88, p. 252

gnąć powietrze znajdujące się w jamie opłucnej, a płuco natychmiast przyjmuje pierwotną swoją objętość.

Jak widzimy dla przezwyciężenia tak niepożądanych przypadłości jakie powodować może traumatyczna odma piersiowa, zrobiono wiele, technikę pod tym względem starano się udoskonalić, lecz czy te usiłowania i próby mozolne będą przynosiły chorym rzeczywisty pożytek i ułatwią zadanie chirurgom, przyszłość to okaże.

Przy doświadczeniach moich stwierdzić mogłem ten fakt, że nie wszystkie zwierzęta nawet należące do jednego i tego samego gatunku, jednakowo reagują na ostrą odmę piersiową, raz psy lub króliki znoszą ją zupełnie dobrze, bez zaburzeń wybitnych, innym znów razem giną przy objawach nadmiernie utrudnionego oddychania. Toż samo da się zastosować do ludzi,—przytoczona kazuistyka nie pozwała jeszcze na wyprowadzenie pod tym względem pewnych wniosków, widzimy z niej jednak, że łatwiejsza sprawa była z płucem przyrośniętem do klatki piersiowej lub nawet przytrzymywanem na zewnątrz.

TUFFIER twierdzi, że ostrą odmę piersiową chirurgiczną ludzie lepiej znoszą, aniżeli zwierzęta, a według DOYEN'a starsi łatwiej ją przetrzymują, z mniejszemi zaburzeniami, aniżeli dzieci.

Dotąd nader mało wykonano pneumektomii, każdy zaś z chirurgów stosował ten lub inny sposób operowania, ztąd też nie można jeszcze ustalić, jakie postępowanie jest najodpowiedniejsze.

W którym miejscu otwierać klatkę piersiową, aby mieć najłatwiejszy dostęp do płuca, z boku, od przodu lub od tyłu? Na pytanie to wprost odpowiedzieć nie można, gdyż wybór miejsca zależy od lokalizacji samego cierpienia.

SPENCER WELLS ¹⁾ radzi otwierać klatkę piersiową od tyłu; rezekuje 4, 5 i 6 żebro, unosząc łopatkę ku górze, otrzymuje trójkątny otwór, przez który łatwo się

¹⁾ „British Med. Journ.“ 1885, p. 201.

można dostać do płuca. RUGGI, przeciwnie, woli operować od przodu.

Przy rezekcyach wierzchołków płuc niemal wszyscy posilkowali się operowaniem od przodu, obnażając za pomocą dwóch pionowych do siebie cięć 2 i 3 żebro, które rezekują. TUFFIER zaś robi cięcie równoległe do 2 żebra w drugim międzyżebżu, przecina mięśnie, odsuwa je, żebra nie rezekuje i odkleja opłucną, powietrze wpada do klatki piersiowej, wywołuje odmę *extra-pleuralną*, która uciska do pewnego stopnia płuco, zmniejsza je i pozwala wydobyć przez stosunkowo małą ranę. Naturalnie postępowanie takie nadawać się może do wydobywania niezbyt wielkich odcinków płuca, a przy znaczniejszych chirurg zmuszony jest wycinać żebra. Rezekowanie żeber ma tę dodatnią stronę, że oprócz łatwiejszego dostępu do pola operacyjnego zmniejsza pojemność klatki piersiowej, co ma znaczenie wobec wolnej przestrzeni, jaka się tworzy po usunięciu pewnej części płuca.

Cięcie powłok zewnętrznych można robić łukowato, pionowo i prostopadle pod kątem Γ , lub w kształcie litery H. Rodzaj cięcia ma niewielkie znaczenie, idzie tu głównie o obnażenie dowolnej ilości żeber.

Jak wielką część płuca można usunąć, w jaki sposób unikać odmy piersiowej lub jej następstw, jak tamować krwotok podczas samej operacji, w jakich przypadkach uciekać się do rezekcji płuc—oto pytania, które co do rozwiązania swojego wiele pozostawiają do życzenia. Każda z tych kwestyi, jak to widzieliśmy, wywołała szereg prac, mniej lub więcej pomyślnie rozwiązujących wątpliwości, pomimo to jednak rezekcyja płuc przedstawia dotąd szerokie pole do badań. Nie tylko udoskonalenie techniki operacyj-

nej, o władnięcie wszystkimi trudnościami podczas samej operacji, wystudyowanie i wymotywowanie odnośnych wskazań jest przedmiotem dociekań badaczy. Po usunięciu całej połowy płuca, nawet pewnej części jego, warunki oddychania i krwiobiegu muszą się zmieniać; we krwi samej po tak wielkiem zmniejszeniu powierzchni wchłaniającej tlen, muszą zachodzić pewne stosunki nieprawidłowe; skutkiem zaś zmniejszenia się rozgałęzień małego krwiobiegu czynność serca jest wzmożona, co znów musi się odbijać na samem sercu; wszystkie zaś te zmiany powodować mogą szereg zaburzeń w innych narządach.

Oto całe pole dociekań, oto szereg tematów wymagających gruntownych i mozolnych studyów, które trwać mogą lata.

Podjmując pracę moją, nie miałem zamiaru zakreslić jej tak szerokich granic, nie czuję się na siłach, aby odpowiedzieć dokładnie na tyle różnorodnych pytań, pozostawiam to innym badaczom. Zwróciłem tedy uwagę na to jak wielką część płuc usunąć można, a po uwzględnieniu rozmaitych warunków techniki i bezpośrednich następstw operacji, przechodzę do samych płuc i zastanawiam się szczegółowo nad zmianami zachodzącymi tak w pozostałej części, jako i też i w drugim płucu nieoperowanem. W badaniach moich nie ograniczyłem się jednak do tylko co przytoczonych punktów, skrzętnie notowałem cały szereg objawów, jakie występowały po wycięciu części płuca, nie siląc się na rozwiązanie wszystkich nasuwających się kwestyi. Poszukiwania moje dostarczają całego szeregu faktów, które z korzyścią mogą być użytokowane w badaniach następczych.

Doświadczenia nad wycinianiem płuc wykonywałem w pracowni anatomo - patologicznej przy uniwersytecie Warszawskim.

Chociaż ówczesna pracownia anatomo-patologiczna nie posiadała żadnych przygotowań i urządzeń nie tylko do takich operacji jak *pneumectomia*, wymagających najściślej-szej czystości, ale wogóle do jakichkolwiek operacji, a na tomiast przedstawiała wszystkie ujemne strony do zabiegów

chirurgicznych, jednak potrzeba zmusiła mnie do korzystania z uprzejmości prof. PRZEWOSKIEGO, kierownika pracowni. Operacje wykonywane w takich warunkach, jakie przedstawiał instytut anatomo-patologiczny t. j. w sali przepelnionej rozmaitymi preparatami patologicznymi, bądź w płynach dezynfekcyjnych, bądź świeżo wydobytymi z trupów i przygotowanymi do wykładu, w sąsiedztwie sali sekcyjnej, przy pomocy ludzi, zajętych ciągle przy zmarłych, nie mogły mi dawać pomimo największych ostrożności z mojej strony wyników zadawalniających. Pierwszy też szereg doświadczeń przyniósł mi gorzkie rozczarowanie, znaczna część zwierząt padła skutkiem posocznicy w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu.

Rezultat taki raczej zniechęcić może, jednak postanowiłem przeprowadzić te doświadczenia. W sali anatomo-patologicznej urządziłem wszystko, czego potrzeba do czystego wykonywania operacji—stół operacyjny, narzędzia, pomoc odpowiednią, słowem wszystko oprócz powietrza, i rozpocząłem na nowo doświadczenia, i tym już razem z daleko lepszym wynikiem. Stopniowo nauczyłem się omijać ciągle grożące moim zwierzętom niebezpieczeństwo, i w następstwie straciłem zaledwie bardzo nieznaczną odsetkę skutkiem posocznicy.

Wszystko do operacji było wyjałowione; zwierzęta starannie wymyte, wygolone, miejsce, gdzie miała być operacja, oczyszczone eterem i okryte kompresem, całe zaś zwierzę obłożone starannie serwetami wygotowanymi i zmoczonemi w płynach antyseptycznych.

Doświadczenia robiłem na psach, królikach, kotach, morskich świnkach i gołębiach; posiłkowałem się zwierzętami dojrzałymi, starymi, takimi, które już zupełnie były rozwinięte, które miały potomstwo, i bardzo młode, które po operacji jeszcze rosły i rozwijały się. Wszystkich zwierząt do doświadczeń użyłem stokilkadziesiąt, jednak rezultaty podaję tylko ze 120 operacji, dokonanych na 119 okazach. Część zwierząt straciłem skutkiem nieumiejętnej narkozy, część podczas samej operacji skutkiem wstrzą-

su, ostrej odmy piersiowej lub krwotoku, o tych doświadczeniach nie wspominam, przytaczam tylko je wtedy, jeżeli obserwacja przedstawia ciekawy szczegół. Doświadczenia rozpocząłem na początku sierpnia 1897 r. i prowadziłem je bez przerwy aż do 1900 r.

Każde zwierzę przed operacją było zważone, ciepłota w kiszce stolcowej oznaczona, i liczba oddechów, o ile możliwości, zliczona. Po operacji waga, tętno, oddech, ciepłota w miarę potrzeby notowane przez dłuższy czas. Przy każdym doświadczeniu prowadzony jest rodzaj „*decursus morbi*”; po śmierci zaś zwierzęcia, czy ta nastąpiła skutkiem zakażenia, czy też zwierzę po pewnym przeciągu czasu było zabite, przytaczam wyniki badań pośmiertnych.

Doświadczenia przedstawione są w porządku chronologicznym, tak jak były wykonywane.

Operowałem zawsze w uśpieniu zwierzęcia, z początku za pomocą chloroformu, eteru lub mieszaniny alkoholu, eteru i chloroformu. Psy i króliki narkozę tego rodzaju znosiły bardzo źle, z trudnością zasypiały, podczas snu rzucały się, a przy głębszej narkozie zdychały. Kiedy mnie kilkakrotnie spotkało to niepowodzenie, zmuszony byłem, aby nie tracić czasu, materiału i zwierząt, uciec się do innych środków usypiających.

Psom zacząłem uprzednio zastrzykiwać morfinę, a następnie tylko bardzo ostrożnie chloroformować, u królików zaś ograniczyłem się do stosowania samej morfiny. Środek ten w moich doświadczeniach okazał mi nadzwyczajne usługi; przy pneumektomii ważnem jest, aby zwierzę zachowywało się spokojnie, co w zupełności osiągałem po zastosowaniu morfiny, psy i króliki spały wybornie, króliki pod morfiną podczas całej tak skomplikowanej operacji nie rzucały się i oddychały zupełnie równo. Morfinę zastrzykiwałem pod skórę w ilości 0,05 na 1 kilogram wagi zwierzęcia, jeżeli pies był wielki proporcję tę zmniejszałem z obawy zatrucia. Koty bezpośrednio chloroformowałem w worku a tylko następnie już po uśpieniu zwierzęcia przenosiłem je na stół operacyjny. G o łą

bie usypiałem chloroformem pod kloszem szklanym a po przymocowaniu na stole operacyjnym, narkozę podtrzymałem za pomocą eteru lub chloroformu.

D o ś w i a d c z e n i e I.

Pies bury, kundys, wagi 8,96 kilgr.

5. VIII. 97. Operacja pod chloroformem. Z prawej strony klatki piersiowej cięcia koliste zaczynając niemal od mostka w kierunku ku kręgosłupowi; 8 i 9 żebro obnażyłem z okostnej i wyrezekowałem na przestrzeni 3—4 ctm., prawie przy połączeniu żebra z chrząstką. Na miejscu 9 żebra igłą przebiłem okostną wraz z opłucną i przymocowałem w tem miejsca płucoligaturą. Płuco tak szczelnie dotykało do opłucnej, że po zrobieniu otworu w niej, powietrze nie dostawało się do jamy opłucnej i wtargnęło tylko wtedy, gdy opłucną przeciąłem na większej przestrzeni. Po wtargnięciu powietrza płuco opadło, pies miał oddech niezmiernie utrudniony, przyspieszony. Dolny płat płuca wyciągnąłem przez ranę na zewnątrz, szew uprzednio nałożony rozluźniłem, płuco przebiłem igłą w 3 miejscach i przewiązałem jak szypuły jajnikowe. Płuco nad szwem obciąłem, kikut zaś wszyłem w ranę opłucnej. Krwawienie przy przebijaniu płuca igłą było niezmiernie małe. Pies stracił wogóle nader mało krwi. Nawiązka u wewnętrznego brzegu raury rozluźniła się cokolwiek i rana płucna przy rzucaniu się zwierzęcia, zaczęła dosyć obficie krwawić, czemu jednak zapobiegłem przez nałożenie nowej ligatury. Mięśnie zaszyłem nad kikutem. Na skórę nałożyłem szew oddzielny, skutkiem czego powstały 3 piętra szwów. Szew zewnętrzny pokryłem—*collodium*. Po skończonej operacji pies wkrótce ocknął się i zaczął chodzić po sali.

Waga wyciętego płuca = 6,0 grm.

6. VIII. 97. Zwierzę leży spokojnie, jeść nie chce, pije cokolwiek. Oddech—30, tętno—132.

7. VIII. 97. Pies wypuszczony z klatki biega, je mleko. Oddech spokojny, 30 na minutę. Tętno 126.

8. VIII. 97. Oddech 38, tętno 160. Pies pije wodę i mleko. Stłumienie w dolnej części klatki piersiowej z prawej strony.

9. VIII. 97. Oddech ciężki—30; pies stęka, jeść nie chce. Tętno 144.

9. VIII. 97. Rano śmierć zwierzęcia.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Przy otwarciu klatki piersiowej z prawej strony powietrze nie wychodzi. Płuco oderwało się od miejsca przyszycia. W prawej jamie opłucnej zaledwie łyżeczka od kawy płynu krwistego. Opłucna mocno zaczerwieniona,

miejscami na niej wynaczynienia. Powierzchnia rany pokryta włóknikiem.

P r a w e p ł u c o nie zawiera zupełnie powietrza za wyjątkiem górnego płata [części]; na przekroju przedstawia się jak mięso, z powierzchni przekroju wydziela się niezmiernie mało płynu.

Jama l e w e j o p ł u c n e j zawiera 480,0 płynu krwistego, mętnego; opłucna również zaczerwieniona. L e w e p ł u c o blade, miejscami spadnięte; z powierzchni przekroju płuca wypływa niewiele płynu pianistego.

Serce wypełnione skrzepami krwi, czarnymi, miękkimi.

W osierdziu cokolwiek mętnego krwistego płynu.

Zmętnienie parenchymatyczne wątroby i nerek. Śledziona przekrwiona.

D o ś w i a d c z e n i e II.

Pies stary, mops, wagi 6,85 kilogr.

6. VIII. 97. Operacja pod chloroformem.

Z p r a w e j s t r o n y na *linea axill. ant. resectio* 8 i 9 żebra na przestrzeni 4 ctm. Dolny płat prawego płuca przebiłem igłą i podwiązałem, prawie bez straty krwi. Kikut pozostały wszyłem w ranę opłucnej, mięśnie zeszyłem oddzielnie. Szew na skórę. *Collodium*. Ilość oddechów bezpośrednio po operacji = 24 na minutę. Waga odciętego płuca = 7,5 grm.

7. VIII. 97. Oddech ciężki, 34 na minutę; tętno 120. Pies, wypuszczony z klatki chodzi po sali, jeść i pić nie chce.

W nocy śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. W prawej jamie opłucnej powietrze, oraz $\frac{1}{2}$ łyżki stołowej płynu krwistego. Opłucna zaczerwieniona. Górny i środkowy płaty p r a w e g o p ł u c a blade, suche, z powierzchni przekroju nic nie wypływa; dolny płat twardy, na przekroju jak mięso.

W lewej opłucnej około 100,0 grm. krwistego, mętnego płynu, opłucna zaczerwieniona mocno. L e w e p ł u c o przekrwione, z powierzchni przekroju niewiele wypływa pianistego płynu.

W prawem i lewem sercu miękkie, czarne skrzepy krwi.

Zmętnienie wątroby i nerek.

D o ś w i a d c z e n i e III.

Pies żółty, wagi 9 kilogr.

Oddech przed operacją 54, tętno 156.

6. VIII 97. W uspieniu chloroformowem z p r a w e j s t r o n y *resectio* 8 i 9 żebra na przestrzeni około 4 ctm. Po usunięciu żeber, przez okostną i opłucną przyszyłem płuco,

Pam. Tow. Lek. T. 97, Z. IV.

otworzyłem opłucną i wydobyłem na zewnątrz dolny płąt; u podstawy płąt ten przebiłem igłą z ligaturą w 3 miejscach i podwiązałem, a pozostałą część nad szwem obciąłem.

Waga obciętego płuca=11,5 grm.

Po operacji bezpośrednio liczba oddechów 18 [22], tętno 95. Pies szybko się ocknął, chodzi po sali.

7. VIII. 97. Oddechów 70 [1] na minutę, tętno 120. Zwierzę pije wodę i mleko.

W nocy śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. W prawej jamie opłucnej znajduje się powietrze. W obydwóch jamach opłucnej—znaczna ilość krwistego płynu—400,0 grm. Opłucna mocno zaczerwieniona, miejscami wynaczynienia.

P r a w e p ł u c o suche, skórzaste, zupełnie nie trzeszczy, powierzchnia przekroju ciemnoczerwona, sucha. Pozostały kikut bezpowietrzny, pokryty złogiem włókniaka szklanego, przezroczystego.

Opłucna pokrywająca lewe płuco zaczerwieniona; samo płuco mało zawiera powietrza, powierzchnia przekroju, sucha, blada.

Zewnętrzna blaszka osierdzia mocno zaczerwieniona, naczyńnia nastrożone, miejscami drobne wynaczynienie.

Wątroba, śledziona i nerki blade, mętne.

D o s w i a d c z e n i e IV.

Pies wagi 6,3 kilogram.; tętno 84, oddechów zliczyć nie można, skutkiem niespokojnego zachowania się zwierzęcia.

7. VIII. 97. Operacja pod chloroformem z prawej strony. *Resectio* 8 i 9 żebra na przestrzeni 4 ctm. jak w poprzednich przypadkach, Zaraz otworzyłem jamę opłucnej, dolny płąt płuca wydobyłem za pomocą kleszczy na zewnątrz. Wyciągnięte płuco przebiłem igłą w 3 miejscach, zeszyłem i obciąłem. Pozostałą część płata wpuściłem ponownie do jamy opłucnej, którą zaszyłem. Szew na mięśnie i skórę oddzielnie.

Waga odciętego płuca=7,5 grm.

Oddech bezpośrednio po operacji 60, tętno 96.

8. VIII. 97. Oddech 45, tętno niezmiernie szybkie 180. Zwierzę pije wodę i mleko.

9. VIII. 97. Rano śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e, W prawej jamie opłucnej 100 grm. płynu krwistego, w lewej 60,0. Opłucna mocno zaczerwieniona, na prawej opłucnej ściennej złogi włókniaka. **P r a w e p ł u c o** na całej przestrzeni słabo przyklejone do klatki piersiowej. Płuco mocno zaczerwienione; z powierzchni przekroju wypływa ciemna ciecz, bez powietrza. Pozostała część płata operowanego—twar-

da, mocno naciekła krwią i zupełnie nie zawiera powietrza. Powierzchnia rany pokryta przeświecającym włókuikiem.

Lewe płuco zaczerwienione nie pokryte włókuikiem, z przekroju wypływa krwisty płyn zawierający powietrze.

Serce wypełnione czarnymi, miękkimi skrzepami krwi.

Osierdzie mocno zaczerwienione, naczynia przepelnione krwią, miejscami wynaczynienia; zewnętrzna powierzchnia pokryta złogami włóknika.

Wątroba ciemna, powierzchnia przekroju mętna, dosyć sucha.

Śledziona ciemna, dosyć twarda.

Nerki ciemno sine, twarde.

D o ś w i a d c z e n i e V.

Pies czarny, wagi=6,7 kilogr., tętno 102.

7. VIII. 97. Operacja pod chloroformem z prawej strony. *Resectio* 8 i 9 żebra jak poprzednio na przestrzeni 4 ctm.. Oplucną otworzyłem, płuco opadło i przy oddychaniu pozostało nieruchomem. Dolny płat płuca wydobyłem na zewnątrz i podwiązałem za pomocą 4 szwów, obciąłem, i kikut z obawy krwotoku obszyłem, a następnie wpuściłem do jamy oplucnej. Szew na oplucną, mięśnie i skórę oddzielaie.

Bezpośrednio po operacji 16 oddychów na minutę, tętno=120. Waga obciętego płuca=9,5 grm.

8. VIII. 97. Pies jeść i pić nie chce. Oddech 30, tętno 160.

9. VIII. 97. Oddech 48, tętno 160; zwierzę jeść ani pić nie chce, stęka.

W nocy śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Przy otwieraniu klatki piersiowej z prawej strony wychodzi powietrze. W jamach oplucnej—prawej i lewej, po 150,0 płynu mętnego, krwistego. Oplucna, szczególnie przyścienna, zaczerwieniona, miejscami wynaczyniona.

Powierzchnia rany prawego płuca pokryta włóknikowym nalotem, płuco całe nie trzeszczy, zawiera powietrze tylko po brzegach; powierzchnia przekroju jak mięso.

Lewe płuco mocno rozdęte.

W osierdziu cokolwiek surowiczego płynu.

Serce wypełnione ciemnymi, miękkimi skrzepami krwi. [W tętnicy płucnej nie ma skrzepów].

Wątroba, nerki i śledziona przekrwione, mętne.

D o ś w i a d c z e n i e VI.

Suczka czarna, wagi 6,7 kilogram, tętno 112, oddech 27.

8. VIII. 97. Operacja z lewej strony pod chloroformem. Na linii pachowej przedniej *resectio* 4 żebra na przestrzeni 4 ctm.. Opłucną otworzyłem, górny płat wydobyłem na zewnątrz, przebiłem igłą w 2 miejscach i podwiązałem, a następnie obciąłem. *Sutura pleurae, muscul. et cutis.* Waga obciętego płuca=5,0 grm. Bezpośrednio po operacji oddech 33, tętno 106.

9. VIII. 97. Oddech 42, tętno 136. Zwierzę pije mleko. Na lewej stronie klatki piersiowej *emphysema subcutan.*

10. VIII. 97. Oddech 50, tętno 160, zwierzę smutne, leży nieruchomo, jeść nie chce.

11. VIII. 97. Rano śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Przy otwarciu klatki piersiowej wychodzi powietrze z lewej strony. W jamach opłucnej, prawej i lewej około jednej łyżki stołowej płynu krwistego, mętnego. Opłucna mocno zaczerwieniona, miejscami wynaczyniona.

L e w e p ł u c o nie ma zupełnie górnego płata, ligatura u samego rozdziału oskrzela; pozostały płat suchy, miejscami opadnięty.

P r a w e p ł u c o tylko przekrwione.

Serce rozciągnięte, wypełnione czarnymi miękkimi skrzepami krwi.

Śledziona przekrwiona.

W wątrobie i nerkach parenchymatyczne zmnętnienie.

D o ś w i a d c z e n i e VII.

Suczka czarna, wagi=5.2 kilogr.

Tętno przed operacją 102.

8. VIII. 97. Pod chloroformem operacja z lewej strony. Cięcie koliste zaczynając od mostka, obnażyłem 4 żebro na linii pachowej przedniej, rezekowałem około 4 ctm. Opłucna otwarta, płuco wydobyto, nałożyłem 3 szwy i obciąłem [6,3 grm.] górny płat. Płuco wpuściłem pouownie do jamy opłucnej. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

Oddech po operacji 20 [głęboki], tętno 80.

9. VIII. 97. Zwierzę wypuszczone z klatki biega po sali, pije wodę i mleko. Tętno 136. Oddech 32 równy.

10. VIII. 97. Stan dobry. Oddech 38, tętno 135.

11. VIII. 97. Tętno 150. Oddech 27. Pies z boku rozdarł brzeg rany, z której sączy się ustawicznie surowiczokrwisty płyn.

12. VIII. 97. Wydzielina z rany obfita. Oddech 34. Tętno 150.

13. VIII. 97. Oddech 36. Tętno 120.

14. VIII. 97. Oddech 32. Tętno 104. Wydzielina wciąż obfita. Zwierzę je wybornie, wesołe, biega po sali.

15. VIII. 97. Waga 4,4 kilogr. Oddech 44. Tętno 128. Pies wesoły, je dobrze. Rana pokrywa się ziarniną. .

20. VIII. 97. Wydzielina z rany bardzo mała, rana się znacznie zmniejszyła. Stan ogólny dobry.

25. VIII. 97. Niewielka część rany pozostała do zabliznienia. Zwierzę biega po podwórzu.

1. IX. 97. Rana zagojona.

W dalszym ciągu suchka pozostawała na wolności, dobrze była żywiona, wagi jednak poprzedniej nie odzyskała.

7. III. 98. Waga 4,7 kilogr. Zwierzę chude, otrułem je chloroformem.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Lewa strona klatki piersiowej w górnym swoim odcinku cokolwiek spłaszczona, na miejscu wyjątego żebra znajdujemy wgłębienie; blizna dosyć prawidłowa.

Po otworzeniu lewej opłucnej okazało się, że górna część lewego płuca przyrosła do bocznej ściany klatki piersiowej.

P ł u c o l e w e—wszystkie płaty zrosnięte w jedną masę, nie można oddzielić pojedynczych płatów. W jamie opłucnej miejsce usuniętego górnego płata zajął środkowy, który przesunął się ku górze, a tym sposobem odsunął ku dołowi i ku ścianie klatki piersiowej bliznę wraz z całym kikutom po podwiązaniu; blizna ta dosyć rozległa, twarda, biała, zrosnięta z dolną i górną częściami płuca; ta część głównie przyrosła do klatki piersiowej. Przewiązka tak obrośnięta naokoło przez zbitą, twardą tkanę, łączną, że ją niepodobna pośród niej wykryć.

Pozostałe części płuca lewego r o z d e t e, szczególnie po brzegach.

P r a w e p ł u c o oprócz nieznacznego rozdęcia brzegów nie przedstawia innych zmian.

Również serce, wątroba, śledziona, nerki i pozostałe narządy przy badaniu makroskopowem nie okazują wyraźnych zmian, oprócz bladeści.

D o ś w i a d c z e n i e VIII.

Pies żółty, wagi 5,8 kilogr.

9. VIII. 97. Tętno 120; oddech 20 przed operacją. Z lewej strony pod chloroformem, *resectio* 6 i 7 żebra na linii pachowej przedniej [4 ctm.], opłucna otwarta, płuco wydobyte.

Na dolny płat nałożyłem 3 przewiązki, a na górny dwa. Po obcięciu [6,5+2,0] płaty wpuściłem do jamy opłucnej. Szew na opłucną, mięśnie i skórę. Po operacji oddech 36, równy, tętno 90 na minutę.

10. VIII. 97. Zwierzę pije mleko. Oddech 30. Tętno 160.

11. VIII. 97, Rano śmierć.

Badanie pośmiertne. W lewej jamie opłucnej 200,0 grm. krwistego mętnego płynu. Opłucna zaczerwieniona. Prawa opłucna bez zmian.

Prawe płuco mocno przekrwione, z powierzchni przekroju wypływa znaczna ilość krwistego, pianistego płynu. Pozostała część lewego płuca [$\frac{1}{2}$ górnego płata] bez powietrza, na przekroju jak mięso.

Serce małe, skurczone, zawiera czerwone skrzepy krwi. Śledziona—przekrwiona.

Wątroba i nerka—parenchymatyczne zmełnienie.

D o s w i a d c z e n i e IX.

Pies czarny, wagi 7,0 kilogr.

10. VIII. 97. Oddech 32, tętno 100. Z prawej strony, pod chloroformem *resectio* 8 i 9 żebra na linii pachowej tylnej. Opłucną szeroko otworzyłem i płuco wydobyłem.

Na dolny płat nałożyłem 4 przewiązki i obciąłem [10,5 grm.] na górny 2 przewiązki i również obciąłem [2,5 grm.]. Płuco ponownie wpuściłem do jamy. Szew opłucnej, mięśni i skóry.

Oddech po operacji=24, głęboki, równy, tętno=82.

11. VIII. 97. Przy opukiwaniu klatki piersiowej stłumienie z prawej strony; *punctio*—wydobyłem 20,0 grm. płynu krwistego. Płyn ten zaszczerpiłem na rosole, żelatynie, agarze. Na prawym boku *emphysema* podskórna na znacznej przestrzeni,—powietrze wpuściłem za pomocą cięcia skóry. Tętno=107. Oddech=36 głęboki.

12. VIII. 97. Nad ranem śmierć.

Badanie pośmiertne. *Emphysema* podskórna dosyć znaczna.

W prawej połowie klatki piersiowej powietrze. W obydwóch jamach opłucnej znaczna ilość [450,0] płynu krwistego. Opłucna mocno zaczerwieniona miejscami wynaczynienia.

Resztką górnego płata prawego płuca przyklejona do klatki piersiowej. Kikuty te twarde, bezpowietrzne, pokryte włóknikowym nalotem.

Lewe płuco mocno obrzęknięte, z przekroju wypływa znaczna ilość pianistego płynu.

Serce skurczone, wypełnione czerwonymi skrzepami krwi.

Osierdzie zaczerwienione, z wynaczynieniami.

Śledziona powiększona, sino-czerwona.

Wątroba i nerki—parenchymatyczne zmętnienie.

Z zawartości klatki piersiowej na g a r - a g a r już następnego dnia zaczęły się rozwijać pasorzyty, na żelatynie zaś w ciepocie pokojowej zaledwie 3 dnia. Kultury były białe, okrągłe, rozpuszczały żelatynę. Badanie drobnowidzowe wykazało g r o n - k o w c a nieco jednak większego w porównaniu z tym, jaki spotykamy u ludzi (*staphylococcus albus*).

D o ś w i a d c z e n i e X.

Pies z centkami, wagi 6,45 kilogr. Oddech 22.

Operacya pod chloroformem z lewej strony. Na *linea axill. post. resectio* 5 i 6 żebra. *Resectio pulmonis* dolnego p ł a t a [trzy przewiązki] i g ó r n e g o [2 przewiązki]. Reszta płuca wpuszczona do klatki piersiowej. Szew opłucnej, mięśni i skóry.

Oddech utrudniony, głęboki 18. Waga wyciętych płatów 10,0 grm. [dolny 8,5, górny 1,5].

12. VIII. 97. Pies leży spokojnie, oddycha ciężko 34, stęka; trochę je. Tętno 148.

13. VIII. 97. W nocy śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. W obydwóch j a m a c h opłucnej 150,0 grm. płynu krwistego. Opłucna zaczerwieniona, miejscami wynaczynienia, z lewej strony na ranie złogi włóknika. L e w e p ł u c o na przekroju ciemne, nie zawiera powietrza.

P r a w e p ł u c o—mocny obrzęk, z przekroju płuca wypływa znaczna ilość krwistego płynu z pęcherzykami powietrza.

Zmętnienie wątroby i nerek. Serce zawiera, miękkie skrzepy krwi.

D o ś w i a d c z e n i e XI.

11. VIII. 97. Pies szary wagi 7,5 kilogrm. Oddech=86. Tętno=120.

Operacya z p r a w e j s t r o n y pod chloroformem. Na *linea axill. post.—resectio* 6 żebra. *Resectio pulmonis* górnego p ł a t a [2 przewiązki] i dolnego [2 przewiązki]. Szew na opłucną, mięśnie i skórę. Waga obciętych płatów [6,5 górny, 5.5 dolny]=12,0 grm. Oddech24. głęboki. Tętno=96.

12. VIII. 97. Pies nie chce jeść, ani pić; leży nieruchomo, stęka. Oddech 52, głęboki. Tętno 180.

W nocy śmierć.

Badanie pośmiertne. W prawej opłucnej 180,0 grm. płynu krwistego; w lewej—15,0. Opłucna zaczerwieniona, wynaczynienia. Pozostała reszta prawego płuca płata dolnego bez powietrza, rzucona na wodę tonię; na przekroju jak mięso. Resztką górnego płata zawiera nieco powietrza.

Le we płu c o puszyste, miejscami przekrwione.

Osierdzie zaczerwienione, wynaczynienia na zewnętrznej powierzchni.

Serce wypełnione czarnymi, miękkimi skrzepami krwi.

Śledziona blada, sucha.

Wątroba i nerki—zmętnienie miąższowe.

D o s ь w i a d c z e n i e XII.

12. VIII. 97. Pies żółty [młody], wagi 8,8 kilogr.

Oddech=42. Tętno=84 (*ante operationem*). Operacja z lewej strony pod chloroformem Na *linea axill. post. resectio* 6 i 7 żebra. Przez okostną i opłucną szew na płuco dla utrzymania go, następnie otworzyłem opłucną i dolny płat wydobylem na zewnątrz, podwiązałem [3 ligatury] i obciąłem. Pozostałą część wpuściłem do jamy opłucnej. Szew na opłucną, mięśnie i skórę. Oddech=42. Tętno=90. Waga resekowanego płuca=9,8 grm.

13. VIII. 97. Oddech=48 utrudniony. Tętno=160.

Przy opukiwaniu stłumienie na lewej stronie klatki piersiowej. Otworzyłem w 8 międzyżebżu opłucną i wypuściłem znaczną ilość płynu krwistego. Z płynu tego zaraz zrobiłem kultury na agar i żelatynie.

14. VIII. nad ranem śmierć.

Badanie pośmiertne. W prawej opłucnej 200,0 płynu krwistego, mętnego; opłucna zaczerwieniona. W lewej—nieznaczna ilość takiegoż płynu. Le we płu c o pokryte złogami włóknika i przyklejone do ściany klatki piersiowej twarde na przekroju jak mięso, po brzegach jednak zawiera powietrze, rzucone na wodę pływa.

Prawe płu c o w wielu miejscach *collapsus*, mocno przekrwione.

Na zewnętrznej powierzchni osierdzia—wynaczynienia. W osierdziu około $\frac{1}{2}$ łyżeczki od kawy płynu krwistego, mętnego.

Serce wypełnione miękkimi czarnymi skrzepami krwi. Śledziona blada, sucha.

Wątroba i nerki—blade, mętne.

Kultury w t^o pokojowej na żelatynie rozwinęły się 3 dnia, na agarze w termostacie już następnego. Kultury białe, okrągłe; badanie drobnowidzowe wykazało *staphylococcus*.

D o ś w i a d c z e n i e XIII.

12. VIII. 97. Mops szary, wagi 8,39 kilogr. Oddech=18.

W uśpieniu chloroformowem operacya z prawej strony. Na *linea axill. poster. resectio* 8 i 9 żebra. W dwóch miejscach od góry i od dołu przyszyłem płuco, pomiędzy szwami zrobiłem w opłucnej niewielki otwór, przez który wyciągnąłem dolny płat. Z płata tego wyciąłem klin, a na płuco nałożyłem szew jak na kreskę. Do jamy opłucnej bardzo mało dostało się powietrza. Płuco wszyłem w rany opłucnej i tym sposobem zamknąłem otwór. Szew na mięśnie i skórę oddzielnie. Waga obciętego płuca=7,0.

Oddech po operacyi 27, tętno 120. Pies kaszle i wyrzuca ciecierz ze krwią.

13. VIII. 97. Tętno 160, drobne. Oddech 54. Zwierzę nie chce jeść, ani pić. Stłumienie w prawej stronie klatki piersiowej; otworzyłem ranę i wypuściłem znaczną ilość płynu krwistego, z którego zaraz zrobiłem kultury na żelatynie i agar-agar.

W noc śmierć.

14. III. B a d a n i e p o ś m i e r t n e. W lewej opłucnej łyżeczka od kawy płynu krwistego, mętnego, w prawej niema płynnego wysięku. Opłucna zaczerwieniona mocno.

L e w e p ł u c o—przekrwione, dolny płat na przekroju mocno czerwony, wypływa zeń płyn krwisty z powietrzem.

P r a w e p ł u c o—pozostała reszta po rezekcyi ciemnoczerwona, bezpowietrzna, na przekroju jak mięso. Inne płaty opadnięte, zawierają po brzegach powietrze.

Osierdzie — zewnętrzna powierzchnia zaczerwieniona, z wynaczynieniami.

Serce wypełnione czarnymi, miękkimi skrzepami krwi. Śledziona przekrwiona.

Zmętnienie wątroby i nerek.

Kultury na żelatynie w ciepłocie pokojowej rozwinęły się 3 dnia, w termostacie [37° C.] już następnego dnia można było zauważyć rozwój kolonii. Kolonie białe, okrągłe. Badanie drobnowidzowe wykazuje *staphylococcus*.

Kultury te w celu sprawdzenia działania szczepiłem innym psom wprost do płuc. W dwóch przypadkach śmierć otrzymałem zaledwie po upływie 20 dni [płatowa pneumonia w płucu szczepionem, przerzuty w drugim płucu; zmętnienie wątroby i nerek], a w jednym śmierć następnego dnia — *pleuritis duplex haemorrhagica, oedema totius pulmonis sin., oedema et infiltratio partitis mediae pulmonis dextri* [szczepione], zmętnienie wątroby i nerek.

D o ś w i a d c z e n i e XIV.

Mops szary, wagi=7,7 kilogr.

Oddech=24.

13. VIII. 97. Pod chloroformem z lewej strony *resectio* 8 żebra na *linea axill. post. Pleurotomia*. Na dolny płat płuca lewego nałożyłem 3 szwy i obciąłem 6,5 grm. Płuco wszyłem w ranę opłucnej. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

14. VIII. 97. Oddech 52. Tętno 160. Pies jeść nie chce, stęka. W nocy śmierć.

Badanie pośmiertne. W jamach opłucnej znaczna ilość płynu krwistego [w prawej 100,0, w lewej—80,0]. Opłucna zaczerwieniona.

Le we płuco: pozostała część dolnego płata twarda, tonie w wodzie, nie zawiera powietrza, na przekroju jak mięso. Górny płat ma brzegi mocno rozdęte.

Na powierzchni osierdzia liczne wynaczynienia.

Serce wypełnione czarnymi, miękkimi skrzepami.

Śledziona sucha, dosyć blada.

Wątroba i nerki—blade, mętne.

D o ś w i a d c z e n i e XV.

17. VIII. 97. Pies stary, wagi=7,77 kilogr.

Pod chloroformem z prawej strony, *resectio* 8 i 9 żebra na *linea axill. post.* Dolny płat prawego płuca wyciągnąłem na zewnątrz, nałożyłem 4 szwy i obciąłem. Resztę płuca wpuściłem ponownie do jamy opłucnej. Jamy samej nie zaszyłem, lecz wprowadziłem tampon z gazy jodoformowej. Częściowy szew na mięśnie i skórę. Zwykły opatrunek antyseptyczny. Waga obciętego płuca=10,5 grm. Tętno po operacji bardzo szybko 162, oddech 30 na minutę. Pies stęka.

18. VIII. 97. Opatrunek cokolwiek zmoczony. Pies nie chce jeść, ani pić. Tętno 134, oddech 36, ciężki.

19. VIII. 97. Opatrunek zmieniłem. Z jamy opłucnej wyłało się cokolwiek płynu krwistego. Do jamy założyłem ponownie gazę jodoformową.

Pies pije wodę, jeść nie chce, stęka. Oddech 36, ciężki; tętno 160.

20. VIII. 97. Zmiana opatrunku, wydzieliną obfita cuchnąca. Tętno 120. Oddech 30. Do jamy opłucnej nic nie wprowadziłem.

22. VIII. 97. Śmierć przy objawach zapaści.

Badanie pośmiertne. W lewej opłucnej około 20 grm. płynu krwistego. Obie opłucne zaczerwienione.

Prawe płuco—pozostałe płaty—*collapsus*.

Lewa nie przedstawia zmian.

Zmętnienie wątroby i nerek.

D o s ь w i a d c z e n i e X V I.

24. IX. 97. Pies zółty, wagi=6,15 kilogr. Pod chloroformem z prawej strony, *resectio* 5 żebra w pobliżu połączenia z chrząstką. *Resectio* środkowego płata płuca [9,5 grm.] nałożyłem na płuco 3 szwy. Podczas operacji—kaszel, z pyska i przez nos idzie dosyć obficie krwista ciecz. Szew na opłucną, mięśnie i skórę. Po operacji tętno 78, oddechu niepodobna zliczyć, zwierzę zachowuje się niezmiernie niespokojnie.

25. IX. 97. Pies nie chce jeść, pije cokolwiek wody.

26. IX. 97. Tętno 124. Oddech 58. Zwierzę pije wodę i mleko.

27. IX. 97. Z rany wydobywa się wydzielina krwista, jama opłucnej nie jest otwarta, powietrze nie przedostaje się do klatki piersiowej. Tętno=128. Oddech=60.

28. IX. 97. Tętno=132. Oddech=60. Pies cokolwiek je.

30. IX. 97. Waga=5,6 kilogr. Tętno=120. Oddech=58. Z rany wypływa znaczna ilość wydzieliny. Pies je dobrze [mięso, kaszę].

2. X. 97. Waga=5,65 kilogr. Tętno=128. Oddech=64. Z rany obficie wypływa wydzielina.

5. X. 97. Waga=5,77 kilogr. Tętno=128. Oddech=34.

8. X. 97. Waga=5,9 „ Tętno=156. Oddech=44.

14. X. 97. Waga=6,1 kilogr.

18. X. 97. Waga=5,3 kilogr. Pies bardzo mało je.

20. X. 97. Pies smutny, jeść nie chce, ciężko oddycha.

23. X. 97. Śmierć po upływie miesiąca po operacji.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Prawe płuco przyrośnięte na znacznej przestrzeni do klatki piersiowej za pomocą trudno dających się rozrywać zrostów. Wolna od zrostów górna część górnego płata wraz z dolnym sklezione mocno w jedną masę i ta środkowa część przyrasta do klatki piersiowej. Dolny płat oprócz tego w tylnej swojej części przyrósł do przepony. Środkowego płata zupełnie niema, pozostał tylko niewielki kikut wraz z ligaturą, który zrośnięty jest z górnym i dolnym płatami. Blizna w tem miejscu jest niezmiernie twarda. Naokoło ligatury nieznaczne ropienie. Pozostałe części tego płuca nie przedstawiają rozedmy.

L e w a s t r o n a — *pleuritis purulenta* — świeży proces, opłucna niezbyt zgrubiała, miękka.

L e w e p ł u c o całkowicie uciśnięte przez wysięk, powietrza nie zawiera, jak skóra.

Zmętnienie wątroby i nerek.

Skutkiem zapalenia prawej opłucnej nastąpił zrost płuca z opłucną ścienną. Naokoło ligatury ognisko jeszcze nie wygasło. Na lewą stronę sprawa przeniosła się z prawej opłucnej i *pleuritis purulenta sin.* spowodowało śmierć zwierzęcia.

D o ś w i a d c z e n i e XVII.

28. IX. 97. Pies szary, mops, wagi 8,1 kilogr.

Tętno 120, oddech 40 przed operacją.

Pod chloroformem z prawej strony *resectio* 6 żebra w pobliżu połączenia z chrząstką. *Pleurotomia. Resectio pulmonis* dolnego płata [12 grm.], na płuco nałożyłem 3 przewiązki.

Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

29. IX. 97. Zwierzę leży nieruchomo, ciężko oddycha; jeść i pić nie chce.

30. IX. 97. Tętno, 168 drobne, oddech 46. Z rany wypływa nieznaczna ilość wydzieliny. Pies cokolwiek je.

W nocy śmierć 3 dnia po operacji.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. W jamach opłucnej prawej i lewej 180 ctm. sz. płynu krwistego, mętnego. Opłucna zaczerwieniona.

P ł u c o l e w e obrzęknięte, z powierzchni przekroju wypływa pianisty płyn.

P r a w e p ł u c o—*collapsus*. Płat operowany bez powietrza, twardy.

Serce znacznie powiększone, niedomykalność lewej zastawki sercowej, struny ścięgniaste zastawki twarde zwapniałe. *Atheromatosis aortae*.

Wątroba muszkatolowa. Śledziona i nerki nie przedstawiają wybitnych zmian.

D o ś w i a d c z e n i e XVIII.

Pies kawowy wagi 5,2 kilogr.

Tętno 100, oddech 20 przed operacją.

1. X. 97. Pod chloroformem z prawej strony, *resectio* 6 żebra na linii pachowej tylnej *Resectio pulmonis* dolnego płata, po uprzednim nałożeniu 3 szwów. Podczas chloroformowania pies przestał oddychać. Operację przerwałem i zastosowałem sztuczny oddech. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

2. X. 97. Rano śmierć.

Badanie pośmiertne. W prawej i lewej opłucnej 80 ctm. sz. płynu krwistego. Opłucna cokolwiek zaczerwieniona, innych zmian nie przedstawia.

Lewe płuco oprócz miejscowych pigmentacji bez zmian.

Prawe płuco — przy szwie znaczne wynacznienia, miejscami *collapsus*.

Wątroba muszkatolowa.

Śledziona i nerki bez zmian widocznych.

D o ś w i a d c z e n i e XIX.

Suczka szara, wagi=4,7 kilogr.; tętno=104, oddech 22.

1. X. 97. Pod chloroformem z prawej strony, *resectio* 4 żebra na *linea axillar. post.* *Resectio pulmonis* — środkowego i dolnego płatów [7,0 grm.], na środkowy jedną ligaturę, a na dolny trzy szwy nałożyłem. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

2. X. 97. Zwierzę nie chce jeść, zachowuje się spokojnie. Oddech 34, głęboki; tętno 160.

3. X. 97. Waga=4,15 kilogr.; oddech=38, tętno=142. Z rany cieknie pomiędzy szwami surowiczy krwisty płyn, szczególnie podczas kaszlu.

8. X. 97. Waga=4,1 kilogr., tętno=128, oddech=30. Ciężota rano 39,8 [w *rectum*]. Na boku w miejscu operowanem utworzył się guz chęłboczący. Po otworzeniu owego guza wypłynęła ciecz mętna. Zrobiłem zaraz szczepienie na agar i żelatynie.

11. X. 97. Waga=4,32 kilogr.; tętno 108; oddech 26. T.^o 38,0.

14. X. 97. Waga=4,7 kilogr. T.^o M.=38.2. Badanie hodowli wykazało jak w poprzednich przypadkach, że mamy do czynienia z czystą kulturą *staphylococcus albus*.

18. X. 97. Waga=4,52 kilogr. Pies je dobrze, biega po sali. Rana się zablizniła.

2. XI. 97. Na miejscu operowanem powstał nowy guz chęłboczący.

Pies zdechł nagle po uprzednim obfitem najedzeniu się. Śmierć zatem nastąpiła niespodziewanie po ulpywie 32 dni po operacyi.

Badanie pośmiertne. Prawe płuco przyrośnięte za pomocą mocnych zrostów do ściany klatki piersiowej, szczególnie w tem miejscu, gdzie wyjęto żebro, wolny od zrostów niemal całkowity górny płat i przednia część środkowego. W miejscu rezekowanem wszystkie płaty płuca złane w jedną całość i to właśnie miejsce przyrośnięte do klatki piersiowej i do przepony. W pozostałych płatach brzezi rozdęte.

Lewe płuco i opłucna nie przedstawiają żadnych zmian.

Serce wypełnione ciemnymi skrzepami krwi.

Śledziona ciemna. Wątroba przekrwiona.

Lewa nerka znacznie powiększona, sina, mętna, istota korowa zgrubiała.

Na miejscu prawej nerki — torbiel zawierająca *eu-strongilus gigas*, moczowód zarośnięty.

Mózg blade.

D o ś w i a d c z e n i e XX.

Pies żółty, wagi 3,8 kilogr.

5. X. 97. *Injectio subcutanea morphii acetici* 0,06, a następnie bardzo umiarkowane chloroformowanie. Zwierzę śpi dobrze, operować można bez przeszkody. Po iniekcji tętno=52, oddech=26.

Operacja z lewej strony, cięcie koliste, skośnie do środkowej linii ciała. *Resectio* [3—4 ctm.] 6 żebra na linii pachowej tylnej. *Resectio pulmonis* środkowego i dolnego płatów, na każdy nałożyłem uprzednio 3 szwy. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

6. X. 97. Zwierzę leży spokojnie, ciężko oddycha; jeść i pić nie chce.

7. X. 97. Pies cokolwiek je i pije, chodzi po klatce. Oddech ciężki 40.

8. X. 97. Zwierzę dosyć rażne. Waga = 3,8 kilogr. Tętno 142. Oddech 48. T° 39,8°.

11. X. 97. Waga 3,7 kilogr., tętno 168; oddech 26, równy, spokojny. T° V. 40,5° C. Pies je wybornie, biega po sali.

14. X. 97. Waga=4,0 kilogr.

18. X. 97. Pomimo dobrego odżywiania waga=3,7 kilogr.

11. X. 97. Śmierć 37 dnia po operacji.

Badanie pośmiertne. W jamach opłucnej niema zupełnie wysięku, opłucna blade, w miejscu odpowiadającym wyrezekowanemu żebru zgrubiała. Zrostów płuca ze ścianą klatki piersiowej niema.

Lewe płuco—górnny płat zrośnięty z resztką środkowego i dolnego w jedną całość, przepołowioną przez bliznę. Całe to płuco nadmiernie rozdęte, blade, robi wrażenie nadętej poduszki.

Prawe płuco—na powierzchni świeże wynaczynienia, dosyć jaskrawe; w środkowym i dolnym płatach znajdujemy guziki z mniej lub więcej wyraźnymi granicami; na przekroju guziki te szare, miejscami zupełnie białe, w postaci klinów, podstawą sze-

ro ką zwróconych ku powierzchni. Naokoło tych klinowatych guzików płuco mocno obrzęknięte.

Wątroba, nerki i śledziona blade.

D o ś w i a d c z e n i e XXI.

Suczka czarna, wagi=7,2 kilogr.; tętno=120.

7. X. 97. *Injectio subcutanea morphii acetici* 0,12. *Post injectionem* tętno 64, oddech—22. Operacja z prawej strony. *Resectio* 6 żebra na linii pachowej przedniej, *resectio pulmonis* środkowego płata [5,0 ctm.] i dolnego [2,0], na każdy płat dwa szwy. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

8. X. 97. Zwierzę niezmiernie osłabione, zupełnie się nie podnosi; jeść i pić nie chce; stęka, oddech ciężki.

9. X. 97. Osłabienie. Pies pokarmów przyjmować nie chce, pije cokolwiek.

11. X. 97. Rano śmierć po upływie 3 dni.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. W prawej opłucnej 90 ctm. sz. płynu krwistego, w lewej—20 ctm. sz. surowiczego mętnego. Opłucna nader mocno zaczerwieniona, szczególnie na przeponie, gdzie z prawej strony znajdujemy nalot włóknikowy.

Mediastinum auticum zgrubiałe, mętne, naciekle.

Pozostała część dolnego płata prawego płuca twarda, bezpowietrzna. Środkowy—zupełnie usunięty, a górny—skórzasty, bardzo mało zawiera powietrza.

Le we płuco obrzękle. Śledziona ciemna. Zmętnienie wątroby i nerek.

D o ś w i a d c z e n i e XXII.

Piesek żółty, wagi=5,1 kilogrm.

7. X. 97. *Injectio subcutanea morphii* 0,09. Operacja z prawej strony. Cięcie skośne w pobliżu połączeń żeber z chrząstkami. *Resectio* 6 żebra. *Pleurotomia*. *Resectio pulmonis* dolnego i średniego płatów [5,0 grm]. Na dolny płat—3 szwy, na średni—2. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

8. X. 97. Osłabienie znaczne; zwierzę nie podnosi się, jeść i pić nie chce; stęka.

9. X. 97. Śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. O p ł u c n a blada, wysięku niema.

Lewe płuco bez zmian. W prawem płucu miejscami *collapsus*. W innych narządach zmian niema. Śmierć od shocku.

Doświadczenie XXIII.

Suczka czarna, wagi=4,2 kilogr.

12. X. 97. *Injectio subcutanea morphii mur.* 0,12. Operacja pod chloroformem z prawej strony. *Resectio* 4 żebra na linii pachowej tylnej. *Pleurotomia*. *Resectio pulmonis* dolnego płata=(5 grm.) 3 przewiązki. Na ścianę klatki piersiowej nałożyłem kilka szwów, a na wierzch rany obturator z celuloïdu.

13. X. 97. Zwierzę ciężko oddycha, leży spokojnie, jeść nie chce.

14. X. 97. Oddech ciężki—32. Tętno 144. T° M. 38,2°

15. X. 97. Zwierzę pije mleko. Stan bez zmiany.

16. X. 97. Aparat odklejony, powietrze wpada bezpośrednio do klatki piersiowej. Osłabienie znaczne.

17. X. 97. Śmierć.

Badanie pośmiertne. W obydwóch jamach opłucnej wysięk szaro-czerwony, w lewej—znacznie go więcej. Opłucna zaczerwieniona. *Mediastinum auticum* mocno zaczerwienione.

Górne i środkowe płaty prawego płuca przyklejone do ściany klatki piersiowej. Lewe płuco skórzaste, uciśnięte przez wysięk.

Osierdzie zaczerwienione, pokryte złogami włónika.

Zmętnienie wątroby i nerek.

Doświadczenie XXIV.

Pies czarny, wagi 6,4 kilogr.

15. X. 97. *Injectio subcutanea morphii mur.* 0,06. Operacja pod chloroformem z lewej strony. *Resectio* 4, 5, 6 i 7 żebra na linii pachowej tylnej. Wszystkie trzy płaty płuca wyciąłem, każdy z nich uprzednio podwiązawszy ligaturą. Waga wyciętego płuca=17,5 grm. Szew na opłucną, mięśnie i skórę. Po operacji sinica dosyć znaczna, oddech ciężki, głęboki.

16. X. 97. Zwierzę niezmiernie osłabione, nie podnosi się, jeść i pić nie chce.

17. X. 97. Rano śmierć.

Badanie pośmiertne. *Pleuritis duplex haemorrhagica*. Prawe płuco uciśnięte przez wysięk.

W jamie opłucnej lewej znalazłem tampon z waty pozostawiony podczas operacji.

Zmętnienie wątroby i nerek.

D o s ь w i a d c z e n i e XXV.

Piesek żółty, wagi=3,85 kilogr.

16. X. 97. *Injectio subcutanea morphi*i mur. 0,06. Operacja z lewej strony. *Resectio* 4, 5 i 6 żebra na linii pachowej tylnej. *Pleurotomia*. Na 3 płyty płuca nałożyłem oddzielnie ligatury i płuco usunęłem. Waga wyciętego płuca=9,5 grm. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

17. X. 97. Zwierzę ciężko oddycha, 20 na minutę. Leży spokojnie, nie chce jeść, ani pić.

18. X. 97. Tętno 147. Oddech 21. Ciepłota w *rectum* 35,2 (!!). Pies zupełnie zimny, pije mleko.

19. X. 97. Śmierć.

Badanie pośmiertne. *Pleuritis haemorrhag. duplex*. Ucisk prawego płuca przez wysięk.

Osierdzie—zaczerwienione, pokryte złogiem włóknika.

Zmętnienie wątroby i nerek.

D o s ь w i a d c z e n i e XXVI.

Pies żółty, młody, wagi=4,2 kilogr.

18. X. 97. Zastryknąłem pod skórę zwierzęciu 0,06 *morphii mur.* i zlekka chloroformowałem. Operacja z lewej strony. *Resectio* 4, 5 i 6 żebra na linii pachowej tylnej. *Pleurotomia*. Wszystkie trzy płyty lewego płuca usunąłem, na każdy nałożywszy uprzednio oddzielną ligaturę. Sinica wielka, oddech niezmiernie ciężki i powolny. Waga odciętych płytów=17,0 grm. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

19. X. 97. Pies leży spokojnie, ciężko oddycha, jeść nie chce.

20. X. 97. Stan bez zmiany, zwierzę pije wodę.

21. X. 97. Śmierć.

Badanie pośmiertne. *Pleuritis purulenta sinistra*.

Prawe płuco i opłucna nie przedstawiają zmian.

Zmętnienie wątroby i nerek.

D o s ь w i a d c z e n i e XXVII.

Pies czarny, wagi=4,2 kilogr.

20. X. 97. Podskórnie 0,06 *morphii mur.* Chloroform. Operacja z prawej strony. *Resectio* 6, 7 i 8 żebra na linii pachowej tylnej. Nałożyłem 3 ligatury na prawe płuco i obciąłem. Waga obciętego płuca=14,0 grm. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

21. X. 97. Stan bardzo ciężki. Zwierzę z trudnością oddycha, stęka, nie chce jeść, ani pić.

22. X. 97. Śmierć.

Pam. Tow. Lek. T. 97. Z. IV.

Badanie pośmiertne. W prawej opłucnej niewielka ilość wysięku krwistego. Opłucna zaczerwieniona.

Lewe płuco—górną płat różowy, bez zmian,—środkowy i dolny mocno obrzęknięte, wyczuć w nich można małe guziki wielkości prosa lub ziarenka grochu polnego. Guziki te docierają niekiedy do powierzchni samego płuca, na przekroju ciemno-czerwone, a nawet czarne, ściśle oznaczonych granic nie mają.

Zmętnienie wątroby i nerek.

D o s w i a d c z e n i e XXVIII.

Pies biały z czarnymi łatami, wagi 7,8 kilogr.

21. X. 97. *Injectio subcutanea morphii acetici* gr. 0,18. Chloroform. *Resectio* 8, 9 i 10 żebra na linii pachowej tylnej. *Pleurotomia*. Wydobyć płatów z prawej strony na zewnątrz i nałożenie szwów bardzo mozolne. Nałożyłem 3 ligatury i obciąłem płuco pozostawiając jednak dosyć znaczne kikuty. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

22. X. 97. Zwierzę leży spokojnie, ciężko oddycha. Nie chce nawet pić.

23. X. 97. Śmierć.

Badanie pośmiertne. *Pleuritis haemorrhagica dextra*.

Prawe płuco ponad ligaturą miękkie, rozpada się.

W lewym płucu miejscami *collapsus*.

Zmętnienie wątroby i nerek.

D o s w i a d c z e n i e XXIX.

Piesek wagi—4,0 kilogr.

6. XI. 97. *Injectio subcutanea morphii acetici* 0,06. Chloroform. Operacja z lewej strony. Rezekcja 8, 7, 6 i 5 żebra na linii pachowej tylnej. Na 3 płaty lewego płuca nałożyłem oddzielne ligatury i płuco obciąłem. Waga obciążonych płatów—16,0. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

Po operacji oddech—16, bardzo głęboki.

7. XI. 97. Pies leży spokojnie, nie chce jeść, ani pić. Oddech równy, spokojny—24,

8. XI. 97. Oddech głęboki, równy—29 na minutę. Zwierzę pije wodę, je rosół.

9. XI. 97. Oddech 20, spokojny, równy. Pies cokolwiek je i pije.

10. XI. 97. Oddech 26, tętno 112. Zwierzę leży spokojnie. Śmierć o 1-ej p. p. czyli 5 dnia po operacji.

Badanie pośmiertne. W jamach opłucnej niema zupełnie wysięku płynnego. Lewa opłucna umiarkowanie

zaczzerwieniona, rana jej pokryta szarym nalotem. Kikut płucny również pokryty szarym nalotem.

W prawej jamie opłucnej znajdujemy szary nalot na opłucnej, okrywającej przeponę.

Prawe płuco bez zmian.

Zmętnienie wątroby i nerek.

D o s w i a d c z e n i e XXX.

Pies żółty, wagi=4,0 kilogr.

8. XI. 97. *Respir.*=22. *Injectio subcutanea morphii* 0,06. Operacja z lewej strony. *Resectio* 5 i 6 żebra na linii pachowej tylnej. *Pleurotomia*. *Pneumectomia*—wszystkie 3 płaty usunięte, na każdy oddzielna przewiązka. Waga obciętych płatów=15,0 grm.

Po operacji liczba oddechów=22. Oddech początkowo bardzo głęboki, niespokojny, stopniowo się wyrównał.

9. XI. 97. Oddech=24, równy, dosyć głęboki. Zwierzę zachowuje się spokojnie, pije wodę.

10. XI. 97. Oddech=24, głęboki; tętno=136. Pies pije wodę i mleko. Częste wypróżnienia wodniste.

11. XI. 97. Pies rozerwał ranę, skutkiem czego powietrze bezpośrednio dostaje się do jamy opłucnej.

13. XI. 97. Śmierć 5 dnia po operacji.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. W jamach opłucnej niema płynnego wysięku. Lewa opłucna mocno zaczerwieniona. Kikut lewego płuca przyklejony do ściany klatki piersiowej; kikut i cała rana pokryte szarym nalotem.

Prawa opłucna bez zmian. W prawem płucu miejscami *collapsus*.

Śledziona, wątroba i nerki—blade.

D o s w i a d c z e n i e XXXI.

Pies żółty, wagi=6,0 kilogr.

9. XI. 97. *Injectio subcutanea morphii acet.* 0,06. Operacja z lewej strony. *Resectio* 5 i 6 żebra na linii pachowej tylnej. *Pleurotomia*. *Pneumectomia*—na 3 płaty przewiązki i następnie obciąłem. Szew na opłucną, mięśnie i skórę. Oddech po operacji=34, dosyć równy.

10. XI. 97. Zwierzę leży spokojnie, jeść i pić nie chce. Oddech 26, bardzo głęboki.

11. XI. 97. Pies pije wodę i mleko; zachowuje się spokojnie.

12. XI. 97. Stan takiz sam. Pies bardzo mało je.

13. XI. 97. Zwierzę raźniejsze. Oddech=26, wypuszczone z klatki biega po sali.

14. XI. 97. Stan coraz lepszy. Pies je dobrze.

16. XI. 97. Pies rozdarł sobie ranę, powietrze wchodzi do jamy opłucnej. Oddech=16 na minutę, bardzo głęboki. Tętno=106, drobne.

18. XI. 97. Zwierzę jeść nie chce, leży spokojnie. Oddech=14, bardzo głęboki. Powietrze wchodzi do klatki piersiowej.

Śmierć o 1 p. p. czyli po upływie 9 dni.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e — wykazało tylko *pleuritis duplex purulenta* jako przyczynę śmierci. Miejsce, gdzie nałożono przewiązki, ściągnięte, wielkości małej śliwki, pokryte złogami włóknika.

D o ś w i a d c z e n i e XXXII.

Pies czarny, wagi=4,02 kilogr.

16. XI. 97. *Injectio subcutanea morphii muriat.* 0,06. Operacja z lewej strony. *Resectio* 4 i 5 zebra na linii pachowej przedniej. *Pleurotomia. Pneumectomia*—na górny i środkowy płaty jedna przewiązka, a druga—na dolny. Szew na opłucną, mięśnie i skórę. Waga wyciętych płatów=13,0 grm.

17. XI. 97. Oddech 15, równy, głęboki. Tętno 90. Pies pije wodę i mleko, je mięso.

18. XI. 97. Oddech 26, głęboki. Ciepłota w *rectum* 39,1. Zwierzę je mięso.

19. XI. 97. Oddech 32. Waga 4,0 kilogr.

Na miejscu operowanem—ropień podskórny. Ropień otworzyłem i zawartość wypuściłem. Ciepłota 40,0°; tętno 120.

20. XI. 97. Pies stęka, jeść nie chce, nie rusza się.

21. XI. 97. *St. ilem.* Oddech ciężki.

22. XI. 97. Śmierć o 4 g. p. p. czyli 7 dnia po operacji.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Rana zewnętrzna otwarta i komunikuje się z jamą opłucnej.

L e w a o p ł u c n a — płynnego wysięku nie zawiera; brzegi rany i najbliższa okolica pokryta nalotem włóknikowym. P r a w a o p ł u c n a bez zmian.

Część podwiązanego l e w e g o p ł u c a nad ligaturą, miękka, wilgotna, rozpada się; część ta przyklejona do worka sercowego i okryta włóknikowym nalotem.

P r a w e p ł u c o — środkowy płat niezmiernie rozдутy powietrzem, bledy, puszysty przedstawia się pod postacią białej poduszki. W dolnym i górnym płatach świeże wynaczynienia, szczególnie na brzegu górnego płatu.

Zmętnienie wątroby i nerek.

D o ś w i a d c z e n i e XXXIII.

Mops wagi=7,5 kilogr. Ciepłota w *rectum*=39,0°

17. XI. 97. *Injectio subcutanea morphii* 0,06. Chloroform. Operacja z lewej strony. *Resectio* 5 i 6 żebra na linii pachowej przedniej. *Pleurotomia*. *Pneumectomia*—na 3 płaty po jednej ligaturze. Waga wyciętych płatów=13,0.

Oddech bezpośredni po operacji=21, głęboki.

18. XI. 97. Oddech=27, nierówny, ciężki. Pies stęka, skowycze; jeść i pić nie chce.

19. XI. 97. Waga=6,8 kilogr. *Emphysema subcutaneum* całego lewego boku. Oddech 36, powierzchowny, tętno 158. Ciepłota 39,9°.

20. XI. 97. Śmierć rano—po upływie 2 dni.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. *Emphysema* podskórna zajmuje niemal cały tułów zwierzęcia. Naokoło rany krwisty naciek. W j a m a c h o p ł u c n e j — krwisty wysięk; opłucna mocno zaczerwieniona.

P r a w e p ł u c o cokolwiek uciśnięte przez wysięk. Resztki pozostałe lewego płuca siue, bezpowietrzne. Aby się przekonać, jaką drogą powietrze dostawało się pod skórę, i wytworzyło tak znaczny obrzęk, zanurzyłem płuco w wodę, do tchawicy wprowadziłem rurkę szklaną i wdmuchiwałem powietrze do resztek lewego płuca; z łatwością zauważyć można było, że powietrze w 3 miejscach przez przewiązane niedostatecznie mocno większe oskrzela przechodzi.

D o ś w i a d c z e n i e XXXIV.

Pies żółty, wagi=7,2 kilogr.

18. XI. 97. *Injectio subcutanea morphii* 0,09. Operacja z lewej strony. *Resectio* 4 i 5 żebra w pobliżu połączenia z chrząstkami. *Pleurotomia*. *Pneumectomia*—dolny płat przebiłem igłą i nałożyłem 2 ligatury, na górny i środkowy—po jednej. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

Oddech bezpośrednio po operacji=26, głęboki.

19. XI. 97. Zwierzę nie chce jeść, ani pić. Leży spokojnie w klatce. Oddech=24, nierówny. Tętno=150. Ciepłota 39,9°. Obrzęk podskórny powietrzny z lewej strony.

20. XI. 97. *Emphysema subcut.* znacznie powiększona, zajmuje niemal cały tułów zwierzęcia.

21. XI. 97. Śmierć nad ranem po upływie 2 dni.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. W obydwóch jamach opłucnej wysięk krwisty, ze strzępami włóknika. O p ł u c n a mocno zaczerwieniona.

L e w e p ł u c o — pozostała część sina, bezpowietrzna. rzy wpr owadzeniu rurki szklanej i przedmuchiwanu pod wodą

okazuje się, że powietrze przechodzi przez oskrzele, prowadzące do górnego płata.

Śledziona sina, sucha.

Zmętnienie wątroby.

W prawej nerce—*custrongilus gigas*, lewa—powiększona znacznie zmętniała.

D o ś w i a d c z e n i e XXXV.

Królik łaciasty, wagi=1,5 kilogr.

Injectio subcutanea morphii acetici 0,06.

18. XI. 97. Operacja z lewej strony. Cięcie kuliste na *linea axillar. anter.*, *resectio* 5 i 6 żebra około 2 ctm. Jama klatki piersiowej otwarta, lewe płuco wydobyłem na wierzch i u podstawy, nałożywszy ligaturę jedwabną, płuco obciąłem. Natychmiast wystąpiła sinica, lecz zwierzę oddychało spokojnie. Kikut wpuściłem do klatki piersiowej i starałem się zamknąć jamę opłucnej. Nakładanie szwu było bardzo mozolne, gdyż opłucna łatwo się rozrywała. Szew na mięśnie i skórę oddzielnie. Ranę skórną zalałem *collodium*. Po operacji liczba oddechów na minutę=40, oddech powierzchowny.

Waga wyciętego płuca=4,0 grm.

19. XI. 97. Królik zachowuje się spokojnie, mało je. Ciepłota w *rectum* 38,6°. Oddech 68.

21. XI. 97. Ciepłota rano 38,6°. Oddech 40 spokojny, głęboki. Królik je więcej.

27. XI. 97. Waga=1,5 kilogr. Oddech bardzo szybki, niemal 100. Sinicy na błonach śluzowych niema.

2. XII. 97. Waga 1,45 kilogr. Oddech 80. Ciepłota 38,3°. Królik biega po klatce.

9. XII. 97. Królik wieczorem włożył głowę pomiędzy szczelbę klatki, nie mógł wyjąć jej i przy szamotaniu udusił się.

Śmierć zatem zwierzęcia nastąpiła przypadkowo po upływie 3 tygodni po operacji.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Rana skórną wybornie zagojona bez żadnych powikłań.

Z lewej strony w klatce piersiowej pozostała resztką płuca rozdęta, przyklejona do ściany za pomocą słabych zrostów.

Prawe płuco zupełnie wolne, po brzegach mocno rozdęte; powierzchnia jasno czerwona, miejscami usiana niewielkimi wybroczynami. Środkowy płat prawego płuca odsunął *mediastinum posticum* i pomiędzy *v. cava ascendens* i aortą przesunął się na lewą stronę i zajął wolne miejsce w lewej połowie klatki piersiowej w dolnej części.

Wątroba i śledziona nie przedstawiają zmian.

Nerki cyanotyczne. Inne narządy bez zmian. [D. c. n.]

O ŚRODKACH NASERCOWYCH

na podstawie własnych i obcych doświadczeń.

Podał

D-r Surzycki.

[b. I asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel.]

Zdawałoby się, że sprawa działania środków nasercowych, oddawna będących już w użyciu jest zakończona i akta zostały zamknięte, gdy tymczasem widzimy, że niema ani jednego czasopisma lekarskiego, w którembyśmy nie spotykali prac dotyczących tego przedmiotu; niema może aui jednej pracowni tak eksperymentalnej jak i klinicznej, w którychby nie pracowano nad niejasnymi jeszcze szczegółami działania tych środków, a kongresy internistów prawie rok rocznie temat ten stawiają na porządku dziennym. Tak było lat poprzednich a na ostatnich dwóch kongresach: jednym w roku zeszłym w Karlsbadzie, a drugim w bieżącym w Berlinie rozprawiano w bardzo wyczerpujący sposób nad działaniem środków nasercowych a głównie działaniem naporstnicy i grup jej pokrewnych.

Z jednej strony prof. GOTLIEB z Heidelberga pod względem teoretycznym i eksperymentalnym, z drugiej strony prof. SAHLI z Berna pod względem klinicznym złożyli się na bardzo obszerny referat; a dyskusya dalsza, w której głos zabierali tacy klinicyści i badacze jak NAU-

NYN, UNVERRICHT, ROSENSTEIN, OTT, SCHOTT, HEINZ, EWALD, GOLDSCHIEDER, FRIEDEL, PICK, GROEDEL, ROSENFELD, SCHREIBER, BOELTZ i inni dowodzi, że się tą kwestyą interesują szerokie koła lekarskie i że dotychczas nie wszystko jeszcze zostało należycie i gruntownie zbadane i wiele jeszcze pozostaje luk, które nauka wypełnić musi.

I ja także zajmowałem się oddawna tą sprawą i w niniejszej pracy chcę podzielić się doświadczeniami zebranymi tak w klinice lekarskiej jak i w praktyce prywatnej; a choć praca moja jest tylko bardzo skromnym przyczynkiem w szeregu wybitniejszych i ważniejszych prac naszych i obcych klinicystów, to jednak uważałem za swój obowiązek choćby najmniejszą cegiełką przyczynić się do wyświetlenia niektórych szczegółów co do użycia i stosowania środków nasercowych.

* * *

W niniejszej pracy mam mówić o środkach nasercowych (*cardiaca*) z którymi podczas moich klinicznych studyów robiłem doświadczenia na chorych kliniki lekarskiej; przy tem wspomnieć muszę o działaniu niektórych moczopędnych dla porównania ich ze środkami czysto sercowymi.

Wiadomo bowiem dobrze, że jedne z tych środków działają wprost na serce przez podrażnienie zakończeń nerwu błędnego w mięśniu sercowym, lub też w jego ośrodkach nerwowych; inne bardziej działają na same ośrodki nerwowe wywołując wzmożenie ciśnienia w naczyniach; inne zaś działają bezpośrednio na części składowe nerek i tem powodują znaczne zwiększenie ilości moczu.

PIACE LUDWIGA i HINDENHEIM'a wykazały, że funkcya wydzielnicza nerek zależy od trzech następujących czynników: 1) od ciśnienia krwi w tętnicach; 2) od ilości krwi, jaka w jednostce czasu przepływa przez nerki i 3) od stanu nabłonka nerkowego. Na tej podstawie i *diuretica* można podzielić na 3 grupy: jedne te, które działają przez podniesienie ciśnienia w tętnicach—a więc: *digitalis*, *strophantus*, *adonis*, *convallaria* i t. d. następnie te, które wywo-

lują diurezę dzięki zwiększeniu ilości krwi przepływającej przez nerki, do tej grupy należą *narcotica*, chloral, paraldehyd, uretan i t. d.; wreszcie działające na same nabłonki: mocznik, sole i ostre środki, jak kantarydyna, terpentyna, *copaiva* i inne.

Nieraz trudno oddzielić te czynniki, działające na funkcje nerek i ocenić działanie ich każdego z osobna; przy użyciu bowiem większości środków nasercowych mamy do czynienia i z działaniem na serce i na wydzielanie moczu, i dlatego nieraz pomyślny wpływ na czynności sercowe idzie w parze ze wzmożonem wydzielaniem moczu u danego osobnika.

Zadalekoby mię prowadziło, gdybym chciał tutaj wyswietlać wzajemny stosunek pomiędzy czynnością serca a nerek i musiałbym daleko odbiedz od przedmiotu,—dość jednak zaznaczyć, że istnienie tego stosunku aż nadto często stwierdzamy na chorych. Ma się rozumieć, że w moich przypadkach, dotyczących chorych z wadami krążenia, oddziaływanie to musiało z natury rzeczy iść od serca do nerek, a nie odwrotnie.

W końcowych uwagach zamykających moją pracę, powrócę jeszcze do tego przedmiotu, a teraz przechodzę do skreślenia krótkiej historyi każdego z poszczególnych środków.

W pierwszym rzędzie stanąć musi naparstnica, jako środek nasercowy, niewątpliwie najsilniej z pośród innych działający. Słusznie też SAHLI w swoim referacie podnosi, że to co mówi przysłowie: „*Qui nescit Martem, nescit artem*“, może się w zupełności stosować do *digitalis*. [Verhandl. d. Congr. f. intern. Medic. 1901, str. 47).

N a p a r s t n i c a (*digitalis*). Nie będę się wcale wdawał w opis botaniczny naparstnicy, jako też w opis sposobów jej użycia i rozmaitych postaci, w jakich się ją podaje, bo to rzecz każdemu znana i należy do elementarnych wiadomości lekarskich. Głównie używa się *digitalis purpurea*, która zawiera w sobie 3 główne składniki, obok mniej ważnych,

a mianowicie digitalinę, digitoksynę i digitaleinę ¹⁾. *Digitalis ombigua*, chociaż nie różni się od *purpurea*, jak to wykazał PASCHKIS, jednak prawie się jej nie używa w handlu. Ze składników naparstnicy purpurowej digitalina w wodzie i eterze rozpuszcza się z trudnością, w wysoku łatwo, digitoksyna wcale w wodzie się nie rozpuszcza, ale za to łatwo w wysoku, a trzeci składnik digitaleina jest bardzo łatwo w wodzie rozpuszczalna. Ta niejednakowa rozpuszczalność powoduje niejednakowo szybkie wchłanianie i wydzielanie tych alkaloidów przez nerki i daje powód do działania kumulatywnego. Nowszy zbiór liści naparstnicy dokonany przez Doc. D-ra CLOETTA w r. 1898 nic nowego nie wykazał.

LAFON podaje dokładną reakcję na digitalinę, a mianowicie: jeżeli wziąć suchą digitalinę w równych częściach z kwasem siarkowym i zwilżyć wyskokim, a potem dodać półtorachlorku żelaza, to powstanie śliczne niebiesko-zielonawe zabarwienie. Próba ta może się udać nawet przy obecności $\frac{1}{10}$ mgr.

Obok tych głównych 3 alkaloidów są jeszcze i inne, ale nierównie mniej ważne, a więc digitonina, digitaliresina i toxiresina, a te dwa ostatnie jako składniki rozkładowe digitaliny, digitaleiny i digitoksyny. Digitonina znajduje się w tak małych ilościach, że działanie jej nie może się ujawniać przy użyciu naparstnicy. Natomiast według SCHMIEDBERG'a Digitaliresyna i Toxiresyna mogą działać na centralne zwoje nerwów naczynioruchowych, oraz na włókna hamujące w nerwie błędnym i w ten sposób mogą wywoływać zwolnienie tętna i podniesienie ciśnienia krwi.

Z doświadczenia wiemy, że naparstnica brana z różnych aptek, działa niejednakowo, a pochodzi to stąd, że roślina ta ma różne własności stosownie do miejsca na którym rośnie i do czasu, kiedy się ją zbiera. OTT zwraca

¹⁾ Obecnie Unverricht poleca *digitalis grandiflora*, z której przygotowane dialysaty mają działać doskonale.

uwagę lekarzy na ten szczegół, że naparstnica brana z różnych okolic zawiera niejednakową ilość składników [Kongres 1901].

Tak samo, stosownie do wieku rośliny, zmienia się ilość digitaliny w naparstnicy, i dlatego zbiór liści powinien odbywać się w drugim roku, licząc od czasu, kiedy kwiatostan dojdzie do połowy swej naturalnej wielkości, aż do czasu, kiedy się pokażą kwiaty u podstawy kłosa, gdyż wtedy liście zawierają najwięcej digitaliny.

BUEHRER w pracy swej, wykonanej pod kierunkiem prof. JAQUET'a wykazał, że niektóre preparaty działają czterokrotnie silniej niż inne im podobne. Dlatego też niektórzy autorowie radzą brać świeże liście, bo działanie ma być znacznie silniejsze, a przy suszeniu liści nierównomiernem lub nieumiejętnem następuje rozkład składowych części [prof. JUERGENSEN]. DOTSCHEWSKI w pracy swojej z r. 1896 przytacza obserwacje, że nawet przy małych ilościach naparstnicy (1,0 liści użytych w ciągu kilku dni a nawet dłużej) występowały zawroty głowy, rozdrażnienie, halucynacje, osłabienie pamięci i to w tym czasie, kiedy już naparstnica usunęła zaburzenia w krążeniu. Wpływ ten miały liście tylko świeżo zbierane. Też samą uwagę robi prof. JUERGENSEN, że liście świeże daleko lepiej i silniej działają, suszone zaś nieraz zawodzą. POUCHET zaś twierdzi, że liście naparstnicy niemieckiej silniej działają niż francuskiej. Ażeby uniknąć tego nierównomiernego działania radzi SCHWARZENBECK stosować dialyzaty z naparstnicy. BOSSE robił doświadczenia z podobnym preparatem i bardzo go poleca [Petersb. medic. Wochenschrift 1901].

Firma Gollaz w Saxon w Szwajcaryi wyrabia takie dialysaty z liści świeżych za pomocą wyciągu wodnego i alkoholowego i w ten sposób unika się rozkładu jaki bywa przy suszeniu liści. Z takiego dialysatu dawał BOSSE według JAQUET'a 6 do 10 kropli *pro dosi*, a 80—100 kropli *pro die* a rezultaty otrzymywał bardzo dobre.

Pierwsze wzmianki o naparstnicy mamy w XII wieku i pierwszy anglik von WOBES wspomina o tej roślinie,

ale ani wskazań, ani bliższych szczegółów o niej nie podaje. Dopiero prof. FUCHS z Tybingi w 1542 r. nadał tej roślinie miano naparstnicy—*digitalis*. Własności jej już były znane wówczas, ale jej nie stosowano. Następnie w roku 1640 poleca jej używanie PARKINSON, a w r. 1650 dostaje się już *digitalis* do farmakopei angielskiej; wreszcie WITHERING w Birminghamie w r. 1785 polecił ją, próbował. Z następnych autorów BOERHAVE wiedział już o wpływie naparstnicy na serce, a JAMES CURRIE, CUMING [w r. 1804]. RASORI i BRERA używali naparstnicy w ostrych gorączkowych chorobach.

Prawdziwe jednak doświadczalne próby robił z naparstnicą, SOLEME w r. 1743, a JOHNSON w r. 1795 na żabie. Następne próby były robione przez STAMUS'a na kotach, w r. 1851, a VULPIAN dopiero w r. 1855 prawdziwie zbadał i prób dokonał, wstrzykując digitalinę podskórną. [Praca w Gaz. med. de Paris 1855]. Z następnych już wymienić wypada DYBKOWSKIEGO i PELIKANA, którzy podjęli próby z naparstnicą i ogłosili swe wyniki w „Zeitschr. f. wissen. Zoologie XI str. 279 r. 1862, a nadto BOEHM bardzo dokładne studia poczynił i ogłosił w Pflügers Archiv Bd. V, str. 178, r. 1872.

Na ch o r y c h zaś pierwszą pracę ogłosił już wyżej wspomniany W. WITHERING [An Account of the Fox-tlove Birmingham 1785] a przetłumaczył ją MICHELIS w Lipsku. [Rzadki egzemplarz tej pracy znajduje się w bibliotece lipskiej]. Wspomina on o działaniu naparstnicy na zwolnienie tętna. Z dalszych prac wspomnieć muszę o dysertacji SCHIEMAN'a w Getyndze w r. 1786. BEDDOES w r. 1801 w Londynie dowiódł, że naparstnica zwiększa siłę krążenia, a w r. 1812 w Paryżu MOSSMANI dowodzi, że nie zmniejsza siły skurczu, a działa głównie na serce i tętnice. Podobnie i KINGLAKE [Londyn 1801] poleca naparstnicę i mówi, że po naparstnicy tętno staje się pełnem, elastycznym, działalność serca i tętnic wzmagają się, a skurcze są silniejsze.

JOHN FERRIAR w r. 1799 pierwszy z autorów zauważył działanie moczopędne naparstnicy i podawał ten środek

w zapaleniu płuc; a BLAKE [1839 r.] był zaś pierwszym, który dowiódł, że naparstnica podnosi ciśnienie krwi. Tego samego dowodził BRIQUET [1853 r.]. LENZ pod kierunkiem BIDDER'a wykonał doświadczenia i także przekonał się, że ciśnienie krwi się wzmacnia, że dowodzenie TRAUBE'ego, iż działanie naparstnicy polega na pierwiastkowym podrażnieniu i następczem porażeniu nerwu błędnego jest mylnem.

Jednemi z ważniejszych prac doświadczalnych nad naparstnicą były prace TRAUBE'go. Początkowo sądził T., że działanie naparstnicy polega na pobudzeniu nerwu błędnego, ale nie umiał sobie objaśnić, jak to pobudzenie dochodzi do skutku; przypuszczał nawet, że ciśnienie krwi obniża się. Zaslugą dopiero BLAKE'go [w r. 1839] było, że dowiódł, że chociaż początkowe ciśnienie nieco opada, to jednak potem podnosi się wyraźnie. Następnie TRAUBE dopiero w r. 1861 ogłosił nową pracę [w „Med. Cent. Zeitung 30 Jahrg.”] gdzie przyznał, że ciśnienie się podnosi, ale jeszcze nie zdawał sobie dokładnie sprawy z działania naparstnicy na serce.

Dalsze prace WINOGRADOWA, BEZOLD'a, MARMÉ, BRANTON'a, ACKERMAN'a, BOEHM'a i GOERZ'a wyjaśniały również wpływ naparstnicy na krążenie. WILLIAMS i BOEHM dowiedli, że podniesienie się ciśnienia zależy jedynie od serca i że zwężenie naczyń włosowatych, jako następstwo podrażnienia nerwów naczyniowych, nie ma tutaj znaczenia. R. BOEHM dochodzi do wniosku, że a) naparstnica wywołuje wzmożenie się pobudliwości nerwów hamujących w sercu; b) że ma na serce specyficzny wpływ, zwłaszcza w pierwszym stadium swego działania; c) i że wzmacnia siłę serca.

F. WILLIAMS także przypisuje naparstnicy działanie wprost na serce, a mianowicie że powiększa elastyczność mięśnia sercowego.

Z doświadczeń na zwierzętach wynika, że naprzód występuje podniesienie się ciśnienia, któremu nie zawsze towarzyszy zmniejszona ilość tętna, następnie, przy dalszym działaniu naparstnicy, ciśnienie utrzymuje się na poprzedniej wysokości, a liczba uderzeń tętna staje się znacznie

większą niż normalnie, później jeszcze przy wysokim ciśnieniu tętno staje się niemiaremowe i akcja serca nieregularną; wreszcie, jako końcowe stadyum, mamy znaczne obniżenie ciśnienia, nagłe zatrzymanie się ruchów serca, w końcu śmierć.

Robione też były doświadczenia na wyciętym sercu kota. Działano na nie naparstnicą [BRAUN i MOTER w roku 1899] i pod jej wpływem występowały częstsze i silniejsze skurcze, potem następowało stadyum zwolnienia, stadyum nieregularnej akcji i zwolnienie, wreszcie zupełne wstrzymanie ruchów.

Praca Docenta HEINZA, przedstawiona na kongresie medycyny wewnętrznej [1900 r.], potwierdza w całości doświadczenia KOBERT'a. Dowodzi on, że pod wpływem naparstnicy można podnieść pracę serca o 50%, a w niektórych przypadkach o 250%.

Działanie zaś bezpośrednie na fale tętna przedstawił A. FRAENKEL w swej pracy o tonogramach przy naparstnicy. Tonogramy te wykazują, że tętno staje się anakrotycznym i fale wyraźniej są zaznaczone.

Na ludziach naturalnie tych doświadczeń nie robiono, ale w przypadkach zatrucia obserwowano znaczne zwolnienie tętna lub też znaczne przyśpieszenie i niemiarowość tętna, a obok tego zawroty głowy, nudności, wymioty, bezsenność i drgawki. Na sobie takie próby robili HUTSCHINSON, STATION, MAGERAUD, ALEKSIEJEWSKI na 4-ch lekarzach. KOPPE robił doświadczenia na sobie z digitoksyną; po użyciu 2 mgr. digitoksyny wystąpiło zatrucie, ilość uderzeń tętna spadła do 40, tętno stało się nieregularnym, nadto zjawily się silne wymioty.

Czynnikiem działającym w naparstnicy jest bezwąt-
pienia digitalina, znajdująca się w roślinie w ilości 2—3%.
Działanie digitaliny polega w pierwszym swem stadyum
na podniesieniu ciśnienia krwi. Zwolnienie tętna towarzy-
szące ostatniemu objawowi jest jego wynikiem, gdyż zwięks-
szenie ciśnienia powoduje pobudzenie ośrodków mózgo-
wych, a być może, również i włókien końcowych nerwu

błędnego. Zwolnienie więc tętna nie jest bezpośrednim wynikiem działania naparstnicy, bo jakto już poprzednio wspomniałem przy narkozie lub po wstrzyknięciu atropiny działania tego niema.

SCHMIEDEBERG także dowodził, że głównem działaniem naparstnicy jest zwiększenie ciśnienia, a wszelkie inne zmiany są tylko wynikiem tego ostatniego. Dla tego to w doświadczeniach nad działaniem naparstnicy na zwierzęta nie zawsze spostrzegamy zwolnienie tętna. Zwiększenie zaś ciśnienia zależy nie od skurczu naczyń krwionośnych, lecz od zmienionej działalności serca i lepszego wypełnienia tętnic krwią.

Kwestya sposobu działania naparstnicy była przedmiotem dyskusyi w akademii paryskiej, podczas której SÉE twierdził, że naparstnica nie jest *tonicum* dla serca, lecz że działa ona przez zwiększenie rozkurczu i zwiększenie elastyczności mięśnia sercowego, szczególnie prawej komórki; zaś DUJARDIN utrzymywał, że naparstnica działa na serce przez wzmocnienie skurczu serca i że stopień jej działania zależy od tego, czy mięsień sercowy jest zdrowy czy nie.

BAYET również twierdzi, że naparstnica działa głównie na lewą komórkę. OPENCHOWSKI zaś dowodzi, że naparstnica działa inaczej na prawą komórkę, a inaczej na lewą, a działanie to dochodzi do skutku przez tętnicę wieńcową prawą, która pod wpływem naparstnicy ściąga się i zwęża, kiedy lewa rozszerza się i jest przepelniona krwią. Dowodzi on dalej, że naparstnica działa tylko na lewą komorę serca i na wielkie krążenie. Trucizny zaś sercowe działają w ten sposób na prawą tętnicę wieńcową, że zwęża się ona i wskutek tego prawe serce kurczy się słabiej. Fakt ten, że naparstnica działa tylko na wielkie krążenie objaśnia nam dopiero jej działanie lecznicze, bo zastoina żylna wyrównywa się przez to, że lewe serce potrafi usuwać nadmiar krwi z małego krążenia. Jeżeliby zaś naparstnica miała działać jednakowo na obydwie połowy serca, to stosunki by się nie zmieniły i zastoina trwałaby dalej. W przypadkach w których naparstnica nie działa lub nawet pogarsza objawy (*stenosis mitralis*), przyczyna

tego leży w zaburzeniu czynników regulacyjnych, a nie w schorzeniu mięśnia sercowego.

W naparstnicy według KOBERT'a [Lehrbuch der Intoxicationen 1893 r.], działają wszystkie 3 substancje na ośrodek nerwu błędnego, na serce i na mięśnie naczyń. Działanie na serce dochodzi do skutku przez podrażnienie włókien końcowych nerwu błędnego i także przez podrażnienie samego mięśnia sercowego; wynikiem tego są silniejsze skurcze serca. Do podrażnienia włókien końcowych n. błędnego dołącza się i pobudzenie ośrodków tego ostatniego, co wywołuje zwolnienie tętna. Wzmożenie ciśnienia krwi powstaje dzięki silniejszemu skurczowi mięśnia sercowego i naczyń; nie jest więc ono zależne od ośrodka naczynioruchowego.

Działanie kumulacyjne jest zapewne następstwem zaburzenia w krążeniu w tętnicy wieńcowej, która za długo była pod wpływem naparstnicy. WINOGRADOW [Virch. Archiv.] zaprzecza działaniu kumulacyjnemu naparstnicy jak tego dowodzi w pracy wyżej wymienionej. Natomiast SCHMIEDEBERG objaśnia to w ten sposób, że te trzy główne składniki nie będąc jednakowo łatwo rozpuszczalne, wchłaniają się dość trudno i wydzielają się powoli i nie równomiernie. Następuje więc powolne ich nagromadzenie w organizmie, co jeszcze łatwiej dochodzi do skutku, jeżeli funkcja nerek jest upośledzona. W tych warunkach nagromadza się we krwi nadmiar tego środka, sprowadzający objawy otrucia, a czasem i śmierć.

Alkaloidy *digitalis* działają podobnie jak samo *digitalis*. Próby z samą digitaliną robił PFAFF, HUCHARD i BARDET, który radzi dawać digitalinę czystą przez jeden dzień na 3 tygodnie. Tymczasem KLINKERBERG, chociaż przyznaje łatwość dozowania tego środka, jednak twierdzi, że nie może ono dorównać *digitalis* w *infusum*. MAGERAUD po zażywaniu większych dawek digitaliny doświadczał zaburzeń nerwowych, ale po odstawieniu jej mijały one dość prędko, tylko na tętnie było widoczne jeszcze działanie.

DEUCHER zaleca wstrzykiwanie *digitalinum verum* podskórnie, bo doświadczenia jego wykazały, że sok żołądkowy niekorzystnie wpływa na digitalinę, rozkłada ją a więc siła działania przez to słabnie. Jak twierdzi PÉRIE, digitalina krystaliczna i digitoksyna mają być ciałami identycznymi. Twierdzenie to jednakże dotychczas nie zostało potwierdzone przez innych autorów.

Wspomnieć jeszcze należy o pracy HEIDE'go, zasługującej na szczególną uwagę. Wstrzykiwał on psom pod skórę digitalinę i heleborynę. Po zastrzyknięciu pierwszej miało występować podwyższenie ciepłoty [od 2° do 3°], podniesienie to znikало jednak po upływie doby. Po podawaniu zaś wewnątrz, działania tego nie było. Helleboryna nie miała wpływu na ciepłotę ciała. Próby te na psach wykonywane z digitaliną i helleboryną dowodzą, że: 1) po podawaniu dawek mniejszych lub większych pozostaje działanie na długo, nieraz przez 4 tygodnie a więc zwolnienie tętna i nieregularność jego; 2) jeżeli podawać raz po raz, czy to duże, czy małe dawki, to działanie występuje najjaskrawiej ale nie po pierwszych dawkach, lecz dopiero po 2—3 a czasami 4—5 do 6; 3) jeśli zaś zacząć od małych dawek i powoli je podwyższać, to występują: niepokój, drżenie, apatya, osłabienie, wymioty, ślinienie, te objawy po kilku dniach przechodzą, pomimo że dajemy te same dawki; tętno jednak nadal jest wolne i nieregularne. Psy takie mają dobry apetyt, biegają i nie zdradzają żadnych zresztą zaburzeń—tak że następuje jakby pewne przyzwyczajenie się do tego środka.

Z tych doświadczeń wnioskuje HEIDE, że działanie kumulatywne, polega nie tak jak SCHMIDEBERG twierdzi, na trudnej resorbcyi, bo działanie to występowało i przy wstrzyknięciu do krwi, ale że to zależy od sposobu wydalania tych alkaloidów z ustroju i że te alkaloidy wolno się rozkładają i powoli bywają z ustroju wydalane.

W klinice SAHLI'ego robiła również z digitaliną doświadczenia FRENKEL ZOFIA i podaje, że ciśnienie krwi pod-

Pam. Tow. Lek. T. 97, Z. IV.

nosiło się szybko, początkowo bez zwolnienia tętna. W jednym zaś przypadku miażdżycy tętnic zwolniło tętno, arytmia i duszność się zmniejszyły, powiększyła się ilość moczu, a przytem wszystkiem ciśnienie się nie powiększyło. Z digitoksyną zachęcające próby opisuje WENZEL [Centbl. f. innr. Medic. 1895] używając do swoich doświadczeń preparatu MERCK'a. Stosował on ją w lewatywie w ten sposób: digitoksyny 0,01, alkoholu 10,0, Aqu. 190,0; z tego brał 3 razy dziennie 15 grm. do 100,0 wody, na jedną lewatywę, tak że wypada 0,00075 digitoxini na dobę. Twierdzi on, że lepiej działa jak naparstnica, tętno się wzmacnia, staje się pełnem, ilość moczu się zwiększa, a zaburzeń zresztą żadnych nie wywołuje.

SCHMIEDEBERG w swej pracy [Untersuch. über d. pharmak. wirksam. Bestandth. d. digital. purp.] zaleca do użytku chorych digitoksynę. Ma ona jednak jedną niedogodność, że się nie rozpuszcza w wodzie. KOPPE zaś nie radzi używać digitoksyny. WOLFF [r. 1896] bardzo poleca używanie digitoksyny MERCK'a w następujący sposób rozpuszczonej: *Digitoxini* 0,01, *Aqu. destill.* 190,0 *Alcoholi absoluti* 10,0. Z tego pierwszego dnia 4 łyżki, na drugi dzień pauza, na trzeci dzień 2 łyżki a na czwarty dzień jedną łyżkę. Przy tem podawaniu chorzy lepiej znoszą naparstnicę i apetytu nie tracą—6 mgr. digitoksyny wystarcza na 4—6 dni, a ilość moczu dochodzi nieraz do 4000 i ta wzmożona diureza trwa dość długo.

Toż samo twierdzi HOFFMAN v. WELLENHOF. Robił on doświadczenia na 57 chorych a tylko w 7 wypadkach był rezultat ujemny. Stosował on ją podskórnie [0,01 *Digitoxini* 15,0 *Aquae*, 5,0 *Alcoholis*] lub też w lewatywie; ale więcej, jak 2 mgr. *pro die* nie radzi dawać.

Zaleca również digitoksynę prof. STARCK, podając w pastylkach [MERCK] po $\frac{1}{4}$ mgr. *pro dosi* [2 pastylki] dziennie. Działanie występuje już nieraz po 5 godzinach, czasami dopiero po 12. W jednym przypadku nastąpiło zatrucie; tętno spadło do 46, wystąpiły zawroty głowy, omdlenia, ale objawy te powoli zaczęły ustępować i po czterech dniach przy użyciu kamfory wszystko to minęło.

BOSSE zaś stosował digitoksynę przeważnie w lewatywach 0,5—0,75 mgr. a najwyżej 2 $\frac{1}{2}$ mgr. *pro die* i tam nawet, gdzie *infusum digitalis* nie okazało żadnego wpływu, digitoksyna dawała dobry rezultat. Przy dłuższem używaniu bywały wymioty. Przy obrzękach działa dobrze jako *diureticum*. Dawka $\frac{1}{2}$ mgr. odpowiada mniej więcej 0,05 *folior. digitalis*. Polecają ją również BATTISTINI, UNVERRICHT, CORRIN, ZELLTNER, VATIN. Natomiast BARDET i cała komisya w tym celu wybrana nie polecają wcale digitoksyny, ze względu na to, że nie jest to jednolity związek i nie działa równomiernie.

Naparstnica bywa najczęściej stosowana w naparze i to zazwyczaj 1,0 na 200,0, rzadko kiedy podnosimy tę dawkę do 2,0 na 200,0, aczkolwiek wielu autorów radzi stosować większe dawki. Z innych preparatów używa się choć rzadko *T. digitalis*, *T. digitalis aetherea*, *Acetum digitalis* i *Extr. digitalis*. Z nowszych preparatów poleca PENZOLDT *Digitalinum verum Kiliani* 0,002—0,001 *pro dosi* a 0,02 *pro die* i radzi przepisywać w ten sposób: *digitalini veri* 0,02, *spir. vini* 10,0, *aqu. destill.* 70,0; *syr. simpl.* 20,0 z tego łyżkę co 2—3 godziny. DEUCHER zaś poleca *digitalinum verum* z fabryki Böhringa w Waldhof; próby jednak zrobione na klinice prof. SAHLI'ego nie są zbyt zachęcające MANGOLD bardzo zaś zachwala wyrób znanej apteki Deuzela *Extractum digitalis liquidum* i z tego dawał po 0,5 dziennie, co odpowiada 1,0 *infusum fol. digit.* Preparat ten ma działać doskonale. Doświadczenia PICK'a z *digitalinum verum* byłyby zachęcające, chociaż przyznaje, że moczopędnie lepiej działa sama naparstnica.

Duże dawki naparstnicy daje MASIUS. Daje on 4,0 *pro die* i uważa, że wtedy jest naparstnica rzeczywiście *tonicum* dla serca a obok tego według niego ma zmniejszać ciepłotę. Dawać można tę dawkę 3—4 dni najdłużej. Złych skutków lub zaburzeń w trawieniu nie widział. HANS-NAEGELI-AKERBOM stosował naparstnicę 1,0 *pro dosi* a 4—5 grm. *pro die* i chorzy mieli znosić dobrze, a rezultaty były zachęcające. PETRESCU dochodził nawet do 12,0 na 200 na dobę i pomimo, że w jednym przypadku tętno

spadło na 24, jednak zatrucia nie obserwował. O tętnie 30 po naparstnicy wspomina też i THOMAS. Toż samo PENZOLDT obserwował przypadek, gdzie chora w ciągu 12 godzin wzięła 7,5 naparstnicy, przyczem były już intoksykacyjne objawy, ale po przejściu zatrucia działanie było doskonałe. Tenże sam autor cytuje przypadki, w których przy tętnie 40 a nawet 30 po podaniu naparstnicy nie tylko ilość tętna nie spadała, ale tętno się przyspieszało.

PENZOLDT radzi dawać lewatywę, *Infus.* 2: 150 z tego 2 łyżki na jedną lewatywę 2 razy dziennie] jeżeli chory nie znosi podawania wewnątrz, ale zwykle można podawać w proszkach po 0,1 i dziennie po 5 do 10. EICHHORST także daje w proszkach po 0,10—0,15 co 2 godziny. FRAENTZEL zaś daje 0,75 na 120 naporu i z tego 4 łyżki dziennie. Uważa on, że można dawać tygodnie i miesiące. Liczba uderzeń tętna ma się zmniejszać o 4, 8 do 12, napięcie staje się większe, i ilość moczu powiększa się. Przy pojawieniu się zaburzeń żołądkowych radzi dawać mniej na raz a więc 0,25 naparstnicy na 30,0 naporu i z tego 4 łyżeczki dziennie. Co innego zaś twierdzi LIEBERMEISTER, który przyznając naparstnicy pierwszeństwo między środkami nasercowymi radzi dawać 2—4 grm. w ciągu 3 do 5 dni a następnie przez 4 tygodnie nie dawać. Jest on przeciwny podawaniu małych dawek przez czas dłuższy.

FUERBRINGER radzi w przypadkach, gdzie naparstnica nie bywa znoszona w naporze dać *Acetum digit.* 10,0—20,0 z winem pepsynowem na 100 i z tego łyżeczkami podawać. Jako dobry przepis na napor naparstnicy podaje następujący: *Rp. Inf. fol. digit.* 2,0 ad 150,0. *Coff. citri.* 2,0, *T. stroph.* 5,0, *Liqu. Kalii acetici* 60,0, *Succi liquirit.* 5,0. D. s. zażyć w ciągu 2 dni. Z drugiej strony HEIDE radzi dawać naparstnicę w małych dawkach i w większych odstępach czasu. Powiada on, że przy wystąpieniu działania kumulacyjnego, jeżeli się już dłużej podawało te środki, to nie trzeba się obawiać zatrucia lub dla życia niebezpiecznych skutków, ponieważ te objawy przechodzą same nawet przy dalszem podawaniu środka, tylko trzeba być w poda-

waniu tego środka wtedy bardzo ostrożnym, jeżeli w pierwszych dniach po podaniu nie objawia się działanie swoiste.

TRAUBE podawał $\frac{3}{4}$ grana czyli 0,22 co godzina i według niego zwolnienie tętna występuje dopiero po 24 do 48 godzinach i może trwać po zaprzestaniu podawania.

HEINZ radzi robić napar z naparstnicy z proszku i twierdzi on, że daleko lepiej działa niż z całych liści.

Z referatu GOTLIEB'a i SAHLI'ego na ostatnim kongresie [Verhand. des Congr. für innere Medizin 1901] o środkach nasercowych i naczynioruchowych podają tylko najważniejsze szczegóły. Praca ich dotyczyła głównie działania naparstnicy na narząd krążenia. GOTLIEB przyznaje naparstnicy dwa odrębne działania: jedno na podniesienie ciśnienia, drugie na zwolnienie tętna; pierwsze zależnym jest od nerwu błędnego, drugie od samego serca. Wiemy teraz bowiem, że naparstnica działa również na końcowe włókna nerwu błędnego w sercu. Podwyższenie ciśnienia zależy z jednej strony od wzmożonej akcji serca i od zwężenia naczyń, chociaż to drugie jest mniej ważne. Zwolnienie zaś tętna nie jest koniecznym następstwem podwyższenia ciśnienia, gdyż wiemy, że zwolnienie tętna może istnieć i przy słabem ciśnieniu.

Dzięki metodom wypracowanym przez HERING'a i BOCK'a [1898] a także LANGENDORF'a i samego GOTLIEB'a wspólnie z MAGNUS'em można bardzo dokładnie wymierzyć pracę serca pod wpływem naparstnicy i jej składników. Doświadczenia BRAUN'a, MAGER'a i HEDBOM'a wykazały że serce pod wpływem tych środków kurczy się o wiele silniej i przy każdym skurczu wyrzuca o wiele więcej krwi do tętnic czyli że wykonywa pracę nieraz 3—4 razy większą niż w stanie normalnym. O ile więc lepiej się kurczy, o tyle też może i więcej wyssać krwi podczas rozkurczu, a więc i odpływ krwi z żył będzie w ten sposób dokładniejszy. Dowodzenie zaś OPENCHOWSKIEGO o nierównomiernem działaniu naparstnicy na obydwie komory sercowe polega na błędnem spostrzeganiu. Doświadczenia na wyciętem sercu nie potwierdzają wniosków OPENCHOWSKIEGO.

Metodą zaś podaną przez FRIEDEL PICK'a [1899] a przedtem jeszcze metodą GAERTNER'a, WAGNER'a i RIEGEL'a dało się wykazać, że początkowo naczynia pod wpływem naparstnicy nieznacznie się zwężają, po pewnym zaś przeciągu czasu, zwężenie to występuje bardzo wybitnie. Jest to działanie uboczne, ale w pewnej mierze korzystne o tyle jednak, o ile to nie przekracza pewnych granic, bo przez zwężenie naczyń ciśnienie wzmagą się jeszcze bardziej, przeszkody dla serca rosną i wskutek tego musi ono więcej zużyć siły dla ich przewyciężenia. Mniej więcej to samo twierdzi SAHLI o naparstnicy na zasadzie spostrzeżeń klinicznych, a choć każe on nam różniamć cztery rodzaje zastoju w krążeniu, to jednak przyznaje, że naparstnica na wszystkie rodzaje działa korzystnie choć nie jednakowo. W zastoinach sercowych (cardiale Stauung) działanie jej jest bardzo wybitne a to dzięki powiększeniu siły skurczów, w zastoinie powstałej wskutek znacznego rozszerzenia naczyń włosowatych (vasodilatatorische Stauung) działanie naparstnicy pomyślne, dochodzi do skutku dzięki bardziej wydatnemu rozkurczowi serca i dokładniejszemu wsysaniu krwi z naczyń.

Jeżeli działanie naparstnicy zawodzi, to dzieje się to najczęściej wtedy, gdy wady zastawek tak są rozwinięte, że przy największym wysiłku serce nie jest w stanie usunąć niekorzystnych warunków, w których pracuje. Tak np. bywa przy *Insuff. aortae*, gdzie przy najsilniejszej pracy serca krew musi się cofać z aorty. Jednakże i w tej wadzie radzi SAHLI podawać naparstnicę, tylko nie należy doprowadzać do znacznego zwolnienia tętna, bo wtedy warunki są mniej korzystne. W zwyrodnieniu tłuszczowem mięśnia sercowego naturalnie naparstnica nie daje żadnego wyniku. Na arytmie powstałe wskutek zastoju w tętnicach wieńcowych ma naparstnica działać korzystnie; w arytmjach, mających swe źródło w innych przyczynach naparstnica nie działa wcale.

SAHLI zarówno jak GROEDEL i KUSSMAUL radzą pawać małe dawki naparstnicy przez czas dłuższy w odpowiednich przypadkach.

Z preparatów naparstnicy zachwala bardzo dialyzaty GOŁAZ'a; mają one działać pewnie i skutecznie. Również i UNVERRICHT zachwala te dialyzaty.

U zdrowych naparstnica ma nie działać ani jako środek moczopędny, ani też jako środek działający na przemianę materii. ALEKSIEJEWSKI przeprowadził badanie na czterech lekarzach przez 20 dni, dając w ciągu 5 dni naparstnicę, a przez 5 dni robiąc pauzy.

Przy stosowaniu naparstnicy w ilości 0,5 na dobę, powiększała się wprawdzie ilość wydzielanej przez nerki wody; zmniejszała natomiast ilość wody wydzielonej przez płuca i skórę; tak że w rezultacie ogólna ilość wydalonej z ustroju wody pozostawała taką, jak przed podawaniem naparstnicy. *Kali nitricum* działa w ten sam sposób na wydzielanie wody z organizmu.

MAURET jest również zdania, że naparstnica jako *diureticum* u zdrowych nie działa.

Że naparstnica działa jako *diureticum* w chorobach sercowych, to rzecz aż nadto dobrze każdemu znana; FUEBRINGER dowodzi również, że naparstnica jest najlepszym środkiem moczopędnym w chorobie BRIGHT'a. W tym samym sensie wyraża się o naparstnicy MAUREL. Naturalnie, że działanie to moczopędne możemy znacznie jeszcze podnieść mieszając naparstnicę z innymi środkami—np. jak się to najczęściej zdarza z *coffeiną* lub *diuretiną* jak radzi PFAFF, SCHWOSS. BAEUMLER i FRAENKEL radzą podawać z kalomelem: *Digit.* 0;05, *calomel* 0,10 co 3 godziny proszek przez tydzień. Według THOMSEN'a naparstnica rozszerza naczynia nerkowe w ciągu pierwszych dwóch minut, a następnie zwęża podobnie jak to już KOBERT wykazał dla *strophantusa*.

Główne jednak zastosowanie znajduje naparstnica w chorobach serca i w tych ostatnich niepodobna się obejść bez jej dobroczynnego wpływu podczas zaburzeń w wyrównaniu wad sercowych. Ale i pod względem ścisłych wskazań, jak i gdzie należy używać naparstnicy, nie pauzuje między klinicystami zupełna zgodność. Pozwolę sobie przytoczyć zapytowania pod tym względem niektó-

rych z nich. POTAIN podaje takie wskazówki. Należy używać naporstnicy naturalnie *in studio incompensationis* przy *Insuff. mitral.* przy *stenosis mitral*, wtedy kiedy istnieje zastój i arytmia; w *Insuff. tricuspidalis* — naporstnica działa mniej pewnie; w *Insuff. aortae* — jest przeciwwskazaną. Wskazaną jest w przeroście serca wskutek *Atheroma*, *Aneurysma*; przeciwwskazaną — w przeroście wskutek *Morb. Brighti*. Wogóle radzi kierować się tętnem, arytmia i ciśnieniem w naczyniach.

BALFOUR radzi stosować naporstnicę w *insuff. aortae*.

LEYDEN zaś daje następujące wskazania do użycia naporstnicy; choroby serca w okresie niedomogi, osłabienie mięśnia sercowego, dusznica sercowa (*asthma cardiale*), *angina pectoris*; dalej zaleca ją w chorobach gorączkowych, kiedy występuje ostre osłabienie serca, w *delirium cordis*, *oedema pulmonis*, a także i w chorobie nerek, gdyż zwiększając ciśnienie krwi działa pośrednio moczopędnie.

NAUNYN [1899] podaje naporstnicę zarówno w *insuff. mitralis*, jak i *Aortae*; skutek jednak bywa zazwyczaj lepszy w wadach zastawki dwudzielnej. Dawki dzienne 0,8—1,0 mogą być śmiało stosowane przez 6—7 dni bez przerwy. Natomiast ostrożniej stosować należy naporstnicę w wadach aorty; radzi on podawać *infusum* z 0,5—0,8 na 150,0—wyżyć w przeciągu 2-ch dni. Także przy *myodegeneratio cordis* radzi być ostrożnym i nie obniżać tętna niżej 60, bo serce nie wytrzyma znacznych wahań. W tych przypadkach poleca zacząć od małych dawek przez 3—4 dni, potem zrobić pauzę 3 dniową, a potem co 5—7 dni użyć jedną dawkę naparu.

Digitoksynę MERCK'a daje on po 0,1—0,2 mgr. 3 razy dziennie, ale radzi ostrożnie z nią postępować, bo zdarza się przytem zapaść i znaczne zwolnienie tętna. Takie dawki można dawać 3 dni, poczem jednak powinna być znowu pauza 3—5 dniowa.

PENZOLDT dowodzi, że naporstnica tam zupełnie nie działa, gdzie jest stłuszczenie mięśnia sercowego. Natomiast dobre rezultaty daje naporstnica w idiopatycznych przerostach serca, w wadach z przerostami [przy *mitralis*

lepiej jak przy wadach aorty]. Gorzej działa w niedomozdzie mięśnia sercowego i w chorobach nerek. Jeżeli po naparstnicy szmer na zastawce zniknie, to mamy dowód, że była to niedomykalność względna. Jako główne jednak wskazanie dla naparstnicy należy uważać stałe osłabienie serca i jego następstwa. Zwolnienie tętna nie jest przeciwwskazaniem dla naparstnicy, bo nieraz zdarzają się objawy zatrucia, po przejściu których skutek bywa dobry.

PFÄFF proponuje dawać naparstnicę równocześnie z diuretyną lub też podawać naparstnicę z kalomelem. W ten sposób podana działa naparstnica nie tylko na serce, lecz także daleko wybitniej moczopędnie.

TH. ZÄNGER podaje naparstnicę z diuretyną (1,0 *diuret.* 0,10 *pulv. digit.* 3 razy dziennie] lub też łączy kamforę z naparstnicą albo też naparstnicę z kalomelem 0,10—3 razy dziennie; potem pauza trzydniowa i znów to samo przez tydzień.

O użyciu naparstnicy w chorobach gorączkowych i innych wspominają już dawni autorowie. Zalecali ją oni w tych przypadkach w których stosowanie tego środka wydaje się nam dziś nieusprawiedliwionem. Tak też JOHN FERRIAR jeszcze w r. 1799 polecał naparstnicę w stanach zapalnych połączonych z gorączką, zamiast upustu krwi, następnie i JAMES CURRIE [1804] radził stosować naparstnicę w zapaleniach mózgu, serca i płuc. Toż samo i CUNNING [1804]. Z czasem podawanie naparstnicy w chorobach gorączkowych poszło w zapomnienie i dopiero znajdujemy wzmiankę w pracy TRAUBE'go [Charité-Annalen z r. 1850], że na klinice SCHOENLEIN'a stosowano naparstnicę w zapaleniu płuc. W pracy tej zaleca TRAUBE naparstnicę w chorobach gorączkowych. Od tego czasu mamy dokładne opisy użycia naparstnicy przez TRAUBE'go, MUNCK'a, COBLENTZ'a, THOMAS'a, BOUQUE'go, SCHROETER'a, LANCEROT'a, OPOLZER'a DUCLOSA', HIRT'a, SCHWARZ'a, BLAUTER'a.

THOMAS [Archiv. der Heilkunde Tom VI, 1865, str. 328] dowodzi że naparstnica ma własność obniżania ciepłoty nawet niżej normy. Niektórzy autorowie starają się dowieść, że pod wpływem naparstnicy następują nawet

miejscowe zmiany w zapaleniu płuc; ale na zasadzie dość powierzchownych spostrzeżeń, jakie podają, niepodobna tego wynioskować.

Z późniejszych prac w tym kierunku mamy obserwację MASIUS'a [T. VI *Bullet. de l'acad. royale de Belgique*], który w zapaleniu płuc nie widział szczególnych skutków, chociaż podaje, że naparstnica miała dodatni wpływ na serce i ciepłotę. *Crisis* występowała od 5 do 12 dnia. Dziennie dawał 4 gramy naparstnicy.

REINER podaje wyniki stosowania naparstnicy przy zapaleniu płuc w klinice wiedeńskiej DRASCHE'go i zaleca ten środek w dawkach 2—4 na 200 w ciągu doby. Również SÉE przemawiał za naparstnicą w zapaleniu płuc, daje on 0,8 *pro die*. Zalecają ją również BUCELI i HOEPFEL [1829] w tej chorobie i stosują dawki wielkie.

Jednym jednak z najbardziej zapalonych zwolenników podawania naparstnicy w zapaleniu płuc był prof. PETRESCU w Bukareszcie. PETRESCU robił doświadczenia z naparstnicą w zapaleniu płuc od r. 1883 i zebrał, jak dotychczas 1192 przypadków w szpitalu wojskowym a śmiertelność u niego wynosi 1.2—2.6%. Temperatura spadła z 40—41° na 36—35°. Puls z 104 na 36, oddech z 42 na 24 a często można było obserwować *crisis* już na trzeci dzień.

Toż samo twierdzi i HANS NAEGELI-AKERBLOM opierając się na statystyce w Bazylei z 5558 przypadków. Twierdzi on, że naparstnica już w małych dawkach powiększa 3—4 krotnie leukocytozę. Podaje on *pro dosi* 1,0, *pro die* 4—5 grm. jako napar a chorzy znoszą to bez szkody.

Inni autorowie zalecają również naparstnicę w zapaleniu płuc, choć nie opierają się na tak obszernej statystyce jak Naegeli. I tak BLOCH u 21 chorych dawał naparstnicę 4,0—8,0 na 200, z tego co godzina łyżkę; twierdzi on, że skutek był dobry, a nieraz choroba przerwana. Najwyższą dawkę w ciągu zapalenia płuc wyżył chory 13,0. Z tych 21 chorych, dwóch zmarło, ale byli to tacy chorzy, którzy przyszli do szpitala w rozpaczliwym stanie, prawie umierający.

CORIN u 53 chorych stosował digitoksynę po 3 mgr. w ciągu 24 godzin i twierdzi, że działa dobrze i skraca czas trwania zapalenia płuc. Z 53 zmarło trzech, z tych jeden przywieziony w agonii. MARAGLIAMO zaleca ją także, stosując 4,0 *pro die* a 12—16 grm. w ciągu zapalenia płuc. Chwałą naparstnicę LOSS, CHERON, BARTH, GINGEOT i DEGUY, gdy tymczasem RUBEL [kongres w Moskwie] nie widział żadnych dodatnich rezultatów a na kongresie medyc. wewn. w r. 1900 prof. KORANYI i prof. PEL wcale nie uważali za stosowne polecać w zapaleniu płuc dużych dawek naparstnicy.

We Francyi również dyskutowano nad tą kwestyą, a z dyskusyi w której brali udział LEPINE, RENDU, HUCHARD wynikało, że nie tylko użycie naparstnicy nie jest szkodliwe, ale i owszem bardzo pożyteczne i należy ją stosować w zapaleniu płuc włóknikowem.

Z późniejszych doświadczeń nadmienić mi jeszcze wypada wyniki FRAENKL'a z Berlina, który podawał *pro die* 4,0 a w przebiegu zapalenia płuc chory najwyższą dawkę wyżył 14,0 bez objawów zatrucia lub ważniejszych przypadków żołądkowo-kiszkowych, chociaż jeden z tych przypadków dotyczył 70-letniego pacyenta. U większości chorych tętno było z początku obserwacyi 110—120 a spadało do 100—90, a co do gorączki to już przy wyżyciu 4—6 grm. ciepłota stopniowo obniżała się tak, że na trzeci dzień była prawie normalna. Z przypadków gastrycznych zdarzały się i to nie często nudności, skłonność do wymiotów i w takich razach podawano naparstnicę w ławatywie, poczem wkrótce objawy te ustępowały.

Nie można tutaj porównywać wysokich dawek naparstnicy przy zapaleniu płuc z dawkami przy chorobach serca, bo trzeba pamiętać, że przeważna część chorych na zapalenie płuc ma serce zdrowe, a w przypadkach, gdzie do wady serca przyłącza się zapalenie płuc, to i przebieg jest inny i o wiele cięższy i te wskazania nie mają w tych przypadkach ścisłego zastosowania.

W innych chorobach robiono także próby z naparstnicą i tak TRAUBE w ostrym gościecu stawowym i zapaleniu

osierdzia, a WUNDERLICH i FERBER w tyfusie. Wspomnieć też należy o pracach w tym kierunku ZIEMSEN'a i THIERFELDER'a.

FRIEDHEIM opisuje ciekawy przypadek wysypki podobnej do róży z nieznacznymi bąblami przy wewnętrznem użyciu naparstnicy, ale wysypka ta nie ma żadnego znaczenia i przechodzi łatwo bez wszelkich następstw. O takiej wysypce wspomina także TRAUBE i KORROW.

W chorobie BASSEDOVA radzą niektórzy autorowie stosować naparstnicę zwłaszcza tam, gdzie już występuje zmęczenie mięśnia sercowego; natomiast przy *tachy cardiu* wskutek nadużycia tytoniu lub kawy jest naparstnica przeciwwskazaną. HUCHARD zwraca jeszcze uwagę na jedną okoliczność, że przy podaniu naparstnicy należy choremu polecić leżenie w łóżku, podać lekki środek wypróżniający a działanie wtedy będzie jeszcze wyraźniejsze.

Prof. BECHTEREW radzi jeszcze używać w padaczce naparstnicy w połączeniu z bromem, jeżeli ktoś z powodu zaburzeń żołądkowych nie znosi *adonis vernalis*.

Co do kwestyi podawania przez dłuższy czas naparstnicy, to sprawa ta jest obecnie na porządku dziennym i na kongresie internistów w r. 1899 i 1901 była przedmiotem szerokiej dyskusyi, w której głos zabierali: KUSSMAUL, BALFOUR, GROEDEL, CARRIEN, HITZIG, NAUNYN, EWALD, HINZ i inni.

Dopiero w nowszych czasach zaczęto stosować naparstnicę przez czas dłuższy całymi nieraz miesiącami. Powodem tego były spostrzeżenia nad przewlekłemi zatruciami naparstnicą z jednej strony; obserwacye kliniczne — z drugiej. Niektóre opisy przypadków stosowania naparstnicy przez dłuższy czas są tak ciekawe, że uważam za konieczne podać je choćby w streszczeniu.

Jedną z tych historyi zjadania latami całemi naparstnicy podaje BAELEZ z kliniki Lipskiej WUNDERLICH'a.

Dotyczy to szwaczki lat 26, która z powodu ostrego reumatyzmu stawowego i wady zastawki dwudzielnej leżała jakiś czas w szpitalu a po przejściu reumatyzmu klinikę opuściła. Otóż z wywiadów pokazało się wówczas, że pa-

cyentka mając sobie przepisany napar z 2,0 naparstnicy z powodu bicia serca i innych dolegliwości brała go przez lat 6 z bardzo małemi przerwami, tak, że razem wyżyła około 800 grm. w ciągu tego czasu, biorąc dziennie w dwóch dawkach 0,3 naparstnicy. Dopóki brała ten środek czuła się dobrze i mogła pracować; z chwilą przestania, występowały objawy niedomogi sercowej; obrzęki na nogach, zmniejszenie się ilości moczu. duszność itd. tak, że musiała na nowo brać naparstnicę, pod wpływem której te przykre objawy rychło ustępowały. Nastąpiło więc pewne przyzwyczajenie się do tego środka, jak to bywa przy użyciu morfiny. Serce zaś mając do przewycięzenia przeszkody w krążeniu, z powodu wady zastawki dwudzielnej, potrzebowało dla siebie tej podniety, tego *tonicum* i bez niego nie było w stanie pracy swej wykonać.

Bardzo ciekawe przypadki przewlekłego otrucia naparstnicą podaje D-r Кочннорн [Vierteljahrschrift f. gericht. Medicin. Bd. XXIV] lekarz wojskowy. Dotyczyły one rekrutów, którzy chcieli się w ten sposób uwolnić od służby wojskowej. Pewien przedsiębiorca uwalniania rekrutów dawał im pigułki, które zawierały naparstnicę i z nich brali oni całymi tygodniami po 0,6—08 naparstnicy dziennie. Jeden z nich wybrał blisko 14 grm. naparstnicy w ciągu 5 tygodni czyli 137 pigułek. Wskutek zatrucia wystąpiły u niego charakterystyczne objawy ze strony narządu trawienia, serca i systemu nerwowego, skóra brudno-szara, sucha, język obłożony, cuchnienie z ust, nudności i wymioty, bóle żołądkowe, bolesność w *epigastrium*, brak apetytu, silne parcie, uczucie ściskania w gardle i trudność przy połykaniu. Tętno spadło do 52 uderzeń a może i niżej, bo przez ostatnie dni nie był pod ścisłą obserwacją. Czuł się bardzo osłabionym i miewał silne zawroty głowy. Idąc do klozetu nagle przewrócił się i umarł. Sekcja wykazała znaczne wychudnienie, anemię i liczne podbiegnięcia krwawe w narządzie trawienia.

Drugi rekrut wyżył $7\frac{1}{2}$ grm. w ciągu 5 tygodni a więc prawie połowę i już po użyciu 20 pigułek wystąpiły wymioty, poczem na jakiś czas zaprzestał pigułek. Próbo-

wał ich jeszcze raz i po 8 dniowem użyciu miewał zawroty głowy, szum w uszach, zaczął gorzej widzieć [jak przez mgłę], cierpiał na silną obstrukcyę, aż wreszcie dowiedziawszy się o losie towarzysza zarzucił pigułki. Inny rekrut w szpitalu wojskowym zaczął zażywać naparstnicę, lecz wkrótce zarzucił z obawy przed następstwem.

Wreszcie jeszcze jeden pouczający przypadek opisuje KUSSMAUL. Dotyczył on chorego z wadą aorty, zmianami miażdżycowemi w tętnicach i sercu. Choremu temu przez lata całe podawano naparstnicę przeciętnie po 0,1 dziennie i tylko wyjątkowo w większych dawkach z początku do 0,12 a potem 0,16, w końcu aż 0,24—0,32 i 0,40. Obserwacje nad sobą prowadził chory bardzo dokładnie, tak, że notował i ilość pulsu, ilość moczu, wagę ciała a nawet spostrzeżenia metereologiczne. Historia ta obejmuje lat prawie 7, w czasie których brał prawie bez przerwy naparstnicę.

Podczas tego ilość moczu wahała się między 1200 a 1500 a w niektórych dniach, kiedy dawkę zwiększał, dochodziło do 2500 a nawet i wyżej.

Brał on w ciągu miesiąca z początku 3,72 a potem do 6,12 naparstnicy w proszku, co rocznie wynosi w gramach:

1892—15	gram.	} co czyni razem 305 gram.
1893—41	"	
1894—35	"	
1895—39	"	
1896—44	"	
1897—49	"	
1898—57	"	
1891 tylko do 26/1—22		

Przy użyciu wina Trousse'a [zawierającego głównie naparstnicę] ilość tętna spadała na 35, a po za tem przy naparstnicy utrzymywała się na 56—60, zaś ilość moczu około 1500, a później dochodziła do 1590.

Przy dawkach 0,40 *pro die* już przy końcu choroby ilość moczu wogóle była mniejsza i białko coraz wyraźniej występowało a próby z digitaliną NATIVELL'a nie o wiele

stan chorego poprawiły, ilość moczu dopiero na 14 dzień użycia digitaliny powiększyła się z 890 na 1450. Odrzucawszy wreszcie digitalinę przeszedł chory znowu do proszku naparstnicy i przez 14 dni brał po 0,4, poczem wystąpiły objawy zatrucia; bóle żołądkowe, wymioty, brak apetytu, lekka żółtaczka, śpiączka, chwilowy brak pamięci i trudniejsza wymowa, wskutek czego zmniejszono dawki do 0,16 i 0,10. Jak tylko przestał brać naparstnicę, zaraz i ilość moczu spadała niżej normy tak, że obrachowując przeciętnie:

przy 0,4 naparstnicy było moczu	1256
„ 0,10—0,16 do 0,30	944
bez naparstnicy	822

Zmarł nagle przy jakimś wysiłku czując się jeszcze tej samej nocy wcale znośnie.

Z innych lekarzy BALFOUR dawał naparstnicę miesiącami po 0,6—0,12 *pro die* w przewlekłych cierpieniach serca i nie widział z tego złych skutków; owszem takie dłuższe podawanie bardzo zaleca.

Na kongresie lekarskim w Karlsbadzie [1899 roku] GROEDEL, o ile przestrzegał przed wczesnem podawaniem naparstnicy i radził przedewszystkiem stosować metodę dyetetyczno-fizykalną, to, o ile inne środki odmówią działania, radzi przejść do stosowania *fol. digitalis* po 0,05—0,10 raz na dzień i to przez dłuższy przeciąg czasu.

GROEDEL opisuje ciekawy przypadek, dotyczący profesora chirurgii w jednym z zagranicznych uniwersytetów, który mając *insuff. mitralis in stadio incomp.* przebywał kilkakrotnie kuracyę w Nauheim i zawsze potem miewał się dobrze i mógł się oddawać swoim zajęciom. Potem jednak występowały objawy niedomogi serca i wtedy musiał się zwracać do dużych dawek naparstnicy, które tylko na pewien czas skutek wywierały. Dopiero według rady GROEDEL'a zaczął używać stale po 0:10 *pulv. digital.* i od tego czasu czuje się dobrze. Jeżeli jednak którego dnia nie weźmie tej dawki, to już na drugi dzień zmuszony jest wziąć podwójną. Kuracya ta trwa już całe lata bez objawów zatrucia,

Przy miażdżycy tętnic radzi także dawać małe dawki, a ciągle, a z praktyki swojej cytuje przypadek, obserwowany wspólnie z prof. KUSSMAUL'em, gdzie podawanie miesiącami całymi utrzymywało chorego przy niezłym zdrowiu.

Również i HITZIG podaje po 0,03 trzy razy dziennie i łączy nieraz z *kal. jodatium* 1,0 zwłaszcza przy miażdżycy tętnic.

Co do miażdżycy to zdania są podzielone. Jedni bowiem ostrzegają przed użyciem naporstnicy w tem cierpieniu, inni znowu śmiało radzą podawać i to przez dłuższy przeciąg czasu, dowodząc [CORRIEN z Montpellier], że przy ogólnej miażdżycy naporstnica nie jest w stanie powiększyć ciśnienia.

MARSCHALL podaje digitalinę po 1 mgr. co 1—2 lub 3 dni, ale kombinuje z podawaniem azotanów na zasadzie doświadczeń fizyologicznych [1397], z których wynika, że o ile naporstnica działa zwężająco na naczynia, o tyle sole azotanów [np. *natrium nitrit*] działają rozszerzająco jako vasodilatatory. Podając więc równocześnie naporstnicę z azotanami otrzymujemy działanie naporstnicy bez zwężenia naczyń.

ROBINSON kombinuje podawanie naporstnicy z nitrogliceryną wychodząc z tego samego założenia, co i MARSCHALL. Natomiast przy objawach miażdżycy tętnic wieńcowych autorowie nie radzą stosować naporstnicy.

Że naporstnica stosowana przez czas dłuższy może wywołać przerost mięśnia sercowego mamy dowód w doświadczeniach H. HAVE, który 5-ciu świniom podawał naporstnicę przez czas dłuższy a 5 innych świń trzymał dla kontroli w tych samych warunkach. Okazało się, że nie tylko świnię przy naporstnicy ważyły więcej, ale i serce ich było większe, a ściana lewej komórki grubsza.

Z moich doświadczeń podnieść muszę także dodatnie działanie dawek stale podawanych u chorych z wadami serca przeważnie w zmianach miażdżycowych. Obecnie mam kilku chorych, którym już całymi miesiącami podaję na-

parastnicę po 0,10 dziennie i utrzymuję ich w stosunkowo świetnym stanie. Naturalnie szablonowo tutaj postępować nie można. Trzeba stosować wskazania do poszczególnego przypadku. KUSSMAUL słusznie przypomina zasadę, że zaczynać się powinno od dawek najmniejszych, ale już działających, powoli przechodząc do silniejszych, bo nie zawsze maksymalne dawki dla pewnego chorego zgadzają się z maksymalnymi dawkami farmakopei.

Streściwszy to, co autorowie podają o działaniu fizyologicznem naparstnicy, wpływie jej na zmiany patologiczne, przechodzę do swoich obserwacji, jakie miałem sposobność zrobić na klinice chorób wewnętrznych w Krakowie.

Środków nasercowych używałem w 106 przypadkach chorobowych, a mianowicie w chorobach serca 45, z tego wad aorty 10, dwudzielnej zastawki 23, wad skombinowanych 8, *endo* i *myocarditis* 4, w zapaleniu płuc włóknikowem 8, *cirrhos. hepat.* 4, *pleuritis exsudativa*, *emphysema pulmonum*, *malaria*, *pyelonephritis*, *Morbus Basedowi*, *neoplasma (cystovarium)* i *meningitis tubercul.* = razem 9 przypadków; nadto 40 przypadków *nephritis chronica* lub *subacuta*, przy których obok tego robiłem inne doświadczenia z środkami moczopędnymi. Z tego używałem naparstnicy w 53 przypadkach; z dodatnim wynikiem w 35 razach, w 9-u ujemny wynik, a w 3-ch wątpliwy; w 6-ciu zaś z powodu nagłych komplikacji lub niespodziewanych przerw w obserwacji nie można było dojść do żadnego rezultatu. W trzech przypadkach wad sercowych stosowałem i digitalinę po $\frac{1}{2}$ miligr., ale chorzy dostawali nudności i wymiotów, tak, że musiałem odstąpić od dalszego stosowania tego alkaloidu.

W przypadkach chorobowych bez wybitnych zmian w krążeniu, lub gdzie te zmiany są więcej natury lokalnej np. w *cirrhosis hepatis* środki nasercowe zupełnie nie wpływają ani na akcję serca [przynajmniej nie widać tego po tętnie] ani na diurezę, ani na zmniejszenie obrzęków, a historia choroby A. B. (*cirrhosis hepatis*) który był w obserwacji mojej od 7 XI. do 30 XI. dostatecznie to wykazuje. Dostaje on *Strophantus* i *theobrominę*, a przy-

tem *experimenti causa* i cukier mleczny, polecany dawniej jako *diureticum*, ale środki te nie działają ani na ilość moczu wahającą się między 250—600, ani na tętno. Opuchlina brzucha rośnie i zmusza nas do dwukrotnej punkcji [7 litrów i 9 litrów], która choremu na pewien czas ulgę przynosi.

Toż samo i w drugim przypadku S. Z. (*cirrhosis hepatis*). Żadne *cardiaca* nie działają zupełnie, nie powiększają ilości moczu, która się waha między 700 a 1000 ctm, sz, i to raz jeden przy użyciu sparteiny, gdy tymczasem podanie *kalomelu* przez dni kilka wywołuje powiększenie ilości moczu do 3500, a i następnie przy podawaniu *Inf. bacc. junip., extr. scillae* jeszcze nie spada niżej 1200—1500. Wszystkie te środki tak *cardiaca* jak i *kalmel* były stosowane po punkcji brzucha, przy której wypuszczono 22 litry płynu. Słusznie EWALD [p. kongres 1901 r.] radzi naprzód mechanicznie usuwać płyn, za pomocą punkcji lub nakłuć, bo środki nasercowe potem lepiej działają.

Nie u każdego chorego jednakowo działają środki nasercowe i w jednym przypadku okazuje się, że naparstnica znakomicie poprawia akcyę serca [i to w przeważnej liczbie przypadków] w drugim zaś działa jeszcze lepiej *Strophantus* lub sparteina i dlatego nie powinno się nigdy zostawiać chorego przy jednym środku, lecz należy zmieniać raz po raz, by właśnie natrafić [bo tego nie można inaczej nazwać] na najbardziej skuteczny środek.

Z tablic jakie przedstawiam obecnie [D. Tablica I-a] widzimy, że tętno na krzywej 1-iej po naparstnicy jest dwubitne i wcale nie należy do normalnych tak co do ilości jak i napięcia; na krzywej 2-iej jeszcze gorzej się przedstawia po konwalii—dopiero na krzywej 3-iej widzimy znaczną poprawę—a jak dla tej wady serca—prawie normalne tętno utrzymujące się wskutek *T. strophanti*, działanie którego wkrótce już przechodzi i na krzywej 4-iej widzimy po kilkudniowej pauzie w leczeniu powrót do dwubitnego tętna bez należytego napięcia i odpowiednich fal. Działanie zaś moczopędne występuje bardzo wybitnie, bo z ilości 300 ctm.

po naparstnicy podnosi się na 1500 i już potem utrzymuje się w granicach 650—950 o c. g. 1025 i braku białka.

U chorego G. (*Insuff. Aortae*) po użyciu strofantusa i sparteiny stan wogóle poprawia się—przy naparstnicy zaś tętno gorsze i białka więcej i ogólny stan gorszy.

Dalej w przypadku S. S. *Insuf. aortae et sten. osti arter. sin.* strofantus nie działa tak dobrze jak naparstnica. Kiedy chory przyszedł do kliniki ze znacznymi obrzę-

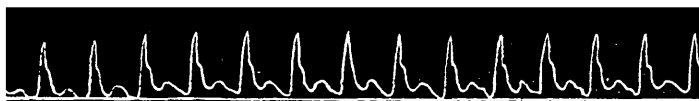
TABLICA I.



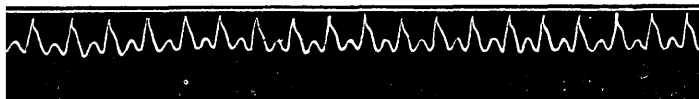
D. po 2-ch dawkach digitalis, puls 108



D. po 1-ej dawce Conval maj puls 104.



D. po 2-ch użyciach T. stroph. 3 razy po 10 kr., puls 108.



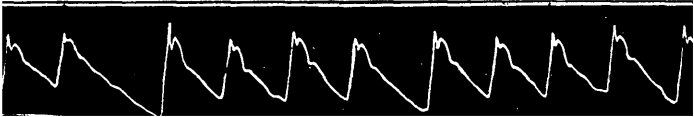
D. bez leków, puls 128.

kami na nogach, lichem tętnem i małą ilością moczu, to po podaniu *T. strop.* ilość moczu jest mało co większa [500—700] przy wadze ciała 56.50, a dopiero podanie naparstnicy podnosi ilość moczu do 2700, a ciężar ciała spada do 52 kilg. a tem samem akcyja serca staje się znacznie lepszą—tętno normalniejsze. Gdyśmy doszli do tego *maxi-*

mum polepszenia po naparstnicy, już dalsze podawanie sparteiny i strofantusa nie wpływa podniecająco na serce i polepszenie u tego chorego trwa stale w dalszym ciągu.

Toż samo w drugim przypadku I. Z. z *Insuff. valv. bicusp.* Przybył do kliniki dnia 22 IV. Ciężar gatunkowy moczu 1025, ilość 500—700, ślad białka, niedomoga serco-

TABLICA II.



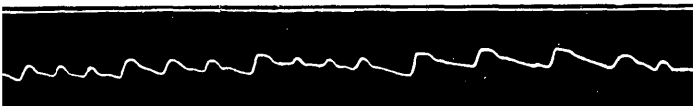
J. C. Po digitalis, puls 80.



J. C. Po T. stroph. 3 dni po 30 kr., puls 60—64.



J. C. 5 dni bez leków, puls 72.



J. C. Puls 90 bez leków [w dzień wyjścia].
 wa, obrzęki na nogach, waga ciała 60,5 kilg. Przy podawaniu strofantusa stan się zaczyna poprawiać—ilość moczu dochodzi do 1700—a po działaniu dalszym naparstnicy dochodzi do 3000 o ciężarze gat. 1013, przyczem ogólny stan znacznie się poprawił, rozmiary serca mniejsze, tętno ze 120 schodzi na 72—80, a waga spada do 52 kilg. a naturalnie i obrzęki znikają zupełnie, a białka wykazać już nie

można; dalsze podawanie środków nasercowych jakkolwiek nie utrzymuje takiej diurezy, jednak ilość moczu waha się średnio między 1300—2000 o ciężarze gat. 1016. Stan chorego poprawia się z dniem każdym i chory ten opuszcza klinikę 18 V. z zupełnie wyrównaną wadą serca.

W zmianach miażdżycowych naczyń i następczych zmianach w sercu środki nasercowe nie działają tak wybitnie, jak w zwykłych wadach i jeżeli są zmiany w naczyniach znaczne, to i rezultat będzie bardzo mierny, lub nawet żaden, zwłaszcza jeżeli mięsień sercowy uległ już znacznemu zwyrodnieniu.

Tak np. w przypadku J. C. (Tablica 2-ga)—moczu ilość niewielka, tętno dość arytmiczne i liche—ogólny stan znośny. Przy podaniu środków nasercowych stan się mało poprawia, tętno tylko staje się równiejsze, pełniejsze, moczu przybywa nie wiele, ale wszystko to tylko podczas brania leków, bo z chwilą zaprzestania na nowo stan się pogarsza. Na dołączonej tablicy widzimy: na 1-ej krzywej—wybitne działanie naparstnicy, na 2-ej krzywej—działanie *Tinct. strophanti*, na 3-ej jeszcze to działanie utrzymuje się, kiedy na 4-ej widzimy, że tętno, po 19 dniach niebrania żadnych środków, wykazuje pod każdym względem znaczne pogorszenie, a i ogólny stan wraca do dawnego. Widzimy więc, że poprawa była nieznaczna i nie tak stała, jakby należało się spodziewać przy dłuższem używaniu środków nasercowych.

W *Morb. Basedowi* wszelkie środki nasercowe nie potrafiły zmienić akcji serca i zwolnić jej, a i na inne objawy żadnego wpływu nie miały.

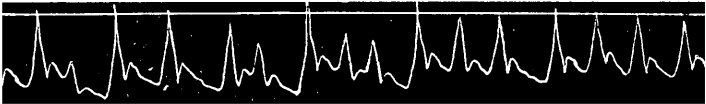
W gruźlicy płuc nie mają najmniejszego wpływu naparstnica, *stroph.* i inne środki nasercowe.

Z doświadczeń, jakie robiłem, przyszedłem do przekonania, że środki nasercowe w połączeniu z *kalomelem* dają wynik bardzo dobry pod względem diurezy, która dochodzi do wielkich rozmiarów.

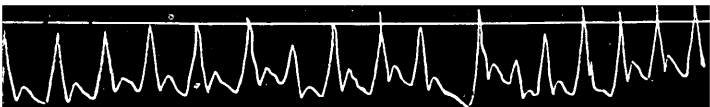
Działa n i a k u m u l a c y j n e g o zbiorowego nie miałem u swoich chorych pomimo, że podawałem 5 zwykłych dawek [1 : 200] jedna po drugiej, a w jednym przy-

padku chory K. brał naparstnicę przez 11 dni, w czasie których był jeden dzień tylko pauzy, nie spowodowanej bynajmniej objawami zatrucia. Z moich obserwacji sądziłbym, że wpływa na to dobry stan przewodu pokarmowego i łatwiejsza zdolność wydzielnicza w organizmie, t. j. że naparstnica u pewnych chorych prędzej zostaje wydalona z ustroju, jak u innych, więc do objawów zatrucia przyjść nie może. Tętno ze 100 spadło tylko do 80, a samo działanie naparstnicy wywołało poprawę w zdrowiu pod każdym względem. Nawet w przypadkach gdzie tętno z powodu *myocarditis* było bardzo wolne [44—50], podanie naparstnicy nie zwolniło go bardziej lecz owszem wywołało przyśpieszenie i spowodowało daleko lepszą akcję serca. Naparstnica nie jest więc przeciwwskazaną

TABLICA III.



A. K. Przed digitalis. Tętno nie dające się zliczyć do 132—128. Temp. 39,0°. Oddech 48.



A. K. Po digitalis. Puls 104—108 pełniejsze, orytmia mniejsza. Temp. 39,5°. Oddech 40.

w tych przypadkach, gdzie tętno jest wolne, byleby charakter tego tętna i arytmia i tętno próżne wskazywały na osłabioną akcję serca, która wymaga podania środka podniecającego jego czynność. Oryentować się przede wszystkim należy innymi wskazówkami, a nie samem tętnem, którego powolność nie wskazuje bynajmniej na normalne stosunki w krążeniu. Jeżeli zaś po podaniu naparstnicy następuje przyśpieszenie tętna, a przytem wystąpi arytmia, duszność się zwiększy i zamiast poprawy następuje po-

gorszenie, przypuszczać należy iż mamy do czynienia ze znacznem rozszerzeniem komórki prawej, lub też ze zmianami miażdżycowemi w tętnicy wieńcowej prawej i do tych przypadków możnaby zastosować teorię OPENCHOWSKIEGO, który, jak już wspomniałem poprzednio, dowodzi nierównomiernego działania naporstnicy na obydwie komory serca; to niejednakowe działanie ma mieć swe źródło w odmiennem unerwieniu obu komór. W y r a ż n e m p r z e c i w w s k a z a n i e m dla naporstnicy będą te przypadki, w których jest znaczne zwolnienie tętna przy *stenosis mitralis* lub *Aortae*, nadto przypadki znacznych zmian miażdżycowych w naczyniach, zwłaszcza u ludzi starszych, bo, przy zwiększouem już i tak ciśnieniu wśródnaczyiniowem, podanie naporstnicy może jeszcze wywołać pęknięcie naczyni. Naporstnica w zapaleniu płuc włóknikowem u tych chorych, którzy byli na klinice obserwowani, nie wywierała szczególniejszego wpływu ani na sam powolny przebieg choroby, ani na stan gorączkowy, lub też na diurezę. Czas trwania zależny był nie od dawanych środków tylko od samego nasilenia choroby, ubocznych zbroczeń w organizmie i innych zresztą okoliczności zależnych od życiowych sił danego chorego. Że naporstnica korzystnie wpływała na serce, tego nie potrzebuję dowodzić, dlatego z korzyścią może być stosowana przy pewnych osłabieniach i wyczerpaniach mięśnia sercowego, w chorobach zakaźnych, ale swoistego wpływu wcale nie spostrzegałem.

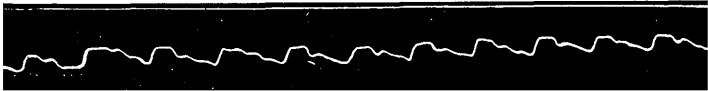
W jednym przypadku I. S. *Inf. digit.* z *Coff.* nie obniżyło ciepłoty, która aż do *crisis* trzymała się 39,5—40,5, tętno dopiero po przesileniu się choroby spadło do uormy. Toż samo w innych przypadkach, działanie dodatnie naporstnicy bez wybitnej jednak cechy swoistej.

U chorego A. K. z zapaleniem płuc włóknikowem w dniu 3-im choroby tętno jest arytmiczne, szybkie 128—po naporstnicy zaś staje się pełniejsze, wolniejsze, arytmia mniejsza, a ilość moczu z 850 powiększa się do 1400, poczem znowu spada do 800 i już do *crisis* w dniu 7-ym utrzymuje się prawie na jednej stopie. Dołączone tablice krzywych przed naporstnicą i po naporstnicy wykazują różnice w zachowaniu się tętna. [Tablica 3].

Naparstnica stosowana przy wysięku w opłucnej nie ropnym, nie miała szczególnego wpływu na przebieg choroby i tylko w tych przypadkach, gdzie wywołała znaczne podniesienie się ciśnienia wśródnacyniowego i następującą diurezę, była widoczna zmiana w samym wysięku, co łatwo zrozumieć, jeżeli ilość moczu przeciętnie koło 1000 podniesie się pod wpływem naparstnicy do 2000. Niewątpliwie więc podawanie środków nasercowych i moczopędnych w wysiękach surowicznych jest usprawiedliwione i powinno być stosowane w tych wszystkich przypadkach, gdzie czynność serca jest słaba, a płynu wysiękowego pomimo innych środków mało stosunkowo ubywa.

Jeżeli naparstnica w chorobie serca nie działa, nie powoduje większej diurezy i w tętnie nie znać różnicy, to jest to już oznaka wyczerpania siły mięśnia sercowego i złem rokowaniem dla chorego. Tak np. u I, Sch. z *Insuff.*

TABLICA IV.



G. Puls 92, oddech 24, przed *digitalis*.



G. Puls 52, oddech 20, po *digitalis*.

valv. sem. aort. et bicuspid. z początku bez leków ilość moczu zaledwie 300—600, dopiero po *T. stroph.* podnosi się do 1000—przy dalszej pauzie spada znowu na 650 i chociaż bierze naparstnicę a potem i sparteinę, ilość moczu nie wznosi się ponad 800, a w końcu spada do 600 i równocześnie tętno przyspiesza do 160 i przy zapaści następuje śmierć.

Toż samo w drugim przypadku J. W. z rozpoznaniem *Insuff et stenosis valv. Aortae*. Choremu podawano począwszy od 14 X. *Inf. digit.* i *convallaria majalis* i sparteinę,

strophantus, *adonis vernalis* i naparstnicę z kofeiną a rezultatu żadnego nie było; ilość moczu wahała się między 500—800 a tylko bezpośrednio po punkcyi brzucha i przy naparstnicy podnosiła się na 1100. Z tym ujemnym rezultatem szedł w parze przyrost ciała, wskutek wzrastających obrzęków, bo począwszy od 61,80, doszła waga do 66,5 i dopiero po punkcyi spadła na 58,3. Ciężar gatunkowy moczu odpowiednio do tego był też wysoki 1033—1024 a od czasu do czasu pokazywał się i wyraźny ślad białka. Tętno poprawiło się i było mniej arytmiczne jak z początku, ale liczba uderzeń zawsze była wielką i choć zdawało się, że rezultat powoli będzie coraz lepszy, to jednak miesiąc sercowy był wyczerpany i wreszcie odmówił posłuszeństwa. W dniu 14 listopada chory życie zakończył już po za murami kliniki.

Tych kilka tablic zdjętych podczas obserwacji wykazuje bezpośrednio, choć chwilowe działanie na akcyę serca, a toż samo co i poprzednio muszę tutaj powtórzyć, że rokowanie bywa zawsze złe w tych przypadkach, kiedy po naparstnicy nie widać wyraźnej poprawy.

Naparstnica w naparze wywoływała nieraz u moich chorych wymioty i chorzy nie mogli jej wcale znosić, a w takich razach podanie naparstnicy w proszkach po 0,05 kilka razy dziennie uchodziło bezkarnie, tak, że nigdy nie miałem potrzeby stosowania jej w lewatywach.

Co do innych ubocznych działań na przewód pokarmowy, rozwolnienia, zmniejszenia apetytu u chorych nie zauważyłem—dotyczy to jednak chorych z niższej klasy, którzy na te przypadłości mniej są wrażliwi, a i mniej zwracają uwagi na swoje uczucia podmiotowe.

W *Morbus Brighti* naparstnicę stosowałem w 40 przypadkach i to najczęściej w tych razach, kiedy wskutek następczych zmian w sercu były znaczne obrzęki na nogach—*ascites* a nieraz i przesięki w opłucnej lub osierdziu. I tak np. u chorej G. z *nephritis chron.* z ilością białka 14 *pro mille*, moczu 1300, cięż. 1013, obrzękach znacznych na całym ciele, po naparstnicy stan chorej znacznie się poprawia, ilość moczu dochodzi do 2300, ciężar gatunk. 101, biał-

ka 6 *pro mille*. Tablica przedstawia krzywą tętna przed użyciem naparstnicy i na drugi dzień po jej użyciu.

U innych chorych działanie toż samo—prawie zawsze zwiększenie diurezy wskutek podniesienia ciśnienia wśródnaczyńowego, a w następstwie tego i polepszenie innych objawów chorobowych. Tylko w przypadkach długotrwałych, gdzie już zmiany w sercu były bardzo posunięte i siła serca znacznie wyczerpana, podawanie inaparstnicy, a i wszelkich innych środków nasercowych chwilowo poprawiało czynność serca, ale nie wywoływało diurezy a tem samem pozwalało źle rokować, co też dalsze obserwacje zupełnie stwierdziły.

W tych wszystkich przypadkach robiłem próby z sfigmomanometrem BASCH'a zarówno starego systemu, jak i ulepszonym i przyznać muszę, że tak różne wypadaly mi rezultaty przy użyciu jednego i drugiego, u tychże samych chorych i to w ciągu zaledwie kilku lub kilkunastu minut, żem następnie zupełnie pomijał badanie ciśnienia w tętnicy *temporalis* i *radialis* jako nie mające najmniejszego znaczenia. Badania sfigmomanometryczne u kilku chorych przeprowadzili studenci medycyny, lecz oni także otrzymali bardzo zmienne wyniki.

Zwłaszcza gdyśmy próbowali badać ciśnienie nie patrząc wcale na przyrząd lub z zamkniętymi oczami, to za każdym razem prawie cyfry były odmienne, tak, że mojem zdaniem przyrząd ten nie ma żadnego znaczenia. Podobnież ujemnie wyraża się i prof. SAHLI podczas dyskusyi o środkach nasercowych [Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. 1901 |.

Nieraz używałem naparstnicy jako środka rozpoznawczego przy badaniu serca, gdzie czynność serca tak była przyspieszona, że niepodobna wysłuchać tonów serca, a tem bardziej zdać sobie jasno sprawy, czy w danym przypadku mam do czynienia z wadą serca czy nie. Po podaniu jednej; rzadko już drugiej dawki czystego naparu naparstnicy z 1 : 200 mogłem dokładnie serce zbadać i nieraz ochroniło mię to od doniosłej w skutkach swoich pomyłki.

Radzę też o tem nie zapominać i w przypadkach u osób nerwowych, młodych panienek, gdzie akcja serca bardzo przyspieszona, a są objawy sercowe, mogące jednak pochodzić i z anemii, radzę zastosować naparstnicę i raczej z rozpoznaniem wstrzymać się dni kilka, niż błędnie rozpoznawać.

Strophantus i strophantina.

Semen strophanti jest owocem rośliny *strophantus hispidus*, która rośnie w Afryce i z tej rośliny przygotowano truciznę do strzał, o czem już w r. 1862 wspomina LIVINGSTONE.

Owoc ten jest złożony ze skorupki pokrytej lśniący mi włoskami, a wewnątrz znajduje się nasienie. Zawiera ono substancję działającą—*glycosid*: strofantynę. Badania nad fizyologicznem działaniem *strophanti* przeprowadził PELIKAN; działanie jego terapeutyczne zbadał dopiero FRASER. Twierdzi on, że małe dawki wzmacniają skurcze serca, zwalniają tętno, natomiast wielkie dawki mają osłabiać mięsień sercowy. *Strophantus* podnosi ciśnienie krwi i zwiększa ilość wydzielanego moczu. Na naczynia same działa znacznie słabiej, niż *digitalis*.

Przeciwnie zaś LANGAARD robił doświadczenia z *T. strophanti* i powiada, że ciśnienie się nie podnosi, a jeżeli podnosi się, to przy dużych dawkach i przed samą śmiercią.

POPPER wykonał cały szereg doświadczeń, chcąc się przekonać, jak działa na ciśnienie w tętnicach i żyłach, na tętno i na naczynia. Rezultaty swej pracy przedstawił w ciekawych tablicach graficznych. Z tych doświadczeń wynika, że strofantyna powodują zwiększenie ciśnienia w tętnicach, zwolnienie tętna; zjawiskom tym nie towarzyszy bynajmniej zwężenie drobnych tętnic i naczyń włosowatych. Ciśnienie krwi w żyłach i w tętnicy płucnej obniża się pod działaniem strofantyny.

Strofantyna działa na serce prawdopodobnie za pośrednictwem nerwu błędnego. Co wnosić można ztąd, że po przecięciu nerwu błędnego działanie strofantyny nie występuje w całej pełni. DELSAUX na zasadzie swych doświadczeń doszedł do tych samych wyników. SÉE, opierając się na doświadczeniach KOBERT'a i THOMSEN'a twierdzi, że strofantyna wywołuje zwężenie naczyń i działa daleko silniej niż naparstnica. ZESNER i LOW badali działanie strofantusa na zdrowych i znaleźli oni, że po użyciu tego środka zwiększała się fala tętna, elewacja wsteczna stawała się nieco więcej, elewacja elastyczna wybitnie wyraźniejsza niż w stanie normalnym. Próby robione z sfgmomanometrem BASCH'a nie dają rezultatów zbyt pewnych, co i sam mogę to potwierdzić na podstawie swoich doświadczeń.

Bądź co bądź porównanie krzywych tętna przed i po działaniu strofantusa w różnych chorobach wykazuje, że działa on bardzo korzystnie na tętno. Podają strofantus albo w postaci *Tinct. strophant* 1,5—,0 na 180,0 wody [dawka na jeden dzień] albo też *Strophantinum purum* po 0,002—0,004 na 180,0 wody.

U zdrowych 45 kropeł nalewki strofantusa dziennie wywołuje zaledwie nieznaczne zwiększenie ilości moczu [najwyżej o 300 ctm. sz.]. Ta sama dawka u chorego na wysięk w opłucnej powiększyła ilość moczu z 800—1000 do 1600, a nawet do 2900 na dobę; w następnych dniach ilość ta wynosiła 1400—2000. Wbrew twierdzeniu FRASER'a nie zauważono aby strofantus miał jakikolwiek wpływ na ciepłotę ciała.

Na 38 badanych przypadków było 11 chorób nerek, reszta choroby serca. Z tych 11-tu u 7-u otrzymano działanie moczopędne wskutek poprawy czynności serca. Strofantus w zmianach w mięśniu sercowym działa lepiej, niż *digitalis*, bo prędej. W wadach serca działanie nie jest pewne, najpewniejsze jeszcze, jeżeli istnieje osłabienie mięśnia sercowego. Przy napadach duszności z powodu zmian w sercu działa dobrze, w chorobie BASSEDOU'a zaś okazuje bardzo wątpliwe działanie. *Tinct. Strophant.* wywołuje cza-

sem zaburzenia żołądkowe, a wtedy lepiej podawać czystą strofantynę.

Z krzywych, jakie nam ci autorowie podają, możemy łatwo się przekonać, jaka znaczna jest różnica przy miażdżycy tętnic, lub chorobie BRIGHT'a przed i po użyciu *Tinct. Strophanti*. PIUS podając zdrowym po 15—20 kr. wywoływał u nich uczucie gorąca, następnie występował pot i tętno stawało się wolniejszym. W przypadkach chorób sercowych był widoczny wpływ na tętno, które wolniało, stawało się pełniejszym i regularniejszym a ilość moczu zwiększała się znacznie. W chorobach nerek również ilość moczu zwiększała się. Zwykła dawka dla chorych była 10 kr. 3 razy dziennie.

DRASCHE, dając z początku 5—10 kr. otrzymywał zwolnienie pulsu o 10—20 uderzeń, przy 20 kr. oplach nawet o 30 uderzeń mniej; temu zwolnieniu tętna towarzyszyło podniesienie się ciśnienia krwi.

Dając 60 kr. zauważył osłabienie serca. Działanie jednak *T. stroph.* nie było zawsze stałe i uważa on, że *digitalis* lepiej działa. Czasem przy użyciu *T. strophanti* występowały zaburzenia żołądkowe: brak apetytu, nudności, wymioty, rozwolnienie, uczucie osłabienia i rozdrażnienie. Co do działania moczopędnego twierdzi, że występowało ono, ale przejściowo i wcale nie w tym stopniu, jak w przypadkach PIUS'a, FRAENKEL nie zachwyca się wcale działaniem tego środka; stosował on go przy wadach serca z bardzo małym skutkiem, przy miażdżycy tętnic i zapaleniu płuc bezskutecznie; natomiast w 3-ch przypadkach zmian czynnościowych strofantus działał dobrze. Przyznaje on, że w początku działa na podniesienie ciśnienia i zwiększa ilość moczu, lecz działanie to prędko znika.

POULET poleca strofantusa w miażdżycy tętnic, zapaleniu nerek miąższowem. MAIRET jest przeciwnym używaniu strofantusa przy chorobie BRIGHT'a. GROETZ zaleca ten środek nawet w zapaleniu płuc. D-r HOCHHAUS robił w szpitalu Friedrichshein spostrzeżenia nad działaniem strofantusa, stosował ten środek u 55 chorych; z tych u 36 chorych na serce i 19 chorych na nerki. Dawał *T. stroph.*

[1 : 20] i doszedł do nieszczególnych rezultatów. Powiada on, że *digitalis* o wiele lepiej działa—tylko w duszności strofantus ma lepiej działać. I tak z 10 chorych z wadami serca u 3-ch był wynik dobry, u 2-ch średni a u 5-iu zaś żadnego nie było.

Z 18-tu chorych ze zmianami w mięśniu sercowym u 10-iu wynik dość dobry, u 8-iu zaś ujemny z tych nawet u 2-ch wystąpiło pewne pogorszenie. Przy duszności jednak nerwowej i przy biciu serca nerwowem działa dobrze.

Z 5 przypadków ostrego zapalenia nerek tylko w 1 był skutek dobry. W 6 z chronicznem cierpieniem w 3-ch skutek dobry, w 1-ym niezły, ale krótkotrwały a w 2-ch żadnego działania nie było.

Z 8-iu zaś przy miąższowem zapaleniu nerek tylko w 3-ch działał dobrze. Dodać należy, że str. nieraz wywoływał biegunkę w dawkach 6—20 kropli 3 razy dziennie.

PAWIŃSKI w obszernej swej i gruntownej pracy analizuje trojake działanie strofantusa, mianowicie—na serce, na naczynia i na nerki. Twierdzi on, że strofantus działa już po 5—10 minutach, podnosi siłę serca, a po 30—60 minutach działanie to ma być najwybitniejsze i utrzymuje się 24—48 godzin. Według PAWIŃSKIEGO ma działać lepiej na mięsień sercowy niż *digitalis*. Przy dawkach kilkorażowych po 15 kr. nieraz występują nudności, wymioty i skłonność do omdlenia.

Co do naczyń P. nie stanowczego nie twierdzi; zmiany w krzywej sfigmograficznej powstają od wzmożonej siły serca, a nie od samego działania strofantusa na naczynia.

Nieraz w kwadrans po użyciu środka widzimy zmniejszenie napięcia tętnicy na krzywej sfigmograficznej pomimo, że równocześnie skurcze serca są silne, a po 30—40 minutach krzywa posiada te same cechy co i przed użyciem strofantusa. Przypuszcza więc, że strofantus nie działa wcale na naczynia, lecz jedynie na serce. Co do działania moczopędnego, to według P. strofantus działa na nerki tylko przez wzmożenie ciśnienia serca.

Działanie moczopędne występuje w pewnych przypadkach wad lewego ujścia żylnego i przewlekłego zapale-

nia mięśnia sercowego. Ilość moczu może dojść do 5000—6000. Co do działania moczopędnego w chorobach nerek, to strofantus nie ma wpływu na sprawy ostre, wywołuje zaś zwiększenie ilości moczu w sprawach przewlekłych i w *nephritis interstitialis*.

Wnioski jego ostateczne są następujące: 1) Tam gdzie strofantus nie wywiera wpływu, tam i działanie naparstnicy zawodzi, wogóle zaś działa strofantus lepiej od naparstnicy; 2) Działania kumulacyjnego nie obserwował, 3) zaburzenia ze strony kanału pokarmowego przy użyciu strofantusa są rzadkie, istnieje jednak czasami idiosynkrazia do tego środka, 4) wskazania są następujące: a) wady serca, b) *myocarditis*, *adipositas et degeneratio adiposa cordis*, d) *arteriosclerosis*, 5) przeciwwskazanym jest strofantus u osób nerwowych i neurasteników, a także w chorobie BASEDOW'a.

LIVIERATO na podstawie swoich obserwacji dowodzi, że jeżeli puls był przyśpieszony, to przez duże dawki tętno się zwalnia, jeżeli zaś puls był wolny, to się przyśpiesza. Staje się on regularnym. Ciśnienie w naczyniach zwiększa się. Działanie jego występuje w 15—20 minut po użyciu. Ilość moczu się zwiększa o 1000—1700. Jeżeli istnieje jakie działanie na naczynia, to raczej zwiężające, choć doświadczenia z pletysmografem nie wykazują wyraźnego działania na naczynia.

BUCQUOY nie przyznaje strofantusowi działania zwiężającego na naczynia i na wzmożenie ciśnienia, twierdzenie to swoje opiera na doświadczeniach DELSAUX.

U dzieci stosowali strofantus HARE i DEMME po 1 kr. 3 razy dziennie; miał on wywoływać wzmożenie ciśnienia w tętnicach i zwiększenie ilości moczu.

Wprost ujemne działanie strofantusa skonstatował HANS. Twierdzi on, że uderzenia serca stawały się słabszemi, a czasem zupełnie znikwały z czego wnosi, że zmniejsza on energię serca. Działa też porażająco na mięśnie naczyń, zmniejsza w nich ciśnienie i napięcie.

Z drugiej strony i TERREY i BLUMENAU twierdzą, że ciśnienie się podnosi, tętno wolniej i że działanie strofantusa jest silniejszym niż naporstnicy.

Z doświadczeń na zwierzętach dokonanych przez MILEJEW'a także wnosić można, że ciśnienie się podnosi, akcja serca się zwalnia, ale ilość moczu się nie zwiększa.

ROTHSIEGEL i KORALEWSKI wspólnie robili doświadczenia ze strofantyną podając 0,003—0,005 na 10—20 Aq. lauroceosi i z tego 10—20 kr. przez usta lub też podskórnice, albo też w pigułkach po 3 decimiligramy. W ten sposób podany ma działać strofantus lepiej niż w nalewce.

Według EICHHORST'a strofantus podnosi ciśnienie i utrzymuje je na tym poziomie przez dłuższy czas. W chorobie BASEDOW'a działa dobrze, ale nie wywołuje zwiększenia ilości moczu w tym stopniu co naporstnica. W ostrych osłabieniach serca bardzo go zaleca LAN GAARD; ma działać w tych razach doskonale.

FRASER znowu podawał strophantus z dobrym skutkiem przy wadach *mitralis*, aorty, przy ogólnem osłabieniu serca, w gorączkowych chorobach, zapaleniu płuc i opłucnej. Jako *diureticum* nieraz zawodzi, ale w połączeniu z *natr. nitricum* działa moczopędnie.

SILVA także chwali działanie tego środka; dawał dziennie do 100 kropli, nie mając ubocznych zaburzeń. Również i WILKOX bardzo go poleca, a na krzywych jakie przedstawia widać już po kilku godzinach znaczny wpływ na fale pulsu.

ZIEMSEN stosował na klinice swojej strofantynę po 1 mgr. 3 razy dziennie i twierdzi, że lepiej działa jak *T. strophanti*, ale naporstnicy zastąpić nie jest w stanie.

Praca D-ra HAHNA ze szpitala krakowskiego, także wykazuje dodatnie działanie strofantyny [dawał on do 20 mg. *pro die*.] takim też jest zdanie D-ra ROSENBUSCH'a ze szpitala lwowskiego. Natomiast BALFOUR nie radzi stosować strofantusa, twierdząc, że czynność serca podnosi się kosztem jego siły rezerwowej.

Strofantus przed narkozą chloroformową ma działać bardzo dodatnio, zmniejsza przypadłości sercowe, pozwala

mniej zużyć chloroformu i w tym celu zaleca ją bardzo FEILCHENFELD [zur Prophylaxis der Chloroformnarkose]; podaje on przez 2 ostatnie wieczory i przed samą operacją po 5—6 kr. na raz.

Ciekawy przypadek zatrucia podaje J. MUELLER: chory przypadkowo zażył 6—7 grm. *T. stroph.* poczem nastąpiła utrata przytomności, drgawki, majaczenie, silne rozwolnienie, objaw Cheyne—Stokes'a, anastezya i analgezya, a pomimo zastosowania wszelkich możliwych środków śmierć nastąpiła 4-go dnia.

Z późniejszych zdań o strofantusie przytoczę jeszcze te, które wypowiedziane zostały na kongresie medycyny wewnętrznej w r. 1901. A mianowicie ROSENSTEIN w dyskusji o środkach nasercowych podnosił korzystne działanie *T. stroph.* po 8—10 kr. 3 razy dziennie i twierdził, że zaburzeń żołądkowo-kiszkowych nie wywołuje.

BAELTZ [z Tokio] uważa, że strofantus wpływa na zwolnienie tętna; w jednym przypadku tętno spadło ze 150 do 70 w dość krótkim czasie.

Prof. SAHLI dowodzi, że strofantus działa i na naczynia. Używa chętnie pigułek zawierających strofantynę wyrobu CATILLON. Podnosi jednak, że przy użyciu strofantusa często występują zaburzenia w narządzie trawienia.

W klinice lekarskiej stosowałem tylko *T. strophanti* i strofantynę. Z tego *T. strophanti* w 48 przypadkach chorobowych, z których w 33 przypadkach był wynik dodatni, w 12-tu wynik ujemny, a w 3-ch działanie było wątpliwe. Ujemne działanie było w 3 przypadkach wad serca, w 3-ch *cirrhosis hepatis*, w 3-ch *nephritidis*, w 2-ch *pneumoniae* i 1 *Morbus Basedowii*.

Strofantynę zaś dawałem w 10 przypadkach chorobowych, tak w chorobach serca jak i nerek i tylko w 5-iu przypadkach mogłem wykazać poprawę, w innych zaś działanie było bardzo wątpliwe, a w innych, wskutek zaburzeń żołądkowych, musiałem doświadczenie przerwać.

Wogóle chorzy znosili dobrze podawanie *T. strophanti* i tylko w niektórych przypadkach występowała biegun-

ka, nawet po niewielkich dawkach (3razy po 10 kr.), po 1—2 dniowem użyciu. Po odstawieniu lekarstwa czynności kieszek wkrótce wróciły do normy.

W jaki sposób działanie tego środka objawiało się w rozmaitych przypadkach i w różnych okresach choroby, to najlepiej wykazują poszczególne obserwacye, z których ważniejsze pozwalam sobie tutaj przytoczyć. Wogóle działanie było w większości przypadków skuteczne, a szybkość działania zawiśła przedewszystkiem od stanu choroby; jednak, już po 1—2 razowem podaniu *T. strophanti*, można było na tętnie wyczuć poprawę, która przy dalszem podawaniu stawała się widoczniejszą.

Działanie moczopędne z natury rzeczy nie mogło być równomierne i współczesne z działaniem na tętno, ale i ono, w tych przypadkach, gdzie następowała poprawa, występowało już na 2-gi lub na 3-ci dzień i utrzymywało się przez dni kilka i dłużej, dopóki obrzęki i opuchlina nie zeszyły do *minimum*.

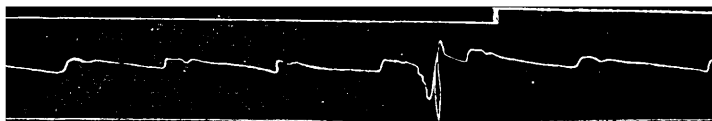
W przypadkach, gdzie obok zmiany w zastawkach są jeszcze zmiany w mięśniu sercowym, działanie środków nasercowych choćby stosowanych z pewną forsą nie osiąga rezultatu, a przynajmniej nieznaczny i nie trwały. I tak przypadek dotyczący J. K. z *Insuff. valv., mitral. et myocarditis* ilustruje doskonale powyższe twierdzenie.

Przyjęty został do kliniki dnia 15 XI. ze znaczną dyskompensacją serca, z obrzękami na nogach, mosznie, prąciu, z wolnym płynem w jamie brzusznej i worku sercowym, z małą ilością moczu [200 ctm. sz.], o cięż. gat. 1021, w którym było białko [6⁰/₁₀₀], wałeczki szkliste i ciała krwi. Znaczna sinica na kończynach. Tętno nienamacalne, — duszność wielka, odd. 40, ciepłota 35,6⁰. Waga 73¹/₂, kilo. Po zastosowaniu w ciągu nocy 30 kropli *T. strophant.*, a przez 16 XI. *digit.* [z 1 : 200] z *Coff.* 0,70 ilość moczu zwiększyła się do 1050. Cięż. gat. 1016; ilość białka 4⁰/₁₀₀. Tętno *circa* 20, ciepłota 36,0⁰, odd. 32. Rozmiary serca mniejsze, obrzęki mniejsze. Po zastosowaniu jeszcze *Coff.* [0,10 co godzina] ilość moczu dochodzi do 1400 t. j. *maximum* w całej chorobie [dnia 18 XI.] a charakter tętna

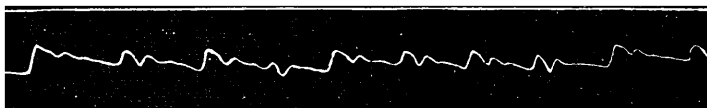
znacznie się poprawia, zwłaszcza w dniu następnym 19 XI, co na krzywej najlepiej widać. W narządzie krążenia zmian na lepsze niema. Dalsze podawanie *stroph.* i *digitalis* potem już theobrominy, wreszcie nitrogliceryny nie poprawia już ogólnego stanu; ilość moczu raz tylko pod wpływem nitrogliceryny podnosi się do 1250—a zresztą trzyma się około 500—600 przy ciąż. gat. 1025—1018, a, równocześnie z pogorszeniem, ilość białka z 2‰ podnosi się do 5—7—10 i przed samem zejściem śmiertelnem na 20‰.

W czasie tej choroby I. K. dostaje prawostronnego zapalenia opłucnej i z tego powodu po kilku dniach umiera. Sekcja wykazuje: *Insuff. et stenosis mitral., endocardit. valv. Aortae, myocarditis, pleuritis, infarctus.*

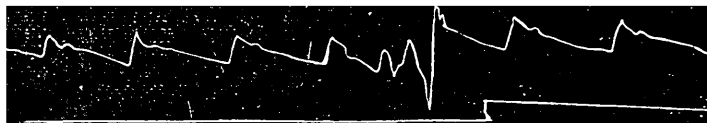
TABLICA V.



dn. 16 XI. I. K. Insuf. mitr. et myocardt. Sine medicatione.
P. 42, odd. 32. T. norm.



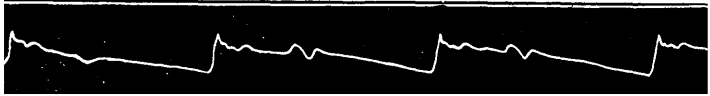
dn. 18 XI. I. K. po digital. Puls 52, odd. 26. Temp. norm.



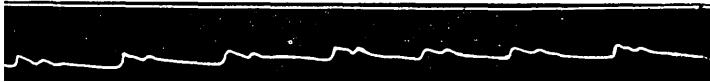
dn. 19 i 20 XI. I. K. po T. stroph. P. 52, odd. 28. Temp. norm.
45 kropli.



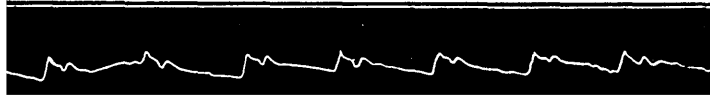
dn. 21 XI. I. K. po T. stroph. 60 kr. Puls 50, od l. 24. T. norm.



dn. 22 XI. I. K. po digit. P. 54, odd. 32. Temp. norm.



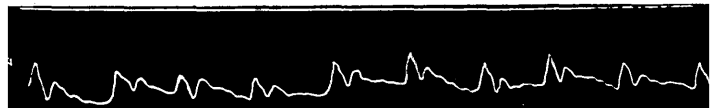
dn. 23 XI. I. K. bez leków. Puls 60, odd. 36. Temp. norm.



dn. 24 XI. I. K. bezpośrednio po Nitroglicerynie 0,0007. P. 66.
odd. 48. Temp. norm.



dn. 25 XI. I. K. Po 2 dniach nitrogliceryny. P. 60, odd. 40.
Temp. 38,0. Pleuritis.



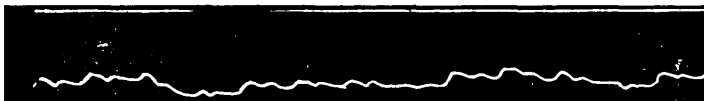
dn. 26 XI. I. K. tylko przy Koniaku. P. 76, odd. 52. Temp.
39,8. Dn. 27 XI mors.

Z krzywej widzimy znaczną poprawę po *digitalis* w dniu 18 XI i 22 XI; po strofantusie nieznaczną poprawę w dn. 19, 20 i 21 XI, chociaż już typ tętna zmienia się na gorsze, a dopiero po użyciu nitrogliceriny przez 24 XI widzimy znaczną poprawę w d. 25 XI.

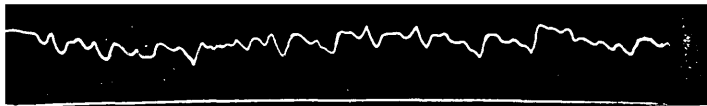
Jednak i to już nie może ożywić schorzałego mięśnia sercowego, który nie wytrzymuje już gorączki wskutek zapalenia opłucnej, a krzywa z dn. 26 XI t. j. przeddzień śmierci pokazuje uo nowo znaczne pogorszenie w tętnie. *T. stroph.* nie wpływa na dwubitność tętna, co pozwala wnosić, że napięcie tętnic wcale się przy jej działaniu na lepsze nie zmienia, a dwubitność wyraźna podczas gorączki istnieje zarówno tak przy *T. stroph.* jak i bez niej. Dołączona tutaj tablica przedstawia tętno przed użyciem strofantusa i po użyciu w czasie podniesionej ciepłoty ciała. Chociaż jednak na krzywej drugiej fala tętna jest wyraźniejsza i wyższa niż na krzywej pierwszej, ale *dicrotismus* utrzymuje się w równej mierze przy tętnie, jak przedtem tak i teraz, 120. Że nieraz *T. stroph.* działa wybitniej na wzmocnienie akcji serca, niż *digitalis*, na to liczne mam dowody, a obserwacye na chorych potwierdzają to spostrzeżenie.

W następującym przypadku W. P. Tablica VI z *Neoplasma malign. gland. retroperitonealium* w dniu przyjęcia

TABLICA VI.



W. P. 2 dni bez leków. Puls 88, odd. 32. Temp. 36,8.



W. P. Po *T. stroph.* Puls pełniejszy, wyraźniejszy, 84, odd. 32. Temp. 37,2.



W. P. 2 dzień po T. stroph. Puls 80, odd. 28. Temp. norm.



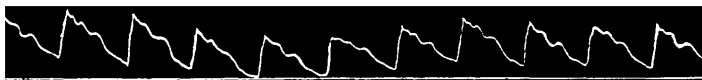
W. P. 5 dnia przy T. stroph. Puls 96, mniej arytmii, odd. 28.
Temp. norm.

25 VI akcja serca bardzo słaba i tętno zaledwie wyczuwalne. Ten sam stan dnia 26 VI, jak to pokazuje krzywa pierwsza. Już krzywa z dnia 27 VI wykazuje podniesienie fali, tętno pełniejsze, a jeszcze wyraźniej występuje to w dniu 27 po kilkudniowym podawaniu *T. stroph.* Dalsze podawanie *digit.* [1 : 200] z *Coff.* 0,80 nie poprawia stanu serca: fala mała, tętno liche, chociaż arytmii niema i zwolnienie tętna dochodzi do 80. W ilości moczu także znacznej różnicy niema.

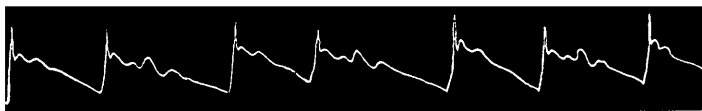
Również korzystne działanie strofantusa widzimy w następującym przypadku: M. A. *Insuff. et stenosis valv. Aortae, myocarditis.*

Przybył dnia 8 VI do kliniki z objawami dyskompensacji serca z tętnem 100 miękkim, podatnym i nierównym; ilość moczu 350—400, cięż. gat. 1028 ze śladami białka. Podanie sparteiny powiększa ilość moczu do 1000; cięż. gat. 1024 białko znika, tętno spada do 88; po odstawieniu jednak sparteiny ilość moczu znowu spada do 600 i dopiero przy dalszem stosowaniu *T. stroph.* stopniowo się zwiększa i wreszcie dochodzi do 2400, cięż. gat. 1014, bez białka przy tętnie 64 równem i rytmicznym; ogólny stan chorego i objawy dyskompensacji znacznie się poprawiają.

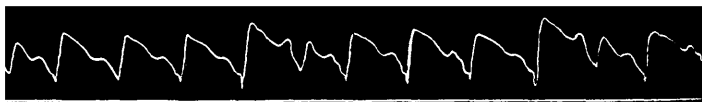
TABLICA VII



M. A. bez leków. Puls 90, odd. 24. Temp. norm.



M. A. 3 dni T. stroph. Puls 65, odd. 20. Temp. norm.



M. A. 3 dni pauzy po T. stroph. P. 80, odd. 24. Temp. norm.

Krzywa przed podaniem strofantusa i po podaniu pokazuje dobitnie różnicę na lepsze. Po przestaniu *T. stroph.* wraca znowu arytmia, tętno z 64 dochodzi do 80, chociaż ilość moczu spada tylko 1600. Do tego się odnosi krzywa 8.

Dalszy przypadek dotyczy A. H. *Insuff. mitral.* z tętnem 88, ilością moczu 400—600, cięż. gat. 1023. Po *T. stroph.* ilość moczu podnosi się do 1650, cięż. gat. 1024, tętno 60. Ogólna poprawa w objawach sercowych.

R. K. z *Aneurysma Aortae* z tętnem 122. ilość moczu koło 700—800. Przy używaniu *T. stroph.* ilość moczu podnosi się do 1700, ale tętno nie zmienia się, ponieważ chora dostaje zapalenia płuc włóknikowego i stan jej z dniem każdym pogarsza się; moczu coraz mniej, białko się pojawia, wreszcie przy objawach niedomogi sercowej następuje śmierć. [Patrz tabl. A przy końcu zeszytu].

Sekcja wykazała: *Aneurysma, pneumon. crouposa.*

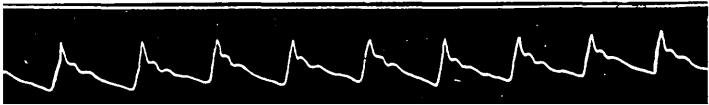
Wogóle przy gorączce *T. stroph.* nie poprawia tętna, a i na ilość moczu bardzo nieznacznie wpływa. Dlatego też przy *endocarditis*, gdzie akcja serca wskutek gorączki

jest słabsza, napięcie tętna lichejsze a mocz w małej ilości i nasycony, przy używaniu *T stroph.* nawet przez czas dłuższy, ilość moczu powiększa się zaledwie o 200—300 ctm. sz., liczba uderzeń tętna się nie zmienia a i charakter jego nie jest lepszy.

TABLICA VIII.



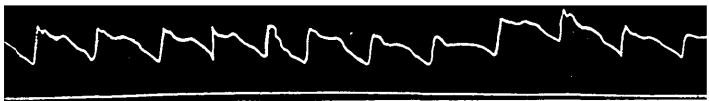
F. F. bez leków. P. 88, odd. 25. T. 37, 5. Basch 11 moczu 1000.



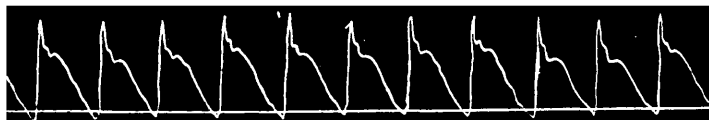
F. F. po T. stroph. P. 80, odd. 20. T. 37,2. Basch 8, moczu 2200.

Przypadek F. F. tablica IX z *Insuff. mitral. endocarditis recrudescens* dowodzi, że *T. stroph.* stosunkowo prędko działa na zwiększenie się ilości moczu i poprawę zmian w sercu, bo pomimo stanu gorączkowego dochodzącego do 38,7 ilość moczu z 100 podnosi się do 2200, a po zaniechaniu środka, znowu spada do 600—800, aczkolwiek kompensacja wady serca postępuje dalej i zaburzenia w krążeniu powoli się wyrównują.

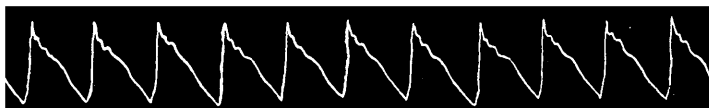
TABLICA IX.



J. W. bez leków. Puls 76, odd. 24. Temp. 36,9. Moczu 900.



J. W. 18 X. 4 dni T. strop. P. 90, odd. 24. T. 36, 9, moczu 1650.



J. W. dn. 21 X. 3 dzień bez leków. Puls 96, słabszy, gorzej napięty, odd. 26. Temp. norm. Mocz 1120.

I następujący przypadek [Tabl. IX] dotyczący J. W. z *Insuff. et stenosis Aortae et endocardit valv. bicusp.*, przyjęty do kliniki w stadium kompensacji, nie zaprzecza naszemu twierdzeniu, że tam, gdzie serce przystosowało się do zmienionych warunków wskutek wady zastawek i niema zastoju, obrzęków i opuchlin, tam i działanie *T. strophanti* nie jest tak wybitne, a moczopędne działanie prawie żadne. Chory ten z zawodu rolnik, lat 25, przybył w dn. 12 X do kliniki. Opowiada on, że przed rokiem, wskutek podniesienia wielkiego ciężaru i znacznego wysiłku fizycznego, uczył ból w dołku podsercowym, duszność i musiał się położyć na tydzień do łóżka; z powodu zupełnej niezdolności do pracy. Następnie zdawał się być zdrowym i pracował, jak zwykle; dopiero przed kilku dniami, wróciwszy piechotą z miasta, uczył się słabym, położył się w stodole, a, chcąc później wstać, dostał zawrotu głowy, szumu w uszach, upadł na ziemię i tak przeleżał z 10 minut, podczas których przytomności wprawdzie nie stracił, lecz z trudnością dowlókl się do chaty, i tam przeleżał do rana. W tym czasie czuł drętwienie w ręce lewej i silny ból głowy. Rano już nie mógł ręką poruszać, stracił bowiem czucie i władzę w ręce lewej, a i w nodze lewej czuł pewną ciężałość.

Badanie dnia 12 X wykazało: osobnik wzrostu średniego o skórze bladej, odżywianiu lichem. Oko lewe nie domyka się z taką dokładnością jak prawe, źrenice równe, dobrze oddziałują, ruchy gałek ocznych normalne. Mięśnie twarzy z lewej strony wykonywają ruchy leniwie i mniej dokładnie. Łopatka lewa i cały bark mniej się porusza i niżej ustawiony. W płucach żadnych zmian.

Okolica serca jest nieco wypukłona. Uderzenie wierzchołkowe w 5 międzyżebżu, na zewnątrz linii sutkowej, widzieć się daje na większej przestrzeni. Pewne wstrząśnienie skurczowe widać i w 3 i 4 międzyżebżu. Granice serca: górna na 3-im żebże; prawa dochodzi prawie do linii mostka, lewa zachodzi na 1 ctm. poza linię sutkową lewą. U wierzchołka serca słycać szmer systoliczny, i szmer wraz z tonem przy rozkurczu. Nad Aortą przy 1-ym tonie słycać wyraźny szmer obok tonu, drugi wyraźny ton. Nad opłucną dwa tony, 2-gi silnie zaakcentowany. Tętno przyspieszone, fala duża, tętno pełne, opieszale, trudno dające się ucisnąć. Wątroba i śledziona nie powiększone, w brzuchu nic nieprawidłowego nie znaleziono. Ruchy po stronie lewej upośledzone zwłaszcza w kończynie górnej lewej, również i czucie bólu i dotyku, oddziaływanie elektryczne na twarzy i na kończynach lewych znacznie upośledzone. Mocz miernie nasycony w ilości 800; cięż. gat. 1028, ślad białka. Stolec prawidłowy, apetyt dobry. Przez dwa dni chory zostaje *sine medicatione*.

Dnia 14 X dostaje *T. strophant*. 3 razy po 10 kr. i pod wpływem tego leku tętno się poprawia, staje się prędkim, regularniejszym; ilość moczu nieznacznie się powiększa z 900—1100 do 1650 (*maximum*). Od 19 X przestaje brać *T. stroph.*, a pomimo tego ilość moczu utrzymuje się średnio 1300—1100, a tętno tylko po ruchu okazuje mierną arytmieję, zresztą jest miernie przyspieszone.

Białko zaledwie kilka dni utrzymało się w małej ilości—wreszcie zginęło. Ciepłota przez cały czas pobytu normalna 36,9.

Nagle w nocy dnia 22 X uczuł ból głowy, zawrót, stracił władzę w całej lewej połowie ciała, stracił przytomność i bezpośrednio potem nastąpiła śmierć, którą objaśnialiśmy ztorem w jednej z tętnic mózgowych. Sekcya tegoż dnia dokonana wykazała: *endocarditis verrucosa recens valv. bicuspid. et valv. sem. Aortae, hypertroph. excentr. cord. sin., myocarditis disseminata, haemorrhagia recens haemiph. dextr. ac embolia arteriae fossae Sylvii dextr.*

Przypadek ten jest ciekawy pod wieloma względami, tak co do przebiegu samej *endocarditis* bez gorączki z tętnem względnie spokojnem, jak i samej śmierci, która nastąpiła wśród okoliczności, zdawałoby się, korzystnych dla chorego, nagle bez poprzednich objawów zwiastunnych, zapowiadających rychły koniec. Krzywe, dołączone tutaj obok wykazują wyraźną poprawę w tętnie, z typem tętna zwłaszcza 18 X, jak przy *Insuff. Aortae*.

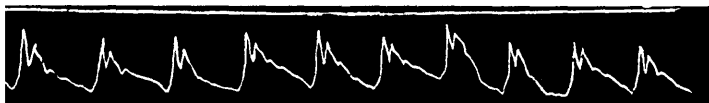
TABLICA X.



J. K. bez leków. Puls 80, odd. 24. Temp. 36.



J. K. 1-szy dzień T. stroph. Puls 80, odd. 29. Temp. 36,0.



J. K. 2-gi dzień T. stroph. Puls 80, odd. 26. Temp. 36,0.

J. K. lat 47 konduktor. Do kliniki przyjęty 4 XI a rozpoznanie kliniczne było *Insuff. et stenosis Aortae et atheroma arter. in stad. incompenstationis. Pleuritts exsudativa dextr. Nephritis*. Dyskompensacya była znaczna *ascites* i *anasarca* wybitne, napady duszności częste—moczu 1000, cięż. gat. 1014 białka 4% [ESSBACH]. 2 XII i 3 XII chory nie bierze nic, zmian żadnych nie widać, tak przedmiotowych jak i podmiotowych; od 4 XII bierze *T. strophant.* i stan zaczyna się poprawiać, a ilość moczu zaczyna się zwiększać i dochodzi do 3200, cięż. gat. 1011, białka 2%, serce w rozmiarach mniejsze, tętno pełniejsze i fale wyraźniejsze jak

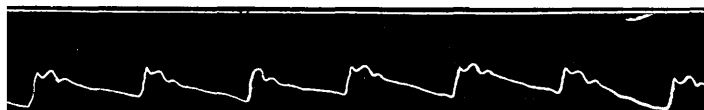
to krzywa na Tablicy X wskazuje. Po zaniechaniu *T. stroph.* znowu stan się pogarsza, moczu mniej, ilość jego spada do 1200—2000, cięż. gat. 1014, tak, że zmuszony jestem wrócić do *T. stroph.* a następnie jeszcze *experimenti causa*, podawać nitroglicerinę, theobrominę i *digitalis*, które to leki utrzymują poprawę w jednej mierze. Obrzęki powoli znikają, ilość białka zmniejsza się [zaledwie $1\frac{1}{2}$ *pro mille*] i chory w stanie bardzo znacznego polepszenia opuszcza klinikę w dniu 18 XII

T. strophanti przy *Morb. Brightii*, gdzie niema zmian wybitnych w sercu działa bardzo nieznacznie, lub wcale nic, na zwolnienie tętna, nie widać również po niej zmian w krzywej tętna.

TABLICA XI.



K. bez leków. Puls 56, odd. Temp. 37,3.



K. przy *T. stroph.* Puls 52, odd. 20. Temp. 37,2.

Tak np. krzywa tętna chorego K. z *nephritis chronica* [rys. a i b] wykazuje małą stosunkowo różnicę w tętnie, ilość moczu po *T. strophanti* zwiększyła się [średnio bez leków było moczu 850—1300, cięż. gat. 1016; po użyciu *T. strophant.* 3 razy po 10 kr. ilość ta wynosiła 2400, cięż. gat. 1011] a ilość białka z $4\frac{1}{2}\%$ zmniejszyła się do 3%. Tętno stałe koło 56 na minutę. Obrzęki na nogach wyraźnie znikają i więcej się nie pokazują.

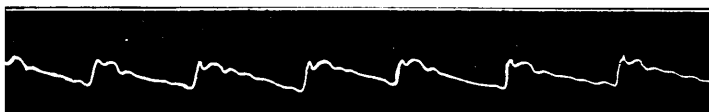
W dalszym przebiegu choroby podawałem *T. strophanti* 4 razy dziennie po 10 kropli. Dawka ta nie wywoływała wybitnych zmian w tętnie, a pomimo tego działała

moczopędnie. Ilość moczu dochodziła do 2400, a nawet 4200 ctm. sz. na dobę o cięż. gat. 1014 z ilością białka $1\frac{1}{2}\%$. Tętno prawie zawsze waha się między 56—50, a w sercu żadnych zmian nie spostrzegalem. Widać więc tutaj dodatni wpływ *T. strophanti* na wydzielanie moczu i ilość białka, które i później utrzymuje się na $1\frac{1}{3}\%$ przy ilości moczu 3000.

TABLICA XII.



J. G. bez leków. Puls 80. odd. 20. Temp. 37,5.



J. G. po *T. stroph.* 30 kr. Puls 66, odd. 20. Temp. 37,5.

W podobnym przypadku J. G. [Tablica XII] (*nephritis chronica*) z ilością moczu 1300 o cięż. gat. 1013, białka 14%, tętnie 80, ciepł. 37,5, odd. 20, po podaniu *T. stroph.* 3—10 kr. ilość moczu utrzymuje się na tym samym poziomie, choć $\%$ białka się zmniejsza do 8%, co zresztą nas nie dziwi, wobec tego że w przypadkach chronicznych często są takie wahania.

Dalsze podawanie *T. stroph.* nie wywołuje już poprawy, chociaż tętno staje się lepsze 60. na minutę, co i na krzywych dwóch jest widocznym. Dopiero *digitalis* powiększa ilość moczu do 2300 z 7% białka, o cięż. gat. 1011.

W okresie kompensacji serca, to jest kiedy krążenie, pomimo wady serca, odbywa się bez znacznych i widocznych zaburzeń, *T. strophanti*, albo wcale nie działa, albo też skutek jest bardzo nieznaczny.

W przypadkach np. M. P. z *Insuff. valv. bicuspid* z tętnem 84—80 ciepł. normalna, odd. 20—22, ilością moczu

1400—1600, cięż. gat. 1020 bez białka—przy podawaniu *T. stroph.* a następnie i *digitalis* nie znajdujemy żadnych zmian i po dłuższem nawet użyciu tętno 76—80, ciepłota normalna, odd. 18—20, moczu 1350—1600, cięż. gat. 1018—1020, białka brak.

Z tych wszystkich przytoczonych tutaj przypadków widzimy, że *T. stroph.* w niektórych razach może oddać znakomite usługi przez swoje szybkie działanie; a o wiele szybsze, jak działanie *digitalis*, a ponieważ nie działa kumulacyjnie, nie budzi tych wszystkich obaw, jakie wzbudza *digitalis*. Nawet w przypadku, gdzie chory przez pomyłkę zażył 100 kr. dziennie, a więc dawkę conajmniej 2 razy większą, jak się zwykle używa, otrucia nie było.

Zwłaszcza polecić możemy podawanie *T. strophanti* chorym, którzy nie mogą być pod ścisłą obserwacją lekarską, a więc przy ordynacyi na czas dłuższy, w dawkach po 30—40 kr. na dzień, z tą jedyną uwagą, że w razie zaburzeń żołądkowych należy wstrzymać się z użyciem *T. strophanti*.

Podobnież i w następującym przypadku A. K. [iat 30] z rozpoznaniem: *endocarditis ulcerosa valv. mitr., infarct. renum et pulmon.* z gorączką dochodzącą wieczorem do 39,0 a czasami nawet do 39,5 ze zwolnieniami do 37,1, ze średnią ilością moczu 700—900, cięż. gat. 1025—1030, z mierną ilością białka $\frac{1}{2}\%$, podawanie strofantusa podnosi ilość moczu raz najwyżej do 1200, za drugim razem do 1450, tętno zaś przedstawia tylko małe wahanie mięgy 84 a 74.

W ten sam sposób działa i *digitalis*. Pod wpływem jego ilość moczu 700—900 na dobę dochodzi do 1100 za drugim razem do 1350 na dobę. Teobromina jednak doprowadza ilość moczu do 1850; to samo czyni sparteina [0,05 3 proszki dziennie], która podnosi ilość moczu ze średniej ilości 1100—1200 do 1800, nie wpływając jednak na tętno [86—80]. W czasie tych doświadczeń sprawa zapalna w sercu utrzymuje się prawie bez zmiany, a środki nasercowe nie okazują nam widocznego wpływu.

Tak samo i w przypadku A. R. *Ccahexia malarica, hydraemia, diathesis haemorrhagica, endocarditis et insuf. valv.*

bicuspid. Podawanie *T. stroph.* nie wpływało na znaczne podniesienie ilości moczu [średnia 1800—po *T. stroph.* 2100], ani na tętno 98—94—88.

U chorej zaś B. E. osoby młodej, lat 27 liczącej, u której rozpoznanie brzmiało: *Pericarditis exsudativa traumatica in gravida c. metrorrhagia*, ze stanem podgorączkowym, ani *stroph.* ani *digitalis* nie wywarło widocznego a znacznego wpływu zarówno na tętno, jak i na ilość moczu. Wprawdzie po *digitalis* ilość moczu dochodzi do 1700 przez jeden dzień ale wnet spada do 1400 i niżej a tętno wcale na *digitalis* nie reaguje i zwolnienia prawie niema. [Patrz tab. B przy końcu zeszytu].

To już i przy innych przypadkach nadmienilem, że w stanach gorączkowych [tutaj wprawdzie tylko podgorączkowy, ale osób bardzo anemicznych], lub gdzie niema wady w samych zastawkach, tam nieraz *digitalis* [a toż samo można i o *strophantus* powiedzieć] może zawieść i wpływu na podniesienie ciśnienia wewnątrznaczyniowego i zwolnienia tętno nie wywiera.

Przypominam sobie przypadek ze zmianami czysto nerwowymi bez żadnych zmian w narządzie krążenia, w którym stosowałem *T. stroph.* po 100 kr. jednego dnia i wówczas ani jakichkolwiek zaburzeń, ani też zmiany w tętnie nie zauważyłem, coby dowodziło, że *T. strophanti* jak i *digitalis* u zdrowych zupełnie inaczej działa t. j. wcale może nie działać.

Co do strofantyny, to po większej części bywa ona źle znoszona przez chorych i wywołuje zwykle zaburzenia żołądkowe i kiszkiowe; chociaż zdarzały mi się przypadki, gdzie tego nie było, nawet przy bardzo wielkich dawkach.

Chory Ki. z *nephritis chronica* dostał w ciągu dnia 3 miligramy strofantyny, już tego samego dnia pokazały się nudności i wymioty. Tętno 56. Ilość moczu, która poprzednio była 2200 ctm. o cięż. gat. 1014 i białka 4%, utrzymuje się i następnego dnia w którym choremu podałem taką samą dawkę leku. Wywołuje ona rozwolnienie [9 stolców] wymioty, a naturalnie ilość moczu spada na 1750, białka 5‰. Tętno 50. Przestałem podawać i przy

dalszem podawaniu *T. stroph.* 3 razy po 10 kr. przypadłości żołądkowe i kiszkowe ustąpiły, ilość moczu znowu wzrosła na 3-ci dzień do 2150, a przy dalszem podawaniu 4×10 kr. podniosła się do 3400 i 4200, o cięż. gat. 1014, $1\frac{3}{4}\text{‰}$ białka, tętno regularne 58. Opuszczając klinikę w dwa dni potem, czuł się chory zupełnie dobrze, a ilość moczu wynosiła 3450, c. g. 1016, białka $1\frac{1}{3}\text{‰}$, tętno 60, pomimo że przez ostatnie 2 dni nic nie używał.

[D. c. n.]

ŹRÓDŁA
biograficzno-bibliograficzne
DO DZIEJÓW MEDYCyny
W DAWNEJ POLSCE.

zebrał

Fr. Giedroyć.

Collector enpio, sed non novus Auctor haberi,
Ut prosim studiis, o studiose tuis..

JOAN. HERBEST.

Nie posiadamy dotąd dzieła, któreby ogarniało całość dziejów wiedzy i praktyki lekarskiej w dawnej Polsce, aczkolwiek niebrak nam chyba uczonych, mogących śmiało podjąć się pracy takiej. Odstrasza ich atoli szczupłość źródeł, bez których niepodobna odtworzyć należycie historii medycyny polskiej. Badacze więc jej są zniewoleni gromadzić przedewszystkiem materiały i ogłaszać je bądź pod postacią opracowań poszczególnych, bądź też jako zbiory surowych dokumentów i wyciągów. Jakoż rok rocznie nasze piśmiennictwo naukowe zbogaca się przyczynkami w tej mierze, aliści tak powoli, iż podotąd jeszcze przodują mu dawne prace GĄSIOROWSKIEGO [„Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce“] i KOŚMIŃSKIEGO [„Słownik lekarzów polskich“]. Dwa te dzieła zawierają po dziś dzień najobfitszy zbiór danych o lekarzach polskich
Pam. Tow. Lek. T. 97, Z. IV.

lub w Polsce zamieszkałych, wobec czego każdy nowy badacz stale na nie powoływać się musi i obierać za punkt wyjścia dla prac własnych.

I mnie również przyświecały słowa Kollątaja: „Szukajmy materyałów—znajdzie się dziejopis“, i ja również poprzestać chcę na uzupełnieniu GĄSIOROWSKIEGO i KOŚMIŃSKIEGO, pomijając to wszystko, co oni z ukrycia wydobyli.

Przystępując zatem do wydania *Źródeł* niniejszych, nie kuśiłem się o wytworzenie jakiegokolwiek całości. Staraniem mojem było,—w miarę sił i wolnego od zajęć zawodowych czasu — zgromadzić jak najwięcej szczegółów, przez poprzedników pominiętych, a odszukanych przeze mnie w zbiorach rękopiśmiennych. Sięgają one XIV a dochodzą schyłku XVIII stulecia i z małemi wyjątkami nie były wcale drukiem ogłoszone. Stąd też tuszę, że *Źródłu* moje nie będą bez pożytku dla przyszłego dziejopisa sztuki lekarskiej w Polsce.

Znajdują się tutaj i świadectwa historyczne pierwszorzędnej wagi, jak nadania i przywileje królewskie, [które w całości przytaczam] i podrzędniejsze dane, [które streszczam, lub w kilku słowach zaznaczam]. Nie pominąłem wszelako nazwiska żadnego lekarza i żadnej, chociażby nielekarskiej jego pracy, o ile nazwisko spotkałem, a pracę zdołałem poznać, a przynajmniej na ślad jej natrafić. Uczyliłem tak dlatego, że pozornie błahy teraz szczegół może się okazać użytecznym w toku przyszłych dociekań, a sam jedynie spis lekarzy, wykonawstwem zatrudnionych, pozwoli nam wyrobić z czasem pojęcie o stanie pomocy lekarskiej u nas w różnych epokach.

Kończąc tych kilka słów objaśniających, winienem złożyć podziękowanie wszystkim, którzy dopomogli mnie do zebrania *Źródeł* niniejszych. Składam więc hołd wdzięcznej pamięci znakomitemu historykowi ADOLFOWI PAWIŃSKIEMU i wyrażam głębokie uznanie Szanownemu Profesorowi TEODOROWI WIERZBOWSKIEMU, którego uprzejmej uczynności wielokrotnie doznałem i któremu też pozwalam sobie poświęcić tę pracę, jako skromny dowód szczerzej wdzięczności.

ABRAHAM *)

W księgach Metryki Koronnej ¹⁾ pod r. 1552 znajdujemy wpisany *list żelazny* (glejt), dany przez Zygmunta Augusta *Abrahamo Doctori Lazari filio*. Być może, że wymieniony tu Abraham nie był lekarzem, nie dodano bowiem przy tytule *doctor* słowa *medicinae*; należy wszakże zauważyć, że opuszczenia takie spotykamy nie raz przy nazwiskach osób, co do których niema wątpliwości, że byli lekarzami.

Źródła rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 80, fl. 162.

*) Wielkie litery w całym nazwisku oznaczają lekarza, którego *Słownik* KOŚMIŃSKIEGO nie wymienia.

ABRAMOWICZ PAWEŁ

obywatel lwowski, lekarz i aptekarz z drugiej połowy XVI w. *artis physicae medicus et pharmacopola*. Jako właściciel apteki procesował się w r. 1585 z Konstantym Korniaktem, kupcem z Kandyi, o 300 talarów, należnych za lekarstwa¹⁾. W roku 1596 powołany na służbę do dworu królewskiego, mianowany przez Zygmunta III lekarzem wojsk i poddany władzy hetmana Żółkiewskiego. Nadto zostawiono d-rowsi prawo prowadzenia nadal handlu towarami aptecznymi we Lwowie i wyjęto go z pod władzy urzędu miejskiego.

I. Paulus Abramowicz civis Leopoliensis in medicum exercitus eligitur et a iurisdictione civili Leopoli. exemptu r.²⁾

[Varsaviae, d. 19 mens. Augusti. Anno 1596].

„Sigismundus etc. Significamus etc. Quod cum non ita pridem internuncii totius exercitus nostri, quo proxime contra homines quosdam insolentes et Regni nostri turba-

tores usi sumus, solícite apud nos intercederent, pro famato et egregio Paulo Abramowicz, cive et medico Leopoliensi, eiusque fidem, diligentiam et in curandis sub illo tumultu laesis, aliisque aegrotis insigne felixque studium nobis solenniter commendarent, dandum hoc intercessioni praefatae existimavimus, ut supplici libello tunc quoque per ipsum nobis oblato (quo ille de quibusdam gravaminibus magistratus civilis conquerebatur, atque se ab eorum iurisdictione eximi petebat) annueremus. Quare eundem Paulum Abramowicz, tanquam eum, qui praeter tabernam aromatariam nullas negotiationes Leopoli exercet imo circa ministerium exercitus nostri, ex mandato magnifici Stanislai Żolkiewski, castellani Leopoliensis Regni nostri campiductoris, assiduus est, primum quidem in exercitus nostri medicum eligimus et ordinamus, atque in numerum servitorum nostrorum ascribimus, deinde vero eundem quo ad personam duntaxat eius a iurisdictione civili Leopoliensi eximimus et liberamus, iurisdictioni vero nostrae vel praedicti magnifici Stanislai Żolkiewski, castellani Leopoliensis et Regni nostri campiductoris, in actionibus omnibus personalibus subiicimus et relinquimus, decernentes eundem Paulum Abramowicz ex persona sua non nisi coram nobis vel coram campiductore generali pro tempore existente conveniri debere, ita tamen ut non obstante praesenti libertatione nostra modo antiquo aromatariam ibidem Leopoli exercere integrum illi sit, salva iurisdictione civili quo ad actionem habere et fundi tangentes. Quare famatis proconsuli, consulibus, advocato et scabinis civitatis nostrae Leopoliensis, id ad noticiam deducentes, eisdemque serio mandamus, ne in personam praefati Pauli Abramowicz, illam iurisdictionem sibi usurpent, sed eum per omnia praesenti concessione nostra gaudere permittant. In cuius rei fidem etc. Datum Varsaviae die decima nona mensis Augusti. Anno ut supra (MDXC sexto). Sigismundus Rex“.

Źr. druk. 1) Świeżawski i Wenda. Materyały do dziejów farmacyi w dawnej Polsce. Cz. III. str. 77.

Źr. rękop. 2) Metr. Reg. Lb. 140 fl. 277.

ABREK ANDRZEJ

dokt. med., pomiędzy r. 1604 a 1626 piastował godność rajcy miejskiego we Lwowie.

Źr. druk. Zubrzycki. Kronika m. Lwowa. str. 264.

Ackerbaum Mikołaj Ignacy.

dokt. med. lekarz króla Jana III, a od 25 sierpnia 1699 r. sekretarz Augusta II.

2. Secretariatus Excellentissimi Nicolao Ackerbaum Dri Medicinae.')

[Dat. Varsaviae, die XXV August. An. 1699].

O poradniku Eliasza Beynonsa, przetłumaczonym przez Ackerbauma na język polski, Gąsiorowski²⁾ wyraża się nie zbyt pochlebnie, mówiąc: „jestto zbiór lekarstw, maści, plastrów i t. d. bez najmniejszego porządku lub systemu“. Dodam, że oprócz tej głównej części, zawierającej przepisy na rozmaite dolegliwości i choroby, a umieszczonej pod nagłówkiem *Miłosierny Samarytan*, mamy na sześciu pierwszych stronach rozprawkę, poświęconą higienie p. n.: *Kilka potrzebne punkta o konserwacyey zdrowia*, a składającą się z rozdziałów następujących:

O Powietrzu. [Nayzdrowsze powietrze iest to, które żadnemi wilgotnościami, zaduchami stojącej wody albo sadzawek nie iest zarażone, lub iakim nieczystym mieyscem zepsowane]. **O czterech częściach świata.** [Powietrze y wiatr północny nayzdrowszy iest. Albowiem ten wiatr żadnych wilgotności za sobą nie pociąga, ale raczej ieśli iakie są, wysusza y temperuie... Wiatry zaś od wschodu ponieważ są ciepłe y suche, także y zachodne że są zimne y wilgotne, nie tym gorsze. Nayszkodliwsze... są wiatry południowe, ponieważ te są ciepłe y wilgotne, z tey przyczyny łatwo wszystko gnie od takiego wiatru]. **O czasach rocznych.** [Nayzdrowsza wiosna... iesieni zaś trzeba mocno się strzedz, ponieważ pod ten czas dzień ieden zimny, drugi ciepły]. **O potrawach y napoiu.** [Po jedzeniu należy przejść się. Potraw używać ani zbyt gęstych, ani rzadkich: albowiem twardą y gęstą potrawę nie tak może prędko strawić, subtelne zaś y cienkie potrawy słabe dają pożywienie]. **O chlebie.** [Najlepszy z mąki pszennej z solą i kwasem upieczony]. **O ptastwie y rybach.** [Z ptaków najlepsze leśne. Z ryb te, które trzymają się wody bieżącej i miejsc piaszczystych]. **O czworonogich zwierzętach.** [Mosię

zwierza dzikiego, ponieważ się przez częste bieganie zfa-tyguie, y częściej na suchym powietrzu zostawa, zdrowsze iest niż domowego zwierza... iednak cielęce mięso nie tym gorsze]. O mleku y serze. [Nie dobry nutryment daia, y owszem zgęściwszy się żołądek zamulaia. Kozie zaś mleko naczco iest barzo zdrowe]. O i a i a c h. [Nie złe, osobliwie miękko gotowane]. O p o t r a w a c h, k t ó r y c h w s z y s c y l u d z i e s t r z e d z s i ę m a i a. [Cybula albo czosnek, rzodkiew, gorczyca, y wszystkie niemal frukta, które rzadko mogą być strawione]. D e q u a n t i t a t e p o t r a w. [Jeść nie za wiele, nie za mało]. O n a p o i u. [Pić wtedy, kiedy już żołądek strawił potrawę].

Zr. druk. 2) Zbiór wiadomości do historii sztuki lek. w Polsce. II. 301.

Zr. rękp. 1) Sigillata. Lb. 15. fl. 69.

ACKORD ELJASZ

lekarz i akuszer, rodem z Mohilowa.

— Dissertatio inauguralis medica de ruminatione humana singulari quodam casu illustrata, quam etc. pro gradu doctoris et summis privilegiis in arte medica die XXX Julii 1783 publice defendet auctor..., Mohiloviensis in Russia Alba. Hallae, Typis L. C. Fabri, w 8-ce, str. 36. nlb.

— Die Juden oder die nothwendige Reformation. über s. u. mit einigen Anmerkungen vermehrt von Elias Ackord der Arzneygelahrheit Doctor und Accoucheur. Warschau. 1786. gedruckt und verlegt von Michael Gröll. w 8-ce, 48 str. [Jest to tłumaczenie pisma wydanego bezimiennie w Warszawie w r. 1785 p. t.: Żydzi czyli konieczna potrzeba reformowania Żydów w kraju Rzeczypospolitej Polskiej przez obywatela bezimiennego. Warsz. 1785. w 8-ce, s. 40].

Zr. druk. K. Estreicher. Bibliogr. polska. T. XII. str. 23.

ADAM

I. W rachunkach płacy służącym u dworu królewskiego pod rokiem 1511 wymieniony Doctor Adam physicus Reg. Mtis.; dostaje 200 złotych jako część sumy 623¹/₂ zł., należnej mu od nieboszczyka króla Aleksandra,

od którego miał dowód na piśmie. [Mowa tu niewątpliwie o doktorze Adamie z Bochini].

II. W księgach Sekretnych kolegium lekarskiego uniwersytetu Bolońskiego [*Libri Segreti del Collegio Medico*] pod datą 16. V. 1554. zapisano: „Promotio in medicina A d a m P o l o n i“.

Źr. druk. St. Windakiewicz. Informacya o aktach Uniw. Bolońskiego. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce T. VII.

ADRYAN BRANDENBURCZYK

Pisze o nim Maciejowski: „Po śmierci Reja przyczepili się do jego „Przypowieści“ przyjaciele zmarłego, a mianowicie Piotr Rojzyusz hiszpan, profesor prawa rzymskiego w uniwersytecie krakowskim i nieznany zresztą A d r y a n B r a n d e n b u r c z y k lekarz lubelski, [z którym się zapewne widywał Rej w Lublinie, ilekroć do swych dóbr w Lubelskiem położonych przyjeżdżał], i ogłosili je drukiem bez wyrażenia miejsca r. 1570. Wtedy bowiem drugi zrobił pierwszemu przypisanie dziełka z Lublina, odmieniwszy jego tytuł i nazwawszy je: *Figliki, albo rozlicznych ludzi przypadki dworskie, które sobie po zatrudnionych myślach, dla krotofile, wolny będącz, czytać możesz. Teraz nowo drukowane.*

Źr. druk. W. A. Maciejowski. Piśmiennictwo polskie I, str. 441.

Ajmeryk

Kośmiński bierze Ajmeryka i Mikołaja, lekarza dworu biskupa krakowskiego Grotona, za jedną osobę, przyczem powołuje się na Swieżawskiego. Otóż Swieżawski przypuszczenia takiego nie robi, sądzi tylko, że być może Mikołaj i Ajmeryk byli ludźmi świeckimi, nie zaś duchownymi.

Źr. druk. Ern. Swieżawski. Przyczynki do dziejów medycyny w Polsce. Warsz. 1879, str. 25.

Alantsse Jan [Alanthse, Alantse]

Rodzina wenecka Alantsych osiadła w Płocku w początkach XVI w. [w r. 1510, jeżeli nie wcześniej], później nieco członków jej spotykamy w Warszawie i Krakowie. Jan

Alantse, aptekarz płocki, był posądzony o czynny udział w podejrzywanem otruciu książąt mazowieckich; Paweł A. miał aptekę, również w Płocku, jeszcze w końcu XVI stulecia ¹⁾). Należy przypuścić, że dr. Al. Jan pochodził z tego samego rodu Alantsych płockich.—Nagrobek jego w Krakowie u św. Trójcy, przechował nam Starowolski ²⁾): „*Memoriae Reuerendi D. Joannis Alantsse, Philosophiae et Medicinae Doctoris, Canonici Płocen. Illustris. ac Reuerendissimorum Petri Myszkouij Crac. Alberti Baranouij Płocen. Episcoporum, Medici digniss. Probitate et morum elegantia commendatiss. Obijt Anno Dn. M. DC. XXVI Die IV Septemb. Vixit annis LXX. Lector, vt illi melior Lvx luceat, praecare*“.

Źr. druk. 1) Swieżawski i Wenda. *Materyały do dziejów farmacyi w dawnej Polsce.* Cz. III. str. 77. 2) *Monumenta Sarmatica.* 147.

ALBERTI

dr med. konsyljarz dworu J. Kr. Mci., lekarz powiatu Łatyczowskiego na Podolu. [W aktach, które znalazłem, imię tego lekarza stale bywa opuszczane z pozostawieniem miejsca wolnego dla wpisania imienia później, co jednak nie nastąpiło wcale].

3. *Munus Consiliarii Aulici SRMtis Nobili Alberti Med. Dri. datur.*¹⁾.

[1 lutego. 1790].

4. *Przywilej na Doktora Powiatu Łatyczewskiego Szl. Alberty Med. Drowi z mocą rewidowania aptek* ²⁾.

[w Warszawie dn. 1. mies. Lutego, R. P. 1790].

„Stanisław August etc. Oznajmuiemy etc. Iż-maiąc sobie zaleconą Szlachetnego Alberty Medycyny Doktora i Konsyljarza Naszego w Sztuce Lekarskiej i doktorskiej biegłość i doskonałość, do usług Naszych zdatność, umysłiliśmy Go za Doktora Powiatu Łatyczewskiego w Województwie Podolskim będącego postanowić i onemuż rewidowanie Aptek w tymże Powiecie będących i nad nimi dozór polecić; Jakoż zważając rekomendacye za tymże Szlachetnym Alberti przez Obywatelów rzeczzonego Powiatu do Nas zanesione i zapobiegając szkodliwym Skutkom przez niepo-

rządne utrzymywanie Aptek i starych lekarstw przedawanie w tymże Powiecie praktykować się mianym za takiego Doktora Powiatu Latyczewskiego postanawiamy, rzeczony dozór i Rewizyą nad Aptekami polecamy Niniejszym Listem Przywilejem Naszym, dając moc i władzę pomienionemu Szlachetnemu Alberti Apteki wszystkie w Powiecie Latyczewskim będące rewidować, Czeladź przy Aptekach zostającą o zdadności examinować. Cenę Lekarstw postanawiać i wszelką nad rzeczonymi Aptekami w porządnym utrzymywaniu i świeżych Lekarstw konserwowaniu mieć pilność, baczność i staranność. Co do wiadomości wszystkich, osobliwie iednak WW. Senatorow UU. Dygnitarzow Urzędnikow Ziemskich i Grodzkich tudzież wszystkich Obywatelow Woiewodztwa Podolskiego, a osobliwie Powiatu Latyczewskiego donosząc mieć chcemy i rozkazuujemy, aby rzeczonego Szlachetnego Alberti odtąd za prawdziwego i aktualnego Doktora Powiatu Latyczewskiego od Nas Uprzywileiowanego mieli, znali, a zaś wszyscy tegoż Powiatu Aptekarze i inni nad Aptekami dozór mający Rewizyi Aptek i dozoru nad niemi nie bronili i nie przeszkadzali i aby od innych zabronione mu nie było starali się dla Łaski Naszey Królewskiej i pod karami w którymkolwiek najbliższym Sądzie na Instancję Instygatora z doniesienia słusznego tegoż Szlachetnego Alberti na sprzeciwiającego się i rewizyi niedopuszczającego wściągnąć mianem Wolnym oraz przez tenże Sąd Ziemski lub Grodzki Apteki zapieczętowaniem. Na co dla lepszey wiary etc. Dan w Warszawie dnia 1 Miesiąca Lutego, Roku Pańskiego MDCCXC. Panowania Naszego XXVI Roku. Stanisław August Król.“

Źr. rękop. 1) Ks. kancler. Lb. 93. pars. I fl. 19.; Sigil. Lb. 38 fl. 100 v. 2) Ks. kancl. Lb. 93. Prs. II. fl. 3/119.; Sigill. Lb. 38 fl. 100 v.

ALDEMBURG

w Krakowie 1400 r.

Źr. druk. Swieżawski i Wenda. Spis lekarzy polskich. Medycyna. T. XIX; Monum. Med. Aevi. IV. B. str. 326.

ALEKSY (Polak)

Jan, syn Andrzeja, dr. med., mówiąc o wykładach swoich w r. 1412 na wydziale lekarskim w Pradze (*in scola medicorum in Studio Pragensi*), wspomina Aleksego, zaliczając go do gorliwszych słuchaczy swoich: „*et hij fuerunt leccionum*

auditores plus ceteris solliciti... mgr. Alexius de Polonia“. Czy uzyskał stopnie lekarskie, gdzie i kiedy? śladu nie znalazłem.

Źr. druk. Wł. Wisłocki. Katalog rękopisów bibl. Un. Jagiel.

Alembek Ludwik, Walerjan

stopnie naukowe uzyskał w Krakowie 1682 i 1684 r. W roku 1695. (16 sierpnia) Jan III mianował go lekarzem dworu królewskiego i szpitala lwowskiego Bonifratrów.

— Pantheon virtutis et sapientiae. Crac. 1682.

Źr. druk. Swież. i Wenda. Spis lekarzy polsk. Medycyna T. XIX.; Akta Grodzkie i Ziemskie. T. X. str. 373. № 6262.

Alembek Walerjan

„Anno 1634 artium et philosophiae baccalaureus renunciatus Valer. Alempk (Leopol.)“.¹⁾ Stopień dra med. musiał uzyskać zagranicą, być może w Padwie, gdyż w r. 1646 był w tem mieście i imię swoje wpisał w księgi nacyi polskiej jesze tylko jako *dr. filozofii* ²⁾. W roku 1638 powołany na profesora do Akademii Zamojskiej; jak długo pełnił tam obowiązki, dokładnie niewiadomo (?); prawdopodobnie że się usunął po złożeniu urzędu rektorskiego w roku 1652, już bowiem w r. 1653, jako ławnik lwowski i dr. med., zeni się z Katarzyną Habermanówną. Rektorem akademii był przez dwa lata z rządu: 1650—1651 i 1651—1652. Był profesorem najpierw matematyki, potem filozofii (*Philosophiae rationalis*) ³⁾. Zmarł w roku 1676 ⁴⁾.

5. *Protectio nobili Alembek.*⁵⁾

[Varsaviae d. 20 Januarii An. Dom. 1673.—Król Michał, mając na względzie wielką biegłość w sztuce lekarskiej rajcy lwowskiego doktora medycyny Walerjana Al., mianuje go lekarzem swoim z nadaniem mu, oprócz zwykłych przywilejów, przywiązanych do tytułu lekarza dworskiego, prawa używania—przybicia na drzwiach domu—oznaki godności, mianowicie herbu państwa].

„Michael, Dei gratia, rex Poloniae etc. Significamus praesentibus litteris nostris, quorum interest, universis et singulis. Ab ipsa felicis electionis nostrae origine, ex qua di-

vina favente gratia, ad gubernacula istius inclyti regni inaugurati sumus, non ignari plurimum inter caetera illud ad regalis aulae nostrae dignitatem tuendam facere eiusque commoditatem conducere, si in ipsius ministeria ququam ob vitae integrioris doctrinae sublimioris et industriae sagatoris commendatissimi adhibeantur cooptenturque viri. Regium et aulae nostrae peraccommodum scientiarum optimarumque artium atque inprimis medicinae cultores veros uberrimis gratiae, clementiae et protectionis nostrae regiae prosequi significacionibus. Cum enim nihil optabilius a Deo immortalis mortalibus accidere possit sanitatis ac valetudinis integritate. Pro cuius conservatione nihil non agimus, sine ea omnes felicitates et fortunas flocci pendentes, ad eam porro conservandam ars medicinae ab ipso altissimo creata referatur, aequum est parere super commendatione ipsius divino effato illiusque cultores propter necessitatem honorare, nostrae certe ac subditorum nostrorum sanitati, tales adlegere custodes, qui et industria artis suae et scientia ac solerti pariter atque multiplici tam apud externos, quam apud nostrates praxi medica celebre sibi comparavere nomen! Quapropter cum eandem nominis sui claritatem famaeque celebritatem omni cura, industria, genio, ingenio et labore nobilis ac eruditus Valerianus Alembek, medicinae doctor et physicus consul Leopoliensis tam artem suam excolendo medicam, quam aegris quibuscunque languoribus, infirmitatibus et paroxysmis laborantibus suppetias ferendo vitaeque ac morum gravitate medico digna elucescendo et sine discrimine interdiu noctuque visitando aegros abunde sibi conciliaverit dignum eum esse existimavimus, quem in patrocinium et protectionem nostram regiam susciperemus et in numerum medicorum nostrorum aulaeque nostrae gremium refferemus et inscriberemus, prout quidem autoritate nostra regia referimus et inscribimus praesenti diplomate nostro, dantes et concedentes eidem abhinc omnibus et singulis iuribus, libertatibus, indultis, gratiis, praerogativis et immunitatibus, quibus caeteri medici nostri de more et iure gaudent, plene et libere gaudendi et utifruendi atque ut luculentiora gratiae nostrae erga se experiatur documenta, eundem suprafatum nobilem ac eruditum Valerianum Alembek, medicinae doctorem, ab exotica iurisdictione quorumvis iudiciorum et subselliorum regni nostri eximimus; soli tantum nostro et civili Leopoliensi iudicio incorporamus ita, ut coram nullo alio praeterquam nostro et civili Leopoliensi iudicio in omnibus causis et actionibus [fundi tantum et contractus exceptis]

stare et respondere iudicatumque vel ipsius executionem pati teneatur et ut palam constet omnibus, illum in protectionem nostram regiam adscitum esse, liberum ei erit, aquilam expansis alis regni nostri insigne foribus domus suae affigere, quam itidem domum seu lapideam ipsius ab omni statione hospitem ex officio liberam et immunem esse debere pronuntiamus. Quod ad notitiam omnium, quorum interest, praesertim vero magnificorum regni et magni ducatus Lithuaniae marschalcorum tum et magistratus Leopoliensis deducentes, iisdem mandamus, ut saepefatum nobilem ac eruditum Valerianum Alembek pro vero ac legitimo medico nostro habeant et agnoscant eundemque absque quoquam impedimento, suprafatis iuribus, immunitatibus, libertatibus et praerogativis, medicos nostros concernentibus, libere utifrui permittant pro gratia nostra. In cuius rei fidem praesens diploma, manu nostra subscriptum, sigillo regni communiri iussimus. Datum Varsaviae, die XX mensis Januarii, anno Dni M. DC. LXX. III, regni nostri anno quarto. Michael rex. [Locus sigilli regni cancellariae minoris. Stephanus Hankiewicz, regiae maiestatis secretarius manu propria]”.

== Dona gratiarum venerabili Domino D. Martino Stanislao Wolfowic die quo ritu solenni in magistrum artium et philos. doctorem in Aula D. Jagellonis renunciaretur, exhibita per Valerianum Alnpek Leopol. artium et philos. magistrum. Cracov. in offic. typ. Martini Philipowski A. D. 1638, w 4-ce, str. 12. [Dedic. Andreae Wolfowic med. dr.]

== Ode illustrissimo Domino D. Joanni in Zamoscie Zamoycki comiti in Tarnów capitaneo Kalusiensi, etc. etc. ab exteris nationibus feliciter redeunti a M. Valeriano Alembek phil. D-iu Acad. Zamosc. math. profess. oblata. Anno Dni 1641. Zamoscii typis acad. exprim. Paulus Radicius, w 4-ce.

[Icon virtutis et laboris venerab. ac. excellent. Domini D. V. D. Valeriano Almpek... dum in alma academia Cracouien. Artium Magistr. et philosoph. Doct. ritu solenni renuntiar. A. Nicolao Fatowicz... An. Dni 1638.

Eucharisticon ad auspicatissimum hymenaeum Valeriani Alembek philosophiae et medicinae doctoris, scabini Leopoliensis et Catharinae Habermann. Excudebat Andreas Jastrzębski Acad. Zam. typogr. 1653].

Źr. druk. 1) Muczkowski, Lib. promot. 301, 307.—2) Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce. T. VI, str. 60.—3) Ks. A. Wadowski. Wiadomość o profes. Akad. Zamojskiej. Warsz. 1899—1900. str. 40, 117, 283.—J. K. Kochanowski. Dzieje, Akad. Zamojsk. Kraków. 1899—1900 str. 86, 110. XVIII.—4). Estreicher. Bibl. polska T. XII, str. 108; T. XVI str. 176—7.

Źr. rękop. 5) Metr, Reg. Lb. 209. fi. 626; Sigill. Lb. 12. fi. 34.

ALEXANDRINUS MIKOŁAJ (Szczekocinius)

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi*¹⁾ uniwersytetu padewskiego zapisano: 21. V. 1572. Nicolaus Alexander f. q. Felicis Poloni fuit conventuatus in med.“ Nie ulega wątpliwości, że mowa tu o lekarzu Mikołaju, którego wkrótce potem widzimy już w Warszawie. Pochodził ze Szczekocin, był synem Feliksa, obywatela tamecznego, i Doroty. Brał czynny udział w zarządzie i sprawach Starej Warszawy, piastując przez cały szereg lat urzędy burmistrza i rajcy (20 lat z górą), co również dowodzi, że cieszył się zaufaniem współobywateli swoich. Nadto był lekarzem kapituły warszawskiej²⁾ oraz prowizorem Bractwa Miłosierdzia, które miało pod zarządem swoim szpital św. Łazarza³⁾. Z nazwiskiem jego (*Doctor med. et philos. Nicolaus Alexandrinus*) spotykamy się w aktach miejskich⁴⁾ zbyt często, by można było przytaczać tu wszystkie szczegóły; zresztą—dotyczą one przeważnie spraw majątkowych, które nie budzą zbytniego interesu.—W roku 1575 jest już żonaty z Anną Łyszczówną burmistrzanką, wdową po Wiktorze Ejchol (Ejchel), rajcy Starej Warszawy, zrzeka się spadku po nim na rzecz tejże wdowy i córki jej z pierwszego małżeństwa Barbary,⁵⁾ która wyszła później za mąż za Mikołaja Mariani'ego, aptekarza Anny Jagiellonki. W r. 1576 kupuje w Rynku Starego Miasta kamienicę, *Liszczowska* zwaną, z ogrodem od Franciszka Liszcza burmistrza⁶⁾ i w niej zapewne mieszka stale, wymieniają go bowiem tutaj registry dochodów miejskich, sporządzone w r. 1580 i w latach następnych⁷⁾. Oprócz tego był właścicielem kilku innych nieruchomości: w r. 1577 sprzedaje ogród *in platea Przeczna* Hieronimowi Odolińskiemu⁸⁾; w r. 1579 kupuje na przedmieściu Warszawy od spadkobierców

Jana Gendy, rajcy Starej Warszawy, część ogrodu *Lisziński* (*Łysiński*?) zwanego, z budynkami staremi, pozostałymi po dawnym browarze i śpichrzu⁹⁾; w r. 1582 kupuje od Stanisława i Piotra Arcichowskich kamienicę, *Sylwestrowska* zwaną, na ul. św. Jańskiej¹⁰⁾ i t. p. Zmarł 13 września 1595 r. na stanowisku rajcy Starej Warszawy, o czym znajdujemy obszerną wzmiankę w księgach Radzieckich¹¹⁾: „Eodem Anno M. D. XC. V. Die XIII. Septem. Mens. Excellens, ac praestanti eruditione, multaque experientia clarissimus eiusdem Ciuitatis Antiquae Warsouien. Doctor Medicus et Consul Officii Residentis Nicolaus Alexandrinus, naturae cursu vitam finiuit“. Tu następuje elegia (*Epitaphium Elegia*) na śmierć doktora Mikołaja.

Zr. druk. 1) St. Windakiewicz. Materyały do historyi polaków w Padwie. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce. T. VII.

Zr. rękop. 2) Metr. Reg. Lb. 118. fl. 38. [Podpisany: *Nicolaus Alexander Szczekocinius Capituli Varschoviensis Medicus*].—3) Akta Star. Warsz. Lb. 13. fl. 88 v.—4) Ibid. Lb. 8. An. 1576. fl. 3. 8. 22.; An. 1579—80. fl. 419. 466. 565 v. 577 v.—Ibid. Lb. 9. An. 1581. fl. 55 v. 166.; An. 1587. fl. 688.—Ibid. Lb. 10. An. 1589. fl. 292.—Ibid. Lb. 12. An. 1591. fl. 16. 20 v.; An. 1592. fl. 73. 86 v.; An. 1593. fl. 234.; An. 1594. fl. 433.—Ibid. Lb. 539. An. 1592. fl. 12.—Metr. Reg. Lb. 125. An. 1581. fl. 452/888.—Acta Donationum (Grodu Warszawskiego) Lb. 6. fl. 131. An. 1582.—Ibid. Lb. 7. fl. 70 v. 107. An. 1583.—Akta Nowej Warszawy. Lb. 5. fl. 18. 20. 220. etc.—5) Akt. Star. Warsz. Lb. 7. fl. 1187.; Lb. 541. fl. 89. [Swieżawski i Wenda mają Barbarę za córkę doktora; była pasierbicą. „Materyały do dziejów farmacyi w Polsce. Cz. III. str. 96].—6) Akt. Star. War. Lb. 541. fl. 93.—7) Ibid. Lb. 534. „Regestrum proventorum Ciuitatis Antiquae V.“—8) Ibid. Lb. 8. fl. 188; Lb. 541. fl. 103 v.—9) Ibid. Lb. 8. fl. 395 v.; Lb. 120. fl. 463.—10) Ibid. Lb. 9. fl. 292.; Lb. 127. fl. 147 v.; Lb. 541. fl. 210.—11) Ibid. Lb. 13. fl. 209. [Swieżawski i Wenda mylnie podają, że żył jeszcze w roku 1598. „Spis lekarzy polskich. Medycyna. T. XIX.]“

ALLOBRANOI [ALDROWANDI] PAWEŁ HIERONIM

dr. medycyny i filozofii, w r. 1737 już nie żył. Jak się właściwie nazywał? W roku 1730 stawili się osobiście przed urząd miejski Starej Warszawy: Paweł Hieronim Aldrowandi filoz. i med. dr. z żoną Cecylją Sakres-

sówną¹⁾, w roku zaś 1737: Cecylja, wdowa po doktorze med. i filoz. *Allobrandim*. Z brzmienia nazwiska widać, że dr. był cudzoziemcem, co zaś do żony, to ta pochodziła zapewne z Warszawy, ród bowiem Sakresów jest tu osiadły i piastuje niejednokrotnie urzędy miejskie. [Znane jest nazwisko *Aldrovandi*: A. Ulysses, botanik włoski, 1522—1605].

Źr. rękop. 1) Akt. Star. Warsz. Lb. 72. fl. 54 v.—2) *Ibid.* Lb. 76. fl. 1072.

ALRZPEK JAN

lekarz lwowski, wynalazca dwu leków (*antidota*) przeciwko zarazie morowej. Żył w pierwszej połowie XVII st. Mówi o nim nieznany z nazwiska lekarz, autor rękopisu [*Apteka mego doszwiatszenia czasu powietrza morowego*], ogłoszonego przez J. I. Kraszewskiego. [może *Alembek?*]

Źr. druk. Notatki lekarza w czasie morowego powietrza we Lwowie 1623. *Ateneum*. 1850. T. II. str. 209.

Anczewski Marcin

lekarz i sekretarz królów: Władysława IV, Jana Kazimierza, Michała, Jana III.

6. *Commissio super taxam meliorationis Aduocatae Rokitnen. pro parte Nobilis ac Excellentis Anczewski.*¹⁾
[Varsaviae, die 22 Februarij, An. 1667].

Treść aktu: Sekretarz i lekarz królewski [*medicus ordinarius*] M. Anczewski miał nadane od roku 1662 wójtowstwo w Rokitnie, w ziemi Lwowskiej, województwie Ruskiem; w r. 1667, widząc ruinę budynków, należących do wójtostwa, tudzież przekonawszy się, że włościanie poddani cierpią nędzę i głód, budynki kosztem własnym wyrestaurował, ludności zaś dostarczył ziarna i inne jej potrzeby zaspokoił. Prosi obecnie o ocenę nakładu wyłożonego, aby ten mógł być zwrócony spadkobiercom jego, gdy wójtowstwo przejdzie po jego śmierci w inne ręce. Król Jan Kazimierz przychyła się do żądań doktora A.

7. Declaratio privilegii super Aduocatum Rokitna nullr. obtenti stante Jure Nobilis Anczewski.²⁾

Treść aktu: Król Michał, mylnie poinformowany, jak sam się przyznaje, wydał przed kilkoma dniami przywilej [ale jeszcze bez pieczęci] na wójtowstwo w Rokitnie Michałowi Żółkiewskiemu [*militi*]. Przekonawszy się, że pomienione wójtowstwo ma nadane do końca życia swojego dr. Anczewski z żoną, przywilej, dany Żółkiewskiemu, cofnął.

8. Secretariatus cum Medicinae Doctoratu Nobili Martino Anczewski Med. Doct.³⁾

[Cracoviae, d. 26. Novembr. 1669]

9. Secretariatus Nobili Anczewski.⁴⁾ [Varsaviae, d. 30 m. Augusti, An. Dni 1673.—Marcin Anczewski, dr. filozofii i medycyny, zaszczycony był zaufaniem Władysława IV i Jana Kazimierza; temu ostatniemu w roli lekarza towarzyszył w wyprawie przeciw kozakom; był nadto sekretarzem obu królów. Obecnie król Michał, w uznaniu zasług doktora, mianuje go dożywotnim lekarzem i sekretarzem swoim].

„Michael, Dei gratia rex Poloniae etc. Significamus praesentibus litteris nostris, quorum interest, universis et singulis. Non leve mortalis aevi labitur spatium, cum nobilis et eruditus Martinus Anczewski, philosophiae et medicinae doctor, consul Leopoliensis, secretarius noster, serenissimorum antecessorum nostrorum eum favorem et benignitatem meruerit, ut ab iisdem solius virtutis aestimatione in aulicum cooptatus fuerit servitium, litteras domi forisque partas medicinae scientiam raram eximiamque peritiam, in variis gravioribus negotiis tractandis longo usu quaesitam, consumatamque prudentiam, serenissimi antecessores nostri Vladislaus IV, Joannes Casimirus impensius aestimarunt. Ac vel maxime serenissimus Joannes Casimirus cum ultra Borysthenem victricia sigua contra rebelles moveret cosacos, memoratum nobilem Anczewski, regiae valetudinis moderatorem et comitem, tam remotorum et longinquorum adscivit itinerum. In multis denique occasionibus promptum et alacre eiusdem nobilis Anczewski benemerendi studium

regia complectebatur benignitate. Porro eam gratiam serenissimorum antecessorum nostrorum augendam exagerandamque censuimus ac eundem nobilem Anczewski pro medico secretario perpetuo ad latus nostrum residentem, adsciscendum et cooptandum esse duximus, prout cooptamus et adsciscimus praesentis diplomatis nostri autoritate, dantes et concedentes eidem plenam et omnimodam potestatem, omnibus iuribus, praerogativis, libertatibus et immunitatibus, quibus reliqui secretarii et actuales medicinae doctores nostri de iure et consuetudine gaudent et fruuntur, libere gaudendi et utifruendi, salvo itidem officii, consulatus Leopoliensis munere ac omnibus obventionibus, ad idem officium consulare de lege et recepta consuetudine spectantibus. Quod universis et singulis, praesertim vero dignitariis, officialibus regni et curiae nostrae ac aliis quibusvis dominiorum nostrorum magistratibus, magnificis marschalcis, nec non caeteris cuiuscunque status, dignitatis et praereminentiae hominibus denuntiantes mandamus volumusque, ut supranominatum nobilem Martinum Anczewski, pro reali, actuali, iurato et perpetuo lateri nostro residente secretario et medicinae doctore nostro habeant et agnoscant eumque omnibus et singulis libertatibus, immunitatibus et praerogativis secretarios et medicinae doctores nostros concernentibus gaudere et utifrui permittant ac de illis respondeant et ab aliis responderi curent pro gratia nostra. In cuius rei fidem maiorem et evidentius testimonium praesentes, manu nostra subscriptas, sigillo regni communiri iussimus. Datum Varsaviae, die XXX mensis augusti, anno Dni M. DC. LXX. III, regni nostri V anno. Michael rex. [Locus sigilli regni cancellariae minoris, in pixide laminea appensa contenti, cera vero rubra expressi. Stanislaus Bużeński, G. W, C. regens cancellariae regni].“

10. Servitoratus Excellenti Martino Anczewski Med. Dri. Consulo Lepol.)
[30 Sierpnia 1673.]

W roku 1679 pojął za żonę Marjannę Tauzenównę (Tauszównę?) Umowę przedślubną co do majątku ruchomego i nieruchomego zawarł narzeczeni pod warunkiem kary 6000 złotych węgierskich na niedotrzymanego umowy i uzyskali potwierdzenie królewskie:

Pam. Tow, Lek. T. 97, Z. IV.

II. Nobiles et Spectabiles Martinus Anczewski Consul Leopoliensis et Marianna Tauszowna contractum roborant. 6)

[Jaurouiae, feria secunda ipso die festi Sancti Galli Abbatis. An. 1679].

Związek małżeński uczcił panegirykiem rodak doktora, lwowianin, Stanisław Józef Bierżanowski, profesor Uniwersytetu Krakowskiego.⁷⁾

— Panegyris epithalamica, nobilissimis sponis, nobilissimo et excellentissimo viro, D. Martino Anczewski, medicinae doctori, consuli Leopoliensi, medico et secretario regio; et nobilissimae ac lectissimae virgini et sponsae, Mariannae Tauseniae, inter solennes nuptialium festorum, in regia Żółkiewiensi applausus, a M. Stanisłao Josepho Bierzanowski Leopol. in alma Universitate Crac: philosophiae doctore, collega minore, ordinario poeseos professore officiosissimae gratulationis affectu dedicata. Anno salutis 1679. die 29 mensis Octobris. Cracoviae, ex officina Alberti Górecki S. R. M. typogr. w 4-ce, 7 k. nlb.

Źr. druk. 7) K. Estreicher. Bibliogr.¹⁾ polska. T. XIII. s. 122.

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 206. fl. 217 v.— W sprawie tegoż wójtostwa znajdujemy akta drukowane w tomie *X Akt Grodzkich i Ziemskich*: str. 291 № 4840 akt z 21 maja 1662 r.; str. 300. № 4993 z dn. 22 listopada 1665 r.; str. 346. № 5792 z dn. 15 marca 1682 r.—2) *ibid.* Lb. 209. fl. 215 v.—3) Sigill. Lb. 11. fl. 35/69.—4) Metr. Reg. Lb. 209 fl. 689.—5) Sigill. Lb. 12. fl. 79.—6) Metr. Reg. Lb. 214. fl. 14 v.—NB. U Kościńskiego jest Anczewski Marcin i Janczewski Marcin. Czy nie jest to jedna osoba? W *Vol. Leg* w roku 1648: M. Janczowski dr. med., rajca i wójt lwowski.

ANDRYCHOWICZ JAKÓB

Gąsiorowski¹⁾ i Kościński²⁾ dają krótkie wzmianki o Andrychewiczu, lekarzu z końca XVIII stulecia, źródła zaś rękopiśmienne z tego czasu wymieniają dwóch lekarzy, stale używając nazwiska Andrychowicz. Świeżawski i Wenda³⁾, przytoczywszy Jakóba i Wojciecha Andrychowiczów, stawiają pytanie: „jest li to jedna dwu-

imienna osoba, lub dwie?“ Odpowiedź stanowczą daje akt ⁴⁾ podziału majątku, pozostałego po śmierci Antoniego Andrychowicza, aptekarza warszawskiego, [znanego już w roku 1718]. Podział nastąpił w r. 1775, do tego zaś czasu zarząd spoczywał w rękach wdowy—Łucyi z Łosackich: ona prowadziła aptekę, utrzymywała przy sobie syna Jana z żoną jego, łożyła na wykształcenie dwóch synów lekarzy, wysławszy ich za granicę i t. p. W roku 1775 dla przyjęcia rachunków od matki i do podziału majątku stawili się przed urzędem miejskim Starej Warszawy, oprócz matki-wdowy, synowie: Jan Tomasz, rajca Starej Warszawy, Jakób i Wojciech, doktorowie medycyny, tudzież Ignacy. Lekarze podpisali akt w słowach następujących: „*Wojciech de Andrychowicz Med. Dr.*“; „*Jakub de Andrychowicz Konsyliarż Jego Królewskiej Mości Doktor Generalnego szpitala*“. Oto w krótkich słowach rodowód Andrychowiczów.

O Jakóbie, oprócz kilku wzmianek w aktach miejskich, czytamy pod r. 1778, ⁵⁾ że z żoną swoją Anną z *Fontannych* kupili kamienicę na ulicy Pivnej obok kamienicy klasztornej O.O. Augustyanów za 36000 zł. pol., płacąc „złotem obrączkowym“. Z podpisu własnoręcznego wiemy już nadto, że był lekarzem szpitalnym i konsyljarzem dworu królewskiego. Zaszczyt ten spotkał doktora Jakóba w roku 1771, mianowicie dn. 9 października król Stanisław August podpisał dyplom:

12. Consiliariatus Aulicus Nobili Jacobo Andrychowicz Doctori Medicinae ⁶⁾

„Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quia nos plurimorum testimonio commendatam habentes Nblis Jacobi Andrychowicz Medicinae Doctoris egregiam indolem ac in rebus agendis dexteritatem, faciendum esse duximus, ut Ipsum in numerum Aulae Nostrae Consiliariorum adscribebimus et cooptabimus, prout quidem adscribimus et cooptabimus, hisce Literis Nostris, dantes et concedentes Eidem Nobili Jacobo Andrychowicz plenam et omnimodam potestatem omnibus iuribus, praerogativis, immunitatibus de Jure et consuetudine concessis et quibus caeteri Aulae Nostrae Consiliarij gaudent et fruuntur pleno jure gaudendi et utifruendi.

Ita tamen ut a solitis Jurisdictionibus et contributionibus publicis eximi se se non praesumat. Quod universis et singulis praesertim vero Mgcis Regni et Curiae Nostrae Mareschalcis notnm esse volentes, mandamus quatenus praefatum Nblem Jacobum Andrychowicz pro Consiliario Aulae Nostrae habeant, nominent et agnoscant Bique de praerogativis, munijs, immunitatibus Consiliarijs Nostris servientibus gaudere et frui permittant. pro Gratia Nostra. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae die IX Mensis Octobris Anno Dni MDCCLXXI Regni vero Nostri VIII Anno. Stanislaus Augustus Rex*.

Źr. druk. 1) Zbiór wiadomości do historyi... T. III. str. 175.—2) Słownik lekarzów. st. 8.—3) Spis lekarzy polskich. Medycyna T. XIX.

Źr. rękop. 4) Akt. Star. Warsz. Lb. 588. fl. 488.—5) Ibid. Lb. 590. fl. 303 v., 305 v., 306 v.; Lb. 591. fl. 825. 831. 834. 836.—6) Ks. Kancel. Lb. 49. Pars I. fl. 168; Sigill. Lb. 32. fl. 142; Metr. Reg. Lb. 272. fl. 407. [Oblata d. 10 paźdz. 1771].

ANDRYCHOWICZ WOJCIECH

[O stosunkach rodzinnych doktora *vid.* Andrychowicz Jakób]. W roku 1775 pojął za żonę Joannę *de Szumki* [z Szumskich?], wdowę po Kacprze Wiesiołowskim, kupcu Warszawskim. W roku 1777 kupił za 3200 czerw. zł. od Michała Kicińskiego, kapitana wojsk koronnych, kamienicę w Rynku Starej Warszawy, obok kamienicy doktora Czenpińskiego, sprzedał zaś za 5200 zł. poi. dworek na Podwalu, własność dawniej Przezdzieckich, potem Nowakowskich. W roku 1778, nie doczekawszy się potomstwa, zawarł dr. Wojciech z żoną swoją umowę, której mocą majątek wcześniej umierającego miał przejść na własność pozostałego przy życiu, i ten obowiązany był sprawić zmarłemu „pogrzeb przyzwoity“, krewnym zaś jego wypłacić 1000 zł. czerw.¹⁾ Z czynów doktora społecznych należy zaznaczyć, że w r. 1777 brał udział w naradach komitetu, obradującego nad ustawą o służbie zdrowia.²⁾ W r. 1772 Bractwo Miłosierdzia, pod którego zarządem był szpital św. Łazarza, wprowadziło urząd nowy *inspektorów nad szpitalem i cyrulikiem*, wybrawszy zaraz na takich inspektorów Rit-scha i Andrychowicza.³⁾ [Jakóba, czy Wojciecha?]

Źr. druk. 1) Swieżawski i Wenda. Spis lekarzy polskich. Medycyna. T. XIX.—3) Fr. Giedroyć. Rys. hist. szpitala św. Łazarza w Warszawie. str. 64—65.

Źr. rękop. 1) Akt. Star. Warsz. Lb. 103. fl. 11. 79 v. 552.; Lb. 108. fl. 130; Lb. 110. fl. 8 v.; Lb. 589. fl. 1. 3. 974. 1331. 1333. 1440. 1558. 1620; Lb. 590. fl. 3. 101 v. 106 v. 187; Lb. 593. fl. 828.

Andrysiewicz

Czytamy u Koźmińskiego [również u Gąsiorow. T. I. str. 227, u Bantk. Hist. Lit. II. 441 i in.]: „**A n d r y s i e w i c z**, wedle Czackiego, miał być lekarzem Zygmunta Augusta i wydać *O leczeniu i zachowaniu zdrowia*. Otóż ten dr. Andrysiewicz powstał u Czackiego w ten sposób: w roku 1564 wyszło w Krakowie dziełko: *Lekarstwa doświadczone, które zebrał uczony lekarz pana Jana Pileckiego*.. [wid w Słowniku Koźm. pod *Siennik*], wydawcą zaś dziełka był drukarz Łazarz Andrysowicz. Czacki, nie znając jeszcze tytułu książki [pierwszy podał Wiszniewski], wziął wydawcę za autora, mylnie nadto podawszy nazwisko jego: *Andrysiewicz* zamiast *Andrysowicz*.

Źr. druk. Pierwszym który sprostował pomyłkę Czackiego, był, zdaje się, A. Ossoliński: w pracy p. n. *O życiu i pracach Tadeusza Czackiego*. Krzemieniec. 1816. str. 169.—J. Rostafiński. *Nasza literatura botaniczna XVI wieku*.—K. Estreicher. *Bibliogr. pol.* T. XII. str. 150.

ANDRZEJ

lekarz *obojsza królestwa* dostaje w roku 1536 na drogę do Włoch [*eunti Italiam*] 80 flor.;¹⁾ w roku 1521 *Andreas doctor phisicus* ma wypłacone 50 flor.²⁾ Ponieważ w tym ostatnim przypadku doktor Andrzej występuje jako członek dworu włoskiej królowej [*curia Italica Reginalis*], można przypuścić, że mowa tu o Valentinim Janie Andrzeju, lub może o Bolconello Andrzeju.

Źr. druk. Swieżawski i Wenda. Spis lekarzy polskich. Medycyna. T. XIX.

Źr. rękop. 2) Rachunki skarbu król. z r. 1521.

Antoninus Jan

— Elegia in mortem Erasmi Rotterodami. Cracoviae, ex officina Floriani Vnglerii. 1536.

Źr. druk. K. Estreicher. Bibl. pols. T. XII. str. 177.

ANZELIERI ALOIZY

Wenecyanin, *Philosophiae et Medicinae Doctor Patavinus, Phisices Professor* [w Zamościu], wezwany do objęcia katedry w Akademii Zamojskiej 20 marca 1675 r., pozostawał tu nie długo, już bowiem w roku 1676 [20 kwietnia] ustąpił dobrowolnie, snąc lepszą widząc dla siebie przyszłość w służbie u Dymitra ks. Wiśniowieckiego, podówczas wojewody bełskiego i hetmana.¹⁾ Jako medyk jego występuje jeszcze w roku 1679, kiedy w przejeździe z Myszkowskim przez Padwę wpisuje tam imię swoje w księgi nacyi polskiej²⁾. Przedtem jeszcze odbył podróż do Turcyi, dokąd jeździł z poselstwem Rzeczypospolitej [zapewne z Janem Gnińskim, wojewodą chełm. w r. 1677] i w roku 1679 wrócił do Warszawy.³⁾ Kiedy zdobył tytuły dworskie, tego w dostępnych mi aktach wysledzić nie mogłem, z późniejszego atoli odznaczenia [w r. 1694] widać, że towarzyszył Janowi III pod Wiedeń jako sekretarz jego poufny [*secretarius intimus*], a prawdopodobnie też jako lekarz. Przebywał u boku Sobieskiego w innych również wyprawach tego króla, o czem świadczy dyplom, którego mocą Jan III nadaje doktorowi A. tytuł hrabiowski [*comes*].

13. Comitatus Nobilis Aloisy Anzelieri Med. Dr.⁴⁾

[Varsaviae. An. 1694].

„In nomine Domini Amen. Ad perpetuam rei memoriam. Joannes Tertius, Dei gratia rex Poloniae, magnus dux Lithuaniae, Russiae, Prussiae, Masoviae, Samogitiae, Kiioviae, Volhyniae, Podoliae, Podlachiae, Livoniae, Smolensciae, Severiae, Czerniechoviaeque. Notum facimus praesenti diplomate nostro regio universis et singulis tam praesentibus, quam post futuris in omnem posteritatem, non obscuros aut reconditos principum favores esse decet, sed quemadmodum sol omnibus oritur et maria cunctis patent, ita beneficia regum non inter angustos latere terminos, sed in con-

spectum orbis universi, eadem prodire est necessum. Quid enim maius aut praeclarius principibus ad illustrandam et firmandam amplitudinem maiestatis et imperii suorum contingere potest, quam quod ea sint praediti potestate, ut non subiectos tantum sibi, verum etiam externos beneficentiae et liberalitatis testificatione ac argumentis obstrictos devinctosque reddere valeant. Quid enim virtutum series? quid artium sublimitas? quidve summum ingenium eniti possit, non est id penetrasse, nisi proba probataque peregrinatione per orbem, qui est universis doctis et bellicis viris strenue et cum gloriosis meritis ubique laudum encomia promereri. Quamobrem cum Nobilis Aloysius Anzelieri, philosophiae et medicinae doctor, secretarius noster intimus eam laudem ac encomia impensis virtutum suarum studiis a nobis et serenissima republica nostra promeruerit, is enim in solo patriae nostrae sua profulgens nobilitatis praerogativa et praeeminentia peregrinus, quo specialius peregrinationis gloriosae praefulgeret decore, primum cum magno ad Machometem IV, Turcarum imperatorem, oratore nostro et reipublicae nostrae summo cum et alacri studio, ubi suis propriis sumptibus, anno integro in hocce servitio mansit, ex nostra regia voluntate peregrinans atque in servitiis nostris per viginti et plus annos non duntaxat nostro serenissimaeque curiae nostrae, verum cum toto totius reipublicae commodo, continua virtutum suarum exhibuit specimina, bellicarum nostrarum expeditionum in castris, ad Żórawno positis, in bello circa eliberationem Viennae Austriae, ab Othomanica obsidione in Strigony expugnatione et ad Belgradum persequendo scythas, iuratos sanctae crucis hostes et Othomanicae portae asseclas, sub Żwaniec et sub Cameneco Podoliae ditionum nostrarum fortalitiis individuus semper nobiscum comes exstitit. In et pro praeclararum eius virtutum et meritorum remunerationem eundem nobilem Aloysium Anzelieri comitatus regni et dominiorum nostrorum titulo, dignitate ac fulgore cum suis legitimis posteris de illius lumbis descendentibus in perpetuum insigniendum et donandum esse de speciali gratia et munificentia nostra regia constituimus, quemadmodum hocce praesenti diplomate nostro eundem comitem insignimus, creamus, decernimus, erigimus et declaramus ita, ut ubique locorum in regno et dominiis nostris omnibus et universis atque singulis terrarum spatiis, titulo et praerogativa Comitatus regni et reipublicae immunitatibusque et cunctis favoribus eidem dignitati et praeeminentiae de iure et observata consuetudine competentibus atque debitis suis cum

succedaneis gaudeat et utifruatur. Stemmata quoque suo gentilitio comitatus hic accurate delineato et expresso *) in scutis, sigillationibus, peristromatibus, tapetibus, parietibus, aedificiis et quibusvis in locis pro suo beneplacito et voluntate arbitraria utatur et insigniatur tempora in perpetua. Quod omnibus et singulis, quorum interest, praesertim vero principibus ecclesiasticis et saecularibus, ducibus, marchionibus, comitibus, baronibus, dignitariis, capitaneis, officialibus et quibusvis magistratibus ac praesidibus ad notitiam deducentes mandamus subditis nostris et regni ac dominiorum nostrorum, a vicinis autem gratiose requirimus et peramanter rogamus, ut praelibatum nobilem Aloysium Anzelierii comitem per nos insignitum pro vero et legitimo comite habeant, agnoscant, manuteneant, conservent et defendant haberique ab omnibus, agnosci, manuteneri, conservari et defendi curent pro gratia nostra et vicinis nostris vicissim responsuri. In cuius rei fidem et evidentius testimonium manu nostra subscriptas sigillo maiestatis communiri iussimus. Datum Varsaviae die... mensis...**) Anno Domini M. D. C. XC. IV, regni nostri XXI anno. Joannes rex.“

[Locus sigilli maiestatis regiae, in pixide pensili in cera rubra expressi, Franciscus Michael Comes Denhoff, Starogardiensis capitaneus et maioris sigilli regni Poloniae secretarius manu propria.]

Źr. druk. 1) Ks. J. A. Wadowski. Wiadomość o profesorach Akad. Zamojsk. War. 1899—1900 str. 45. 155.—J. Kochanowski. Dzieje Akad. Zamojsk. Kraków. 1899—1900 str. 142. 149.—2) St. Windakiewicz. Księgi nacyi polskiej w Padwie. Prot. zgromadzeń nacyi polsk. w Padwie. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce. T. VI.

Źr. rękop. 3) Akt. Star. Warsz. Lb. 562, fl. 151 v.—4) Metr. Reg. Lb. 219, fl. 27 [Oblata z r. 1695].

*) W akcie podobizna herbu. **) Poprzedni akt nosi datę „11 aprilis“, a następny „20 aprilis“.

APEL

zajmował się praktyką lekarską w Białej Radziwiłłowskiej przy końcu XVIII st. [wymieniony w przypadku drugim: *Apla*, więc może *Apl?*]

Źr. druk. Pamiętnik Jana Drozdowskiego. Ateneum. 1883. III.

z ARGENTYNY JAN

Johannes de Argentina alias Stroszborg [de Stroszborg Johan.] medic. dr. staje w r. 1518 [wtedy już miał około 60 lat] jako świadek przed sądem rektorskim w Krakowie.

Źr. druk. Wisłocki. Acta rector. T. I. № 2461.

ARNOLD JAN GOTFRYD

W roku 1731 zaszczycony godnością lekarza królewskiego [archiater]; w r. 1748 już nie żył, wtedy bowiem wystąpiła przed urzędem miejskim Starej Warszawy żona jego, Anna Konkordja, jako wdowa.¹⁾

14. Archiateratus Regius Nobili ac Erudito Joanni Godefredo Arnoldt Med. Dri.²⁾

[Varsoviae, d. 3 Mart. An. 1731.]

Źr. rękop. 1) Akt. Star. Warsz. Lb. 578. fl. 248 v.; Lb. 587. fl. 328.—2) Sigill. Lb. 22. fl. 71 v/94.

Arnuth Jakób

W Wilnie, w kościele św. Franciszka, uczciła go nagrobkiem żona, Sienkiewiczówna z domu:

D. O. M. Ac Manibus piis. Magnifici ac Excellentissimi D. Jacobi Arnuth, natione Angli, splendore natalium Nobilissimi, fidei Catholicae zelosissimi, eruditione Medici clarissimi, ac Serenissimo Sigismundo III. Poloniae et Sueciae Regi fidissimi: officio, Senatoris Vilmensis prudentissimi; vita, moribus, pietate, ac humanitate integerrimi; hic cum prole quiescentis: quem Magnifica Veronica Morarissa, Josephi Sienkiewiczij vxor, Sponsae suae Dianae Mater, praecessit ad tumulum. Sed iunxit Sponsa hoc amoris officijque signo, Parentem cum Marito, 1640. vicem receptura post fata.¹⁾

Zaślubiny jego w r. 1605 z Sienkiewiczówną uczcił kuzyn panegirykami:

— *Epithalamium* in nuptias nobilis et excellenti viri D. Jacobi Arnotti Scoti medicinae doct. peritissimi, nec non honestissimae et pudicissimae virginis Dianae Sienkiewi-

ciae, Josephi Sienkiewiczii viri clarissimae perillustris civitatis Vilmensis civis primarii filiae, Vilnae celebratas. A Patricio Abircrumbeo Scoto, ejusdem sponsi nepote grati animi testificationis erga scripta et oblata. Vilnae apud Joann. Karcanum. A. D. 1605 w 4-ce, k. 7. niel. [wiersz.]

Źr. druk. 1) Starowolski. Monum. Sarm. 235. — 2) K. Estreicher. Bibliogr. pol. T. XII. str. 5.

Aurifaber Andrzej

Powołany do Królewca w roku 1546, był tam lekarzem księcia Olbrachta [Albrechta]; pojął za żonę córkę Andrzeja Osiandra, był teściem drukarza Luffta. Data urodzenia jego: u Kościńskiego r. 1512, u Estreichera 1514. [Życiorys jego podał F. Lindemann w *Altpreuss. Monatsschr.* Bd. XXX. Heft. 5. 6. r. 1893].

— Schola Dantiscana cum exhortatione ad literas bonas [latine et germ.]. Gedani. 1539. w 8-ce.

— De repletionem et evacuationem disputatio medica. Autore Andrea Aurifabro Vratislaviensi medico. In Academia Regiomontana Prussiae. Anno M. D. LIIII. (1554). w 4 ce, 4 kartki.

Źr. druk. K. Estreicher. Bibliogr. pol. T. VIII. str. XLIX; T. XII. str. 302.

Awedyk Jan Michał

Pomimo że miał dyplom lekarski i był instalowany na kanonikat doktora medycyny przy kapitule gnieźnieńskiej, praktyką lekarską nie zajmował się, przez co kapituła musiała utrzymywać osobnego lekarza świeckiego przez lat szesnaście. Na kapitule jeneralnej roku 1760 postanowiono, aby ks. Awedyk zwrócił przynajmniej za kilka lat ostatnich po 200 zł. rocznie, na tegoż lekarza, jego zastępcę, wydawanych, a oprócz tego płacił z dochodów kanonikatu swojego pensję przyjętemu do zastępstwa lekarzowi Tomaszowi Matuszewskiemu. Ks. Awedyk, uznając słuszność żądań kapituły, zobowiązał się płacić na utrzymanie lekarza 300 zł. rocznie, ale w tym samym jeszcze roku zmarł w Łowiczu dnia 7 grudnia; pochowany w kolegiacie tamtejszej. W akcie instalacyjnym na kanonikat dokto-

ralny fundi Zamoście z dn. 7 października roku 1744 kapituła gnieźnieńska tak się wyraża o A.: „non obscuro genere natus, scientia praeclarus, ingenio acutissimus, moribus modestissimus et omni virtutum genere praeditus in Philosophia, Theologia et utroque Jure iam laureatus.“ W aktach kapituły występuje kilkakrotnie jako archipresbiter przy kościele Panny Maryi w Krakowie.

Awedyk Jan Nepomucen

Stopień doktora medycyny osiągnął w Rzymie w roku 1742. W Sierpniu 1762 r., po ustąpieniu Pawła Dzidowskiego, powołany na profesora medycyny do Akademii Zamojskiej. Był profesorem przez lat 9, piastował godność dziekana [był jedynym profesorem wydziału i dziekanem] i w tej roli był jednym z przedstawicieli akademii na uroczystości koronacyjnej Stanisława Augusta. Osobą swoją zaszczytu szkole nie przyniósł, a prawdopodobnie także korzyści słuchaczom, gdyż był niedbałym w pełnieniu swoich obowiązków i chętnie oddawał się nałogowi [*Baccho*]. Gdy pomimo nagany publiczne, udzielane kilkakrotnie przez zarząd akademii, nie myślał o poprawie, tenże zarząd, przekonawszy się o jego *vitae et morum absurdis*, postanowił usunąć go z grona profesorów, dając mu pięć dni czasu, aby sam dobrowolnie ustąpił, co też uczynił w roku 1711. Jakoż w spisie profesorów czytamy przy nazwisku jego uwagę: „Ob depravatos mores et absurditates saepe monitus, Universitas qua incorrigibilem illum adegit ut resignaret et valediceret professioni; quod ille perfecit, resignando die 16 Augusti 1771 an.“¹⁾ W tymże spisie profesorów Akad. Zamoskiej nazwany: „S. R. Mtis Secretarius Consiliarius et Medicus, Eques Auratae Militiae.“ Istotnie, był zaszczycony godnością konsyljarza i lekarza dworu królewskiego w roku 1748.

15. Consiliarius SR Mtis una cum Medicinae Doctoratu Aulico Nobili ac clare erudito Joanni Nepomuceno Awedyk Phil. et Med. Doctori confertur.²⁾

Źr. druk. 1) Ks. J. Wadowski. *Wiadomość o prof. Akad. Zamojsk.* str. 64. 244. 249. 290. 298.—J. Kochanowski. *Dzieje Akad. Zamojsk.* str. 275. 297. 302. 313. 314.

Źr. rękop. 2) Sigill. Lb. 28. fl. 78.—W tomie X [str. 429. № 7248] *Akt Grodzkich i Ziemskich* podano: 5 sierpnia 1758 r.

C Z Y N N O Ś C I
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

—
P R O T O K Ó Ł Y

Rok 1901.

Posiedzenie kliniczne z dnia 24 Września 1901 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 13 i gości 2.

T r e ś ć: NEUGEBAUER Fr.—Przedstawienie preparatu płodu pozamacicznego, usuniętego na drodze cięcia brzuszego.
OLTUSZEWSKI Wł. — „Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategorii zboczeń mowy.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. SZOKALSKIEGO i ŻENCZYKOWSKIEGO.

III. Do biblioteki Towarzystwa kol. OLTUSZEWSKI nadesłał odbitki prac swych.

IV. NEUGEBAUER demonstrował usunięty tegoż dnia z rana przez niego na drodze cięcia brzuszego płód pozamaciczny żeński, który 6 tygodni temu obumarł w 7 miesiącu ciąży. Z powodu warunków danego przypadku dokonano kelyphotomiae z usunięciem obumarłego płodu i łożyska, jamę zaś legowiska płodu

traktowano jak jamę opróżnionego ropnia. N. na 51 operacji dokonanych przez niego przy ciążach pozamacicznych dopiero po raz drugi natrafia na tak zwaną ciążę wtórną abdominalną, a po raz czwarty na płód bądź to żywy prawie donoszony, bądź obumarły w 7, 8 lub 9 miesiącu ciąży. Wogóle zaś w czasie 20-letniej praktyki swojej dopiero po raz 6 miał do czynienia z płodem odpowiadającym jednemu z ostatnich trzech miesięcy ciąży przy ciąży pozamacicznej. Spostrzeżenie dzisiejsze obfitujące w różne szczegóły mniej lub więcej ciekawe, opisanem będzie szczegółowo przez kol. SZYMAŃSKIEGO, jednego z pomocników oddziałowych NEUGBAUERA.

[Autoreferat].

V. OLTUSZEWSKI wygłosił rzecz p. t.: „Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategorii zbroczeń mowy“.

Pojęcie o zwyrodnieniu zaczęło kiełkować dopiero od czasu pracy MORIT'a [1857], a rozszerzało się zwolna dzięki przeważnie badaniom francuskich autorów, jak MAGNAN [de Tours], CHARCOT, RICHT. FÉRE, DÉJERINE i innych po części niemieckich.

Pod mianem zwyrodnienie psychiczne autor pojmuje ogólny termin dla chorych obarczonych dziedziczością patologiczną przekazywaną potomstwu. Obejmuje on: 1) zwyrodniałych niższych. Tu zaliczamy różne stopnie niedorozwoju psychicznego [idyota, głuptak, zacofany] i padaczkę, 2) zwyrodniających się, do których należy przeważna ilość przypadków neurastenii, hysterii a zapewne i innych cierpień układu nerwowego zarówno czynnościowych [choroba BASEDOW'a, THOMSON'a itd.], jak i organicznego pochodzenia [paralysis progressiva, porażenia mózgowe wieku dziecięcego itd.], 3) niezrównoważonych. W rzędzie przyczyn zwyrodnienia najważniejszą rolę odgrywa środowisko [nędza, szkodliwe dla zdrowia zawody itd.], dziedziczność patologiczna w obszernem znaczeniu, cierpienia ustrojowe oraz przymiot. W etyologii zwyrodnienia uwzględniamy również przyczyny ilościściowe, jak choroby płodu, poród przedwczesny, utrudniony lub nieprawidłowy, obrażenia głowy, wzruszenia moralne, choroby zakaźne itd. Z objawów zwyrodnienia autor szczegółowo opisuje różne dla każdej jego kategorii znamiona anatomiczne, fizyologiczne, ewentualnie psychiczne i społeczne.

Ograniczając się do krótkiego opisu więcej charakterystycznych objawów zwyrodnienia przy niedorozwoju, padaczce, hysterii, neurastenii i niezrównoważeniach, autor przechodzi do właściwego swego odczytu, a mianowicie wyjaśnienia stosunku zwyrodnienia do różnych kategorii zbroczeń mowy. W tym celu zastanawia się przede wszystkim szczegółowo nad etyologią niemoty, bełkotania, ewentualnie wadliwego wymawiania i mowy nosowej, a opierając się na własnym materiale klinicznym wynoszącym 722

przypadki tych zбочeń, zaznacza, że niedorozwój spowodował je w 221 przypadkach, w pozostałych zaś 501 wrodzona głuchota ewentualnie niemota pozakorowa, słusznie zaliczana przez wielu autorów do objawów zwyrodnienia, oraz zmiany anatomiczne w organach artykulacyjnych, przeważnie u niezrównoważonych, okazały się przynajmniej w połowie przypadków. Z przytoczonych danych dochodzi do wniosku, że, w większości przypadków pomienionych zбочeń, zwyrodnienie odgrywa rolę pierwszorzędną. To samo dotyczyło etyologii jąkania spostrzeganego na różnych szczeblach drabiny degeneracyjnej, gdzie również w większości przypadków odnotowywał dziedziczność patologiczną. Tak na 814 przypadków jąkania, dziedziczność patologiczną znalazł w 365 przypadkach. Liczba ta zdaniem autora faktycznie jest zapewne daleko większa, a to z powodu braku w wielu przypadkach ścisłych wywiadów, oraz częstego ukrywania przez otoczenie momentów neuropatycznych, obciążających rodzinę. Co się tyczy 10 przypadków trzepotania, to wszystkie miały miejsce u niezrównoważonych.

Uwzględniając wyżej podane liczby zwyrodnienia dla wszystkich kategorii zбочeń mowy, autor sądzi, że najogólniejszym a zarazem najważniejszym momentem uspasabiającym do nich jest zwyrodnienie psychiczne, przyczem o ile niedorozwój stanowi najważniejszy moment przyczynowy dla niemoty, bełkotania i mowy nosowej, po części zaś tylko dla wadliwego wymawiania i jąkania, o tyle znów to ostatnie łącznie z trzepotaniem nagabuje przeważnie niezrównoważonych. Tylko stosunkowo nieznaczny procent zбочeń mowy warunkują zmiany patologiczne w tkance mózgowej u ludzi nienależących do kategorii zwyrodniałych, oraz cierpienie ucha i jamy nosogardzielowej. Z powyższego wynika, że przeważną liczbę chorych ze zбочeniami mowy zaliczyć należy do zwyrodniałych, zyradniających się niezrównoważonych, a same zбочenia mowy do jednych z ważniejszych znamion zwyrodnienia.

Wyjaśniona etyologia zбочeń mowy pozwoliła autorowi wyznaczyć miejsce, jakie logopatologia winna zajmować w rzędzie innych gałęzi wiedzy lekarskiej [dział neuropatologii i psychopatologii], podać racjonalną higienę [środki zapobiegawcze przeciw zwyrodnieniu się], oraz uzasadnić na czem winniśmy opierać rokowanie i leczenie zбочeń mowy.

Zapatrywania autora w kwestyi stosunku zwyrodnienia, zaznaczone już uprzednio w kilku pracach z ostatnich lat, zwolna zaczynają podzielać i niemieccy pisarze, w szczególności co się tyczy jąkania. O. wyraża nadzieję, że w miarę przybywania nowych pracowników na polu zбочeń mowy poglądy zawarte w ni-

niejszej pracy niezadługo obejmą i pozostałe kategorie zbroczeń mowy. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz*.

Sekretarz *L. Dydyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 8 Października 1901 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz**,

Obecnych Członków 57 i gości 7.

T r e ś ć: KOZERSKI A.—Przedstawienie chorej z *epidermolysis bullosa haereditaria cum atrophia consecutiva*.

ENDELMAN Z. — Przedstawienie dwóch chorych, u których dokonano cięcia cesarskiego sposobem FRITSCH'a.

NEUGEBAUER Fr. — Przedstawienie preparatu ogromnego włóknika szyjki macicznej, usuniętego *per vaginam* za pomocą grajczarka francuskiego.

BRONOWSKI Szczęsny.—„Przyczynek do względnej uleczalności gruźlicy“ [z przedstawieniem dwóch chorych].

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: OPALSKIEGO z Olkusza, SZELESTA, SZCZAWIŃSKĄ, KIJEWSKIEGO St., DŁUGOSZEWSKIEGO, WESPAŃSKIEGO i WOLYŃSKIEGO.

III. Biblioteka Towarzystwa otrzymała w darze kilka książek lekarskich od kol. NEUGEBAUERA, odbitki z prac prof. BROWICZA i kol. ŚWIĄTECKIEGO.

IV. PREZES zawiadomił, że stypendya imienia KOCZOROWSKIEGO otrzymali w r. b. następujący studenci: Koczorowski Wł. Osiński Eug., Gębarski St., Węgliński Z., Penkala Boi., Białostocki Mar. [o ile brakujące dokumenty przedstawione zostaną]. Stypendyum imienia GOŁĘBIOWSKIEGO przyznano stud. Łabuciowi Rajmundowi, jako powinowatemu zapisodawcy.

V. KOZERSKI przedstawił przypadek, który, zdaniem jego, należy do rzadkości dermatologicznych.

Dziewczyna lat 20, córka kolonisty, jest najstarszą z rodzeństwa. Przyszła na świat jako normalne dziecko. W 9-ym roku przebyła odrę, w 9 i 11 roku życia podległa tyfusowi. W roku bieżącym podług słów matki prawa połowa ciała chorej była przez kilka tygodni obrzękła.

W 9 dniu życia u chorej zjawił się pierwszy pęcherz, potem inne powstawały, gdy stare goiły się, nie dając spokoju chorej do chwili obecnej.

Badanie daje wynik następujący: Skóra głowy, szyi, tułowia górnych części ramion i ud blada, wiotka, lecz zresztą normalna. Czem bliżej do obwodowych części kończyn, tem więcej przybiera barwę wiśniowo-siłą, tem więcej jest bliznowato zwyrodniałą i pergaminową i głębokimi rzadkiemi bruzdami porożnioną, tem więcej jest pokrytą przez pęcherze wiotkie, surowicze, krwawe lub o ropnej treści, lub wreszcie w postaci strupów przyschłe. Podobne pęcherze widać zrzadka i wśród normalnej skóry muszli usznych, szyi, tułowia, ramion i ud. Skóra rąk jest w stanie silnie posuniętego zaniku, twarda, napięta, gładka, woskowo połyskująca, skurczona, ciasno opięta na zanikłych miękkich tkankach; wskutek tego napięcia skóry, dłonie są łódkowato zgięte ku wewnątrz. W mniejszym stopniu ten sam obraz przedstawia skóra obu stóp. Paznogi u rąk i nóg brak zupełny, nawet ich łożysko zupełnie zakryte przez bliznowatą skórę. Wśród blizn na kończynach dolnych widać liczne żółte ziarna, w mięszu skóry, ziarna $1\frac{1}{2}$ ctm. średnicy. Sfera nerwowa, zmysły normalne. Z badania widać, że choroba polega na nieledwie wrodzonym tworzeniu się pęcherzów, które powstają niejednokrotnie na jednym i tem samym miejscu, pozostawiając po sobie blizny. Z liczby dermatoz, przy których występują pęcherze (pemphigus, dermatitis herpetiformis DIEHRING'a, impetigo herpetiformis, Erythema bullosum, urticariabullosa etc.), blizny powstają przy pemphigus dyphteriticus—który jednak nie trwa przez lata całe; powstają jako końcowy wynik zaburzeń troficzných, które też jednak nie trwają przez 20 lat. Z opisanych okresów chorobowych jeden jedyny, nadzwyczaj rzadko spostrzegany, zupełnie zgadza się z opisany powyżej. Jest nim „Epidermolysis bullosa haereditaria c. atrophica consecutiva”. Pierwszy GOLDSCHIEDER opisał go w 82 r. Obserwował on rekruta, zresztą zdrowego, którego mnsieli zwolnić od służby wojskowej z powodu, że na miejscach, gdzie skóra tarła się o ubranie tworzyły się stale pęcherze. Po G. obserwowano kilka przypadków w Niemczech—jednak bez tworzenia się blizn po pęcherzach. Dopiero jako „Ep. bulleuse et dystrophique“ opisali

VIDAL, d'AUGAGNEUR, HERZFELD, HALLOPEAU przypadki 1) z następczem tworzeniem się blizn wszędzie, a więc i pod paznogiemi, sprowadzającym—utratę bezpowrotną paznogi, 2) z tworzeniem się drobnych torbieli w skórze, powstających wskutek zabliznienia ujęć gruczołów łojowych skóry, jak to DARIER wykazał. U chorych takich, jak zresztą i przedstawionej wystarczy pociągnąć palcem po skórze, ażeby zedrzeć naskórek.

Należy dodać, że w pośród 9-rga rodzeństwa przedstawionej chorej, jeszcze jedna siostra 10-letnia, cierpiała na tę samą chorobę z daleko cięższym jednak przebiegiem i znajduje się także na oddziale KOZERSKIEGO. Pierwszy pęcherz zjawił się u młodszej chorej w 2 tygodnie po przyjściu na świat. Rodzice tych dwóch dziewcząt, ani znani im ich krewni nie podlegali powyższemu cierpieniu. [Autoreferat].

VI. ENDELMAN Z, przedstawia dwie kobiety, u których dokonane zostało przez kol. JUROWSKIEGO cięcie cesarskie sposobem FRITSCH'a.

Pierwsza ma lat 28. Przybyła do oddziału akuszerskiego szpitala dla starozakonnych d. 5 Sierpnia 1901 o god. 11-ej w. Chodzić zaczęła dopiero w 3-cim roku życia. W 10-ym roku życia zachorowała na zapalenie lewego stawu biodrowego, które doprowadziło do skrócenia lewej kończyny i zeszywnienia stawu. 8 lat temu wyszła za mąż. Odbyła trzy porody. Pierwszy był zakończony wymóżdzeniem, dwa zaś ostatnie—obrotem i ekstrakcją martwego płodu. Ostatnia prawidłowa miesiączka—9 miesięcy temu. Bóle rozpoczęły się 4 Sierpnia 1901 r. o god. 11^{1/2} w nocy. Badanie, dokonane w chwili przybycia do szpitala t. j. dnia 5 Sierpnia wykazało co następuje:

1) Położenie potylicowe, główka ruchoma nad wejściem do miednicy. Ankylosis lewego stawu biodrowego. Wymiary miednicy: Distantia spinarum — 25 ctm., dis. crist.—26 ctm., conjug. ext. 17^{1/2} ctm. Przy badaniu wewnętrznem spostrzeżono: okolica lewej panewki biodrowej wtłoczoną jest do jamy miednicy, wskutek czego powstało znaczne zwężenie w prawym ukośnym wymiarze; szyja maciczna nie wygładzona; ujęcie rozwarne na 3 palce; pęcherz — zachowany; przoduje ruchoma główka nad wchodem.

Nazajutrz, t. j. d. 6-go Sierpnia, stan bez zmiany. Zaproponowano cięcie cesarskie. Mąż rodzącej nie chce się na nie zgodzić przed naradą z rabinem, do którego wyjeżdża o g. 10-ej rano. Wraca o 8-ej wieczorem z odpowiedzią odmowną. Mimo to na żądanie rodzącej o 9-ej w. przy rozwarciu ujęcia na 5 palców kol. J. przystąpił do cięcia cesarskiego.

Uśpienie chloroformowe. Podskórne wstrzykiwanie 0,3 ergotyny. Cięcie powłok brzusznych długości około 14 ctm. Wy-

dobycie macicy na zewnątrz. Ucisk więzów szerokich w okolicy ujścia wewnętrznego. Cięcia poprzeczne na dnie maciczuem pomiędzy ujściami jajowodów. W ranie macicznej ukazuje się brzeg łożyska i pęcherz płodowy. Po przebicciu pęcherza z łatwością wydobyto za nożki żywy płód, Pępowinę podwiązano i przecięto, następnie zaś oddzielono łożysko i błony płodowe. Nakoniec cięcia maciczne zaszyto dwupiętrowym szwem jedwabnym. Po wprowadzeniu macicy do jamy brzusznej — zeszyte rany brzucha szwem dwurzędnym. Opatrunek uciskający. Dziecko płci żeńskiej, długości 50 ctm., wagi 3200 grm.

Okres połogowy—prawidłowy. 9-go dnia zdjęto szwy brzuszne. Na całej przestrzeni—prima intentio.

Drugi przypadek dotyczył 28-letniej 4 raz rodzącej Frajdy P. Po raz pierwszy rodziła 5 lat temu; poród trwał przez 4 doby i zakończony został przyjściem na świat martwego dziecka. Przy drugim porodzie płód znajdował się w położeniu nóżkowym; po 48-godzinnej pracy porodowej wydalonny został tułow do główki, której akuszerka w żaden sposób wydobyć nie mogła; zawezwany lekarz z trudnością główkę wydobyl. Trzeci poród [przed 3-ma laty] zakończony został kleszczami, dziecko urodziło się żywe, lecz po godzinie zmarło. Ostatnia prawidłowa miesiącza 1-go listopada 1900 r.

Na oddział akuszerjny przybyła rodząca 7 Sierpnia 1901 r. o g. 8-ej w. Bóle porodowe rozpoczęły się tegoż dnia rano. T.—37,0°. P.—72. Bóle słabe.

Przy badaniu zewnętrznem stwierdzono drugie położenie potylicowe, tony serca—130 na minutę; główka ruchoma we wchodzie miednicy. Wymiary miednicy: Dsp. 24 $\frac{1}{2}$ ctm., Dis. cr. 26 ctm., Conj. ext. 17 $\frac{1}{2}$ ctm., conj. diagonalis—11 ctm. Habitus rachiticus. Badanie wewnętrzne: szyja—wygładzona, ujście rozwarne na 1 palec; pęcherz—zachowany; przoduje ruchoma główka. Nazajutrz, t. j. d. 8 Sierpnia, stan bez zmiany. Bóle nieco silniejsze. O 6-ej wieczorem rozwarcie ujścia na 2 $\frac{1}{2}$ palca, wargi—podatne; pęcherz—zachowany, główka ruchoma we wchodzie.

Ponieważ rodząca domagała się żywego dziecka, a mieliśmy mało nadziei wydobywania żywego płodu na drodze naturalnej, zaproponowano jej przeto cięcie cesarskie, na które chętnie się zgodziła. Operację wykonał kol. J. o god. 7 $\frac{1}{2}$ wieczorem.

Metoda operacyjna ta sama có i w pierwszym przypadku. Dodać tylko należy, że po przecięciu ściany macicy natrafiono na łożysko, które szybko przecięto i wydobyto żywy płód [dziewczynkę], długości 49 ctm., wagi 3250 grm.

Położnica od 5-go dnia okresu połogowego w ciągu 10 dni gorączkowała [37,8—39°] wskutek wytworzenia się w dolnym

końcu rany brzusznej ropnego nacieczenia. Pozostała część rany zagoiła się per primam. Obecnie czuje się wyśmienicie. Dziecko rozwija się prawidłowo.

W końcu ENDELMAN zwraca uwagę na to, że w Niemczech i Francji akuszerowie nauczyli się cenić życie dziecka na równi z życiem matki. U nas natomiast zbyt często poświęca się życie dziecka jakoby dla ratowania matki. Życzyłoby należało, aby to się nareszcie zmieniło. Nie należy zapominać, że przy znacznych stopniach zwężenia miednicy wysokie kleszcze lub ciężka perforacya narażają kobietę na takie same, jeżeli nie większe niebezpieczeństwo co i cięcie cesarskie. [Autoreferat].

VII. NEUGEBAUER demonstrował preparat ogromnego włókniaka szyjki macicznej [1100 gramów wagi] usuniętego wraz z macicą 12 dni temu u pacjentki 36-letniej, dotkniętej silną bardzo anemią wskutek ustawicznych krwotoków macicznych od kilku lat już często się powtarzających. Przypadek ten należy do niezwykłych z kilku przyczyn. Siedzibę guza w samej szyjce macicznej mianowicie tak dużego nie często napotykamy, trzon osadzony był na samym wierzchu guza; dalej i kształt guza był niezwykły. Nie był to włókniak jak zwykle kulisty, a jakby zlany z kilku kulistych guzów, pomimo że cała masa guza tworzyła jednolitą całość bez jakichkolwiek przedziół. Głównie zaś zasługuje na uwagę, że guz takiej wielkości udało się usunąć przez światło pochwy bez cięcia brzuszno-górnego. Ma się rozumieć, że zastosowano rozkawałkowanie guza przy pomocy długich noży krzywych. Dno macicy stało znacznie wyżej od pępka, guz był nawet u dołu tak szeroki, że z trudem tylko obok niego można było koniec palca na jeden centymetr wcisnąć do kanału szyi. O ile operacya przy używaniu dawniejszego armamentarium chirurgicznego przy dokonaniu per vaginam byłaby niezmiernie trudną, a może nawet wcale nie dałaby się tą drogą ukończyć, o tyle ułatwiło operacyę technicznie używanie wyśmienitego przyrządu francuskiego, służącego do ściągania macicy, wyciągania włókniaków z łoża etc., mianowicie grajcarka wkręcanego w miąższ samego guza. Wszelkie dawniej dla ściągania guza używane kleszcze zębate, czy z kremaljerą, czy też bez takowej często wyrwały się, rozdzierały guzy, kaleczyły ściany pochwy a nawet i rękę operatora. Grajcarek stosowany dla wydobywania guza, ściągania ku dołowi etc. trzyma wyśmienicie. NEUGEBAUER przy wielokrotnem stosowaniu tego przyrządu, przez kol. KRAJEWSKIEGO na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego zalecanego, ani razu nie widział odmówienia posługi, wyrwania się grajcarka z guza. Po usunięciu guza otworzono tylne sklepienie pochwy i usunięto całą macicę. Corpus uteri miało 6 ctm. wysokości, sam guz szyjki 19 ctm. wysokości, dno macicy stało 33 ctm. powyżej ujścia pochwy;

od ujścia pochwy do dolnego końca guza odstęp wynosi 8 ctm. Guz wypukłał się w prawej bocznej ścianie szyjki macicznej ku światłu szyjki macicznej i ku pochwie, mianowicie przez zewnętrzne ujście macicy. Ujście zewnętrzne macicy sterczało w szerokości 7—8 ctm. Kanał szyi macicznej był przemieszczony ku lewej stronie od linii pośrodkowej ciała. Z kanału przy badaniu wylewała się ropa [chora przybyła w stanie gorączkowym z Dynaburga, gdzie lekarz domowy, D-r GOŁOWKIN domagał się natychmiastowej operacji]. Przecięto najprzód dolny koniec płaszczu guza, czyli błonę śluzową prawej ścianki cervicis uteri, na szczycie jej wypukłości, cięciem poprzecznym, a więc na wypukłości sterczącej in orificio externo uteri, następnie wkręcono grajcarek do samego miąższu guza na kilka centymetrów głębokości. Podczas ściągania guza ku dołowi palcem, raspatorio lub nożyczkami dokonywano tak zwanej dekortikacji guza, czyli odłuszczenia płaszczu od samego guza. Udało się w taki sposób odłuszczyć guz od płaszczu aż na wysokość odpowiadającą wskazicielowi; ponieważ palec już wyżej sięgnąć nie mógł, a przy dalszem pociąganiu ku dołowi guz już dalej nie wysuwał się do pochwy, przystąpiono do wycinania klinów z samego guza; po wycięciu pierwszego klina znów wkręcono grajcarek, ściągnięto następną część guza ku dołowi, separując go od płaszczu czyli ścian legowiska, znów wycięto klin etc., i tak postępując udało się nareszcie wydobyć resztę guza, mającego przeszło dwie i pół pięści wielkości, przy największym wymiarze podłużnym 19 ctm. i objętości u samego szczytu największej 36 ctm. Po usunięciu guza sterczała przed okiem głęboka jama wewnątrz ściany szyjki macicznej prawostronnej; ze ścian tej jamy mało krwawiło. Uchwycono wtedy obie wargi ust macicznych równocześnie kleszczami zębatymi, ściągnięto macicę ku dołowi i po otworzeniu tylnego sklepienia pochwy usunięto całą macicę, co już trudności technicznych nie przedstawiało. Jajowód jeden wraz z jajnikiem wypadł z bardzo szerokiej rany otrzewnej i został usunięty, drugi atoli jajnik i jajowód pozostawiono in situ ze względu na wiek chorej. Ponieważ chora przed operacją gorączkowała i ponieważ w trakcie operacji wylewała się ropa z kanału szyi [wypłukana szczelnie], rany otrzewnej nie zasztyto w tym przypadku, a spojono, li tylko kilkoma szwami węzełkowatymi, brzezi otrzewnej z brzegami rany pochwowej. Do jamy brzusznej założono szeroki sączek z gazy wyjałowionej, dodając kilka tamponów pochwowych na pierwszą dobę pooperacyjną. Operacja była bardzo mozolną i długotrwałą. Przebieg pooperacyjny był pomyślny bez jakichkolwiek powikłań. Obecnie, dnia 12-go już kilka szwów wydzieliło się przy opatrunkach teraz już codziennie robionych. Gdy się zastanowić, jak byłaby udała się ta operacja przez górne cięcie brzuszne rozpoczęta, to mimo-

woli nasuwa się myśl, że byłaby ona o wiele trudniejszą i niebezpieczniejszą, od operacji per vaginam dokonanej. Główne utrudnienie przy operowaniu od góry, stanowiłaby siedziba guza w samej głębi małej miednicy, następnie obecność ropy w kanale szyjki macicznej naraziłaby łatwiej otrzewną na zakażenie.

Największy obwód pionowy guza wynosił 51 ctm. poprzeczny 36 ctm.

Przypadek ten dowodzi, że śmiało można operować nawet włókniaki maciczne, aż do pępka sięgające, per vaginam, lecz trzeba koniecznie być zaopatrzonym w bogate armamentarium chirurgiczne, a niezbędnym narzędziem dla takich operacji okazał się ów grajcarek francuzki, używany przez DOYEN'a i SEGOND'a, podobny do instrumentu SPANTON'a, używanego do zupełnie innych celów przy herniotomii. [Autoreferat].

VIII. BRONOWSKI Szczęsny przedstawił dwie chore jako „Przyczynę do względnej uleczalności gruźlicy u dzieci przed okresem rozpoczynającego się rozwoju płciowego“.

Chore dziewczynki, w wieku lat 11 i 12 pochodzą z oddziału wewnętrznego w szpitalu Praskim, którym zarządza mówca. Obie mniej więcej w ciągu 6-iu miesięcy r. b. leczyły się na wyżej wspomnianym oddziale. Obie zapisały się na oddział z objawami ciężkiej gruźlicy ogólnej, a mianowicie gruźlicy płuc, kiszek, gruczołów chłonnych, uszu, przy wysokiej ciepłocie ciała [39—40° C.], przy ogólnem osłabieniu i wyniszczeniu organizmu i bieguncie. Nadto u jednej z tych chorych istniały wyraźne objawy jamy w prawem płucu. Po paru miesiącach nadzwyczaj niepewnej walki o życie, objawy chorobowe zaczęły stopniowo ustępować, t. j. ciepłota obniżyła się nieco, biegunka zmniejszyła się [jednocześnie chore odzyskały apetyt], ropienie uszu osłabło itd. Od tego czasu przy olbrzymim apetycie chore coraz bardziej powracały do sił i zdrowia. Po 6-iu miesiącach obie małe pacjentki wypisały się w Lipcu ze szpitala z pozostałymi, wprawdzie objawami stwardnienia w górnych odcinkach płuc, ale w stanie bezgorączkowym, bez objawów jamy, bez biegunki, przyczem gruczoły chłonne wszystkie znacznie się zmniejszyły, ropienie z uszów ustało, chore przybyły znacznie na wadze i nadto w plwocinie jednej z nich już nie wykryto wcale laseczników Koch'a, w plwocinie zaś drugiej tylko 1—2 w polu drobnowidzowem [przedtem były b. liczne]. Wyników powyższych B. bynajmniej nie przypisuje farmaceutycznemu leczeniu, które było prowadzone bardzo ogłędnie ze względu na ciągłą prawie biegunkę i przeważnie tylko objawowo, lecz odporności własnej młodych ustrojów przy współdziałaniu dobrego odżywiania i względnie dobrego powietrza [z wiosną chore w łózkach po całych dniach leżały w ogródku szpitalnym], o które się troszczył. Przytoczone wyżej dwa przypadki pomyślnego zejścia nie-

bezpiecznej choroby i parę innych z prywatnej praktyki dały impuls mówcy do rozpatrzenia się w szczególności warunków odporności przeciw gruźlicy u dzicy przed okresem rozpoczynającego się rozwoju płciowego.

Autor zwrócił przeważnie uwagę: 1) na odżywianie u dzieci i 2) na przemianę materii. Co do odżywiania, to zaznaczywszy nasamprzód, że dziecko żyje życiem przeważnie roślinnym, dojrzały zaś człowiek—zwierzęcem, autor następnie przytacza pewne anatomiczne warunki organizmu dziecięcego wogóle i kanału pokarmowego w szczególności, na zasadzie których wchłanianie pokarmów odbywa się u dzieci znacznie lepiej, a zdolność przyswajania takowych daleko większa niż u dorosłych. Przechodząc w dalszym ciągu do warunków przemiany materii, autor zaznacza, że wiek dziecięcy odznacza się w pierwszych dniach życia stosunkowo dużym sercem i szerokimi naczyniami, w okresie dojrzewania płciowego stosunek ten zmienia się t. j. mamy stosunkowo małe serce i wąskie naczynia tętnicze; wskutek powyższych przyczyn, jak również i dla tego, że u dzieci prawe serce zawsze większe i do czasu dojrzewania płciowego tętnica płucna z rozgałęzieniami jest szerszą niż u ludzi dorosłych, krew u dzieci dopływa do płuc w stosunkowo większej ilości i pozostaje pod mniejszym ciśnieniem, co naturalnie sprzyja pochłanianiu tlenu i wydalaniu kwasu węglanego czyli inaczej przemiana gazów u osobników młodych odbywa się z daleko większym natężeniem i dokładniej, niż u dorosłych. Dalej zwraca uwagę, że ilość dzienna moczu dziecka jest daleko większa, niż u dorosłego, a bardziej ściśle obliczenia wykazały, że praca nerek u dzieci dorastających jest w tym razie większą, niż u ludzi już zupełnie fizycznie sformowanych. To też przemiana materii u dziecka odbywa się daleko szybciej niż u dorosłych. Znanem jest, że dziecko stosunkowo więcej je, niż dorosły, również, że ilość przyjmowanego tlenu i ilość wydzielonych produktów rozkładu jest znacznie większą, niż u dorosłego. Tej szybkiej przemianie materii u dzieci sprzyja i ta okoliczność, że tkanki dziecięce wskutek większej swej żywotności pochłaniają lepiej pokarmy. Szczególnie większa żywotność tkanek młodych organizmów ma ogromne znaczenie dla fizjologii i patologii ustroju dziecięcego. Wzmoczona przemiana materii u dzieci, jeszcze ma tę zasadniczą cechę, że przychody są większe od rozchodów, albowiem część rozchodów musi iść na wzrost organizmu, u osobnika zaś dorosłego przychód ściśle równa się rozchodowi. Jeżeli uwzględnić, że gospodarka ustroju dziecięcego wogóle może się wahać w daleko szerszych granicach, niż u człowieka dorosłego, w stronę zwiększenia przychodów tak i w stronę rozchodów, to jasnym się stanie, dla czego dziecko bez widocznej dla siebie krzywdy w korzystnych dla siebie warunkach może strawić pokarmów

względnie daleko więcej i zwiększać w ten sposób swój przychód; jak również w niekorzystnych—powiększyć rozchód i tem się przyczynić do upadku ustroju. Dodać należy, że dzieci wskutek większej względnie go dorosłego powierzchni choćby, daleko łatwiej znoszą podniesienia ciepłoty, często nie reagują gorączkę na procesy gruźlicze w ich ustroju itd. w końcu, że, wskutek większych rozmiarów prawego serca i mniejszego ciśnienia w naczyniach, nie tak łatwo podlegają, szczególnie w chorobach płucnych, porażeniem i zwyrodnieniem serca.

Na zasadzie powyższego autor przypuszcza, że daleko silniejsza zdolność przyswajania pokarmów, niż u dorosłych, podnosi odporność ustroju dziecięcego przeciw gruźlicy, intensywniejsze zaś funkcyje przemiany materji pozwalają ustrojowi dziecięcemu prędzej się pozbyć obcych substancji i sprzyjają odnowienin szybszemu tkanek. Nadto, jako plusy, wymienia większą odporność ustroju na podniesioną ciepłotę i większą względnie siłę zapasów a prawego serca. Uznaje też i minusy, ale zejście choroby takie lub inne zależy od tego, na jaką stronę warunki kuracyi i życia szalę przechylą. Przypomina zaś, że w wieku dziecięcym do lat mniej więcej 15-tu, t. j. do czasu zaczynającego się rozwoju płciowego więcej szans jest pomyślnych w walce z najgroźniejszą chorobą, niż w wieku dojrzałym do lat 30. Przypomina dalej, że dziecko we wczesnem dzieciństwie, żyje życiem przeważnie roślinnem—je, pije, bawi się; jeżeli odbiera wrażenia psychiczne, to nie tak męczące, przykre i wyczerpujące, jak te, które się zjawiają z latami szkolnemi; następnie przychodzi rozwój płciowy—nowa silna perturbacya ustroju itd. To też ogólnie biorąc autor jest zdania, że we wczesnem dzieciństwie do chwili rozwoju płciowego, rozchody ustroju są znacznie mniejsze na pracę fizyczną i psychiczną w szerokiem znaczeniu tego słowa, niż później kiedy się zaczyna nauka, rozwój płciowy, walka o byt itd., a więc i na walkę z gruźlicą dzieci w tym wieku muszą mieć więcej sił, niż ludzie dorośli. W przypadkach autora, jego zdaniem, szalę przechyliły na stronę pomyślną, aczkolwiek wogóle nie zadawalniające, ale w każdym razie znacznie lepsze warunki szpitalne, niż takowe w życiu domowem pacjentek o chronicznym głodzie i chłodzie. Na poparcie swoich wniosków danych statystycznych autor przytoczyć nie może, albowiem statystyka śmiertelności dziecięcej przy gruźlicy względnie do wieku jest bardzo uboga, przynajmniej takowej, a pewnej co do wnioskowania, wynaleźć mu się nie udało. Kończy autor swój odczyt twierdzeniem, że bezpodstawnem mu się wydaje popospolicie rozpowszechnione mniemanie, że gruźlica u dzieci jest niebezpieczniejsza, niż u ludzi dorosłych; może dzieci są wrażliwsze na zarazek gruźliczy, ale chyba burdziej odporne na takowy

w wieku przed rozpoczynającym się rozwojem płciowym niż ludzie dorośli.

W dyskusji BIRO zapytuje mówcę, czem objaśni fakt, że dzieci są odporniejsze na choroby, a jednak śmiertelność wśród dzieci jest olbrzymia, że całe grupy chorobowe istnieją tylko u dzieci.

Wice-prezes NUSBAUM na to odpowiada, że organizm dziecka jest poniekąd organizmem dziewiczym, który w sobie tej odporności nie wytworzył, a którą osiąść może często po przebyciu wielu chorób.

Prof. BARANOWSKI na ogół zgadza się z mówcą. U dzieci przyrost tkanek góruje i choć wrażliwość na zarazki jest większa, lecz wobec pewnych zarazków organizm dziecka jest odporniejszy. Są to fakty empirycznie stwierdzone. Leczenie gruźlicy powinno właśnie polegać na dostarczeniu środków, zwiększających odporność organizmu. Zwłaszcza wyniki tego sposobu leczenia są bijące w oczy wtedy, kiedy organizm z bardzo ciężkich warunków przechodzi choć do nieco lepszych. Co się tyczy przypadków, przedstawionych przez mówcę, to być może odbywały się tam dwie sprawy równoległe: pneumonia catarrhalis, tak częsta u dzieci i sprawa swoista gruźlicza. Być może pierwsza sprawa ustąpiła, druga trwa jeszcze, choć w stopniu znacznie słabszym. W każdym bądź razie przypadki te świadczą, że w szpitalu można leczyć gruźlicę. Oczywiście wtedy, jeżeli szpitale stać będą na wysokości swego zadania. Postęp kolosalny w szpitalnictwie każe rościć nadzieję w tym kierunku.

RZĘTKOWSKI zaznacza, że gruźlica u dzieci wogóle przebiega mniej zabójczo. Dotyczy ona narządów mniej ważnych, w płucach np. jakieś nieznanne nam bliżej warunki nie pozwalają na osiedlanie się zarazków, na rozwijanie się tej ciężkiej postaci gruźlicy. O ile dotyczą one tak ważnego narządu, jak opony mózgowo, jest wtedy oczywiście śmiertelną.

POLIKIER żałuje, że mówca nie zebrał odpowiedniej statystyki.

ŻURAKOWSKI A. podnosi, że dzieci są mniej wrażliwe na gruźlicę. Przemawia za tem, fakt, że umiejscawia się ona u dzieci przeważnie w gruczołach chłonnych, w narządach obronnych organizmu.

Wice-Prezes zaznaczył, że chodzi tu o nomenklaturę: pod wrażliwością należy rozumieć łatwość wtargnięcia do organizmu zarazków, a pod odpornością—zdolność do walki z tymi zarazkami.

Prezes zaznaczył że statystyka przedstawiona przez mówcę, nie ma żadnego znaczenia. Rzeczą niezbędną jest wiedzieć, nie tylko to, ile osób w danej kategorii wiekowej umiera na daną

chorobę, lecz jeszcze, ile osób z danej ludności należy jednocześnie do danej kategorii wiekowej.

BRONOWSKI odpowiada, że być może mieliśmy u przedstawionych chorych do czynienia z domieszką zapalenia płuc kataralnego, lecz znalezione laseczniki, wybitnie powiększone gruczoły chłonne itp.: świadczyły, że chore dotknięte były sprawą gruźliczą. Statystyki odpowiedniejszej nigdzie mówca nie mógł znaleźć. W walce z dzieci z gruźlicą są plusy i są minusy. O minusach nie mówił. Plusami jest tu zwiększona przemiana materii.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza *St. Koczynski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 22 Października 1901 r.

Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych członków 57 i gości 5.

T r e ś ć: NEUGEBAUER Fr.—a) przedstawienie jaja, poronionego w 6-ym tygodniu ciąży; b) przedstawienie zbioru wianków macicznych i ich surrogatów, c) przedstawienie cieniopisu ROENTGEN'owskiego przypadku złamania miednicy wskutek przejechania.

MĘCZKOWSKI W.—Przedstawienie dwóch chorych: a) z wylewem krwawym w stożku rdzeniowym, b) z licznymi wylewami krwawymi do rdzenia.

BORZYMOWSKI J.—Przedstawienie dwóch chorych: a) po wycięciu guza i torbieni lewego jajnika; b) po wycięciu raka sutki, operowanych z uwzględnieniem metod aseptycznych.

STANKIEWICZ Czesław.—a) przedstawienie preparatu macicy po dokonaniem cięcia cesarskim sposobem FRITSCH'a, b) przedstawienie kośćca płodu, zatrzymanego przez lat ośmnaście w przypadku ciąży jajowodowej śródwierzowej.

KOPCZYŃSKI Stanisław.—Przedstawienie chorego z uszkodzeniem urazowem nerwu błędnego.

BRUDZIŃSKI J.—„Stosunek wzajemny żoźłów i gruźlicy“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES zawiadomił obecnych o śmierci Marcelego NENCIEGO i o stracie jaką przez to poniosła nauka polska. Na wniosek PREZESA uczczono pamięć zmarłego przez powstanie, a pamięci jego postanowiono poświęcić jedno z najbliższych posiedzeń.

III. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: ZAJKOWSKĄ, SALBERZANKĘ, MAZURKIEWICZA, KIJEWSKIEGO St., WESPĄŃSKIEGO.

IV. PREZES odczytał dodanie kol. St. LEYZEROWICZA o podanie go głosowaniu na członka czynnego Towarzystwa. Przedstawia go kol. PESZKE, popierają kol. Zdz. DOBROWOLSKI i K. ORZEL. Sprawozdania podjął się kol. K. DUDREWICZ.

V. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali prace swe kol. JANOWSKI i JAWORSKI [po niemiecku].

VI. NEUGEBAUER demonstrował: 1) jajo poronione w 6-ym tygodniu ciąży, dostarczone przez jednego z asystentów oddziałowych, kol. SZREDERA. Antonina C. żona stróża, lat 33, zamężna od lat 14 urodziła pięcioro dzieci żywych donoszonych, czworo bez pomocy lekarskiej, a piąte w klinice położniczej, gdzie dokonano, przy położeniu płodu poprzecznem, obrótu na nóżkę oraz ekstrakcyi. Ostatni poród miał miejsce trzy lata temu. Dwoje z pięciorga dzieci żyje. Rok temu pacjentka poroniła w czwartym miesiącu ciąży. Peryody pacjentka miewała zwykle co 4 tygodnie, 3—4 dni trwające, niebolesne, po poronieniu zaś w roku zeszłym zaszła pod tym względem zmiana; peryody albowiem przedłużały się i trwały 5—8 dni. Ostatni peryod zaczął się dnia 25 Sierpnia i trwał trzy dni tylko. Pacjentka ponownie zaszła w ciążę. Od 9—10 Października krwawiła, dnia zaś 12 Października poroniła jajo dziś demonstrowane. Ciąża trwała in maximo, jeśli liczyć od dnia zakończenia ostatniego peryodu, dni 43 czyli 6 tygodni. Jeśli zaś zastanowić się nad tem, że wypędzenie jaja z macicy nastąpiło prawdopodobnie nie zaraz po obumarciu płodu, a dopiero w kilka dni później, jak to zwykłe bywa przy poronieniach z wyjściem obumarłego płodu, a dalej, że bynajmniej niema danych po temu, aby przypuścić, że poczęcie nastąpiło natychmiast po ukończeniu ostatniego peryodu, przypuszczać można, że jajo odpowiada terminowi wcześniejszemu od dni 43, prawdopodobnie terminowi 5 tygodni ukończonych, lub zaledwie kilku dni więcej. Jajo dostarczono nienaruszone; po otwarciu worka płodowego znaleziono w jamie kosmówki prócz płodu pęcherzyk żółt-

kowy wielkości małego groszka oraz zachowany w całości ductus omphalomesaraicus. Długość tego przewodu wynosiła aż 22 milimetry, co wskazuje na to, że amnion, napełnione wodą płodową, już miało rozmiary dość znaczne, albowiem pęcherzyk żółtkowy oddala się od przedniej powierzchni płodu w miarę napełniania się worka owodnej. Allantois już dotarła do wewnętrznej powierzchni chorionis. N. niedawno na jednym z posiedzeń Towarzystwa naszego demonstrował trzy preparaty przepuklin pachwinowych cum ectopia hepatis etc. i powoływał się wtedy na znaczenie etyologiczne persystencji ductus omphalomesaraici dla powstania takich przepuklin. Dzisiejszy preparat ad oculos demonstruje działanie powstrzymujące normalny rozwój przewodu żółtkowego [Patrz artykuł ogłoszony niedawno w „Medycynie r. 1900, № 25--26]. Jajo dziś demonstrowane nie nosi na sobie cech patologicznych, rozwojowych, swoją drogą N. demonstruje je jako rzadkość, ponieważ rzadko bardzo udaje się otrzymać w praktyce jajo tak wczesnego okresu ciąży, tak dobrze zachowane. N. wątpi, aby z obecnych na posiedzeniu kolegów wielu już widziało kiedykolwiek pęcherzyk żółtkowy zwłaszcza tak wielki jak w danym przypadku; przy końcu ciąży widać zaledwie ślad jęzo. Przyczyna poronienia w danym przypadku jest niewiadomą.

2) N. już kilkanaście lat temu w odczycie w Towarzystwie Lekarskim podniósł kwestyę ujemnego działania wianków macicznych, źle wybranych, zaniedbanych, zrobionych z nieodpowiedniego materiału etc. i w obszerniej pracy drukowanej w „Pamiętniku“ ostrzegał przed używaniem pewnych gatunków wianków, krążków macicznych etc. Od owego czasu znów zebrał cały garnitur wianków ujemnie działających. Niestety i dziś nawet lekarze często jeszcze stosują wianki, przez doświadczenie już dawno jako nieodpowiednie uznane, wianki z białej gumy, wianki ze skóry na czarno lakierowanej, szerścią lub włosiem wypełnione, wianki cynowe, ołowiane etc. N. dziś demonstruje kilka tuzinów takich „*corpor a delicti*“ usuniętych przez niego w ostatnich latach bądź w praktyce prywatnej, bądź w ambulansie szpitalnym. Kolekcya ta zawiera nie jedno *euriosum*! Jedna z pacjentek zamiast wianka wkładała sobie jabłko do pochwy, nie mogła wydobyć i wtedy zgłosiła się do N. Inna znów zamiast wianka używała kółka drewnianego używanego dla utrzymania lambrekinów nad oknem umocowanych, na krążkach na poziomym drążku przesuwalnych. Trzy razy wydobyto wianek z pęcherza moczowego. Akuszerka biorąc wynicowany przez wielką przetokę pęcherzową pęcherz moczowy za opadniętą macicę, wianek poprostu do pęcherza moczowego wepchnęła. Wianki te były domowego wyrobu chłopskiego, krążek z drutu owinięty konopiem. Dalej N. pokazuje kilka wianków

zrobionych z wosku, jeden kształtu gruszki, jeden kształtu kuli, jeden kształtu tarczy o otworze w środku [discus] dalej cały szereg zepsutych wianków SCHULTZ'ego z drutu miedzianego, powleczonego rurką gumową, dalej szereg wianków ZWANCK-SCHILLING'a po części wyciętych z pochwy lub przeciętych, aby je wydobyć z uwięzienia przez najrozmaitsze zrosty ścian pochwowych pomiedzy sobą, dalej piłkę gumową, kilka gumowych wianków tak zwanych [Trichterpesar] SCHATZ'a. Osobliwym jest, że w takich wiankach gumowych pustych w środku, po wyjęciu pozostają dwa dołki charakterystyczne, wytworzone przez ucisk szyjki macicznej oraz przez napełnioną odbytnicę. Kto raz miał do czynienia z chorą, która od dłuższego czasu taki wianek nosi, ten już takiego wianka nie będzie używał. Z wszystkich materiałów dla wianków używanych jedynie twardy kauczuk, celluloid i aluminium okazały się odpowiednimi; szklane wianki łatwo się łamią, wianki z białej gumy bardzo szybko drażnią, powierzchnia staje się chropowatą, szorstką, wytwarzają się osady wapienne na powierzchni wianka, powstają odleżyny uciskowe, rany, wydzieliny patologiczne, smród, gnicie etc. septyczne zakażenia, mogące nawet śmierć spowodować; w innych przypadkach wskutek długotrwałego drażnienia tkanek nawet powstawał rak pochwy w miejscu ucisku, jak widać z kazuistyki zebranej przez N., a obejmującej około czterechset przypadków. W innych znów przypadkach, szczególnie przy stosowaniu wianków skrzydlatych ZWANCK-SCHILLING'a nastąpiła perforacja ściany pęcherza lub odbytnicy przez wianek. Do unikatów należy spostrzeżenie następujące: Lekarz założył chorej wianek, wianek z czasem przedziurawił ścianę odbytnicy, dalej wskutek owrzodzenia zarosło zupełnie ujście pochwy po wyjęciu wianka. W jakiś czas potem chora zgłosiła się do lekarza opowiadając, że peryody które dawniej przez pochwę się wydzielają obecnie wydzielają się z odbytnicy. Lekarz chorą zbadał i znalazł ku największemu zdumieniu swojemu wypadnięcie szyjki macicznej przez odbytnicę, szyjka maciczna znacznie wydłużona sterczała in orificio ani. Z czasem szyjka maciczna wdrażyła per fistulam rectovaginalem do światła odbytnicy i z czasem opuściła się przez odbytnicę aż na zewnątrz. Następnie zaś szyjka zrosła się z obwodem przetoki prawie zupełnie, tak że zaledwie cienka sonda w jednym miejscu ze światła odbytnicy wchodziła do światła pochwy zarośniętej w ujściu. Lekarz amputował część szyjki macicznej wystającej z odbytu. Kobieta ta mogła w następstwie zająć w ciążę spółkując per rectum. W tych dniach N. usunął u chłopki oryginalne pesaryum własnego jej wyrobu: kawał płótna zwinięty w cylinder, obwiązany nitką i nasycony jakąś maścią. Kształt tego wianka jest ten sam, jak w wiankach używanych w starożytności pod nazwą Riapiscus, naśladuje albowiem kształt prącia.

N. zna przypadek, w którym lekarz biorąc włókniak szypułkowy szyjki macicznej za opadniętą szyjkę maciczną założył krążek gumowy MAYER'a, polip wtłoczył się w otwór wianka i jeszcze niżej się opuścił, założono drugi wianek, a wkrótce potem trzeci do pochwy. Wtedy wystąpiły krwawienia, smrodliwe wypływy itd, Lekarz badając chorą, wydobyl wianek jeden i widząc, że ma do czynienia z polipem, posłał chorą do doktora RUNG'ego. Ten ku zdumieniu swojemu wydobyl drugi wianek, potem trzeci i dopiero wtedy zdołał usunąć polipa zgaugrenowanego przez ucisk 3 krążków MAYER'a na niego nadzianych.—Horribile et incredibile dictu! — Niedawno N. usunął wianek tak zwany „Wiegenpessar“ założony przez pewnego lekarza w Francensbadiu z powodu, że wianek ten za wielki jeszcze bardziej powiększył istniejące od pierwszego porodu wycisnienie warg ust macicznych, narażając pacjentkę na stałe jątrzenie błony śluzowej cerwikalnej.

Z pewnością każdy student medycyny powinien wiedzieć o ujemnem działaniu pesaryj źle wybranych, zaniedbanych etc. lecz pomiędzy martwą literą książki a demonstracją *ad oculos* zachodzi ogromna różnica. HEGAR kiedyś wyraził się z dumą o tem, że w całym Fryburgu za żadne pieniądze, nie dostanie MAYER'owskiego krążka z białej gumy, udało mu się wyrugować artykuł ten zupełnie z handlu. U nas dziś jeszcze, 20 lat później, u każdego optyka wianki takie leżą w oknie, a nawet specjalne sklepy narzędzi chirurgicznych i sprzętów lekarskich do dziś dnia dobry interes robią na sprzedaży takich wianków. Dla tego też N. dziś poruszył ponownie tę kwestyę, aby zwrócić uwagę młodszych kolegów na obowiązek nasz: „*Primum non nocere*“ w stosowaniu wianków macicznych. Kwestya ta jest w porównaniu z wielu innymi kwestyami naukowemi bardzo drobną, a jednak dla zdrowia chorej ma znaczenie ogromne, tem bardziej w praktyce prowincjonalnej, gdzie niema specjalisty ginekologa.

3) N. demonstruje świetnie przez kol. BARSZCZEWSKIEGO zdjęty cieniopis ROENTGEN'owski przypadku złamania miednicy wskutek przejechania. Skutkiem urazu w wieku dziecięcym wyłamana została średnia część przedniej ściany obrączki miednicowej, a w miejscu złamania powstała dyastaza fragmentów kostnych szersza od pięści. Po jednej stronie nastąpiło zrośnięcie w miejscu złamania, po drugiej zaś powstała nowa dyastaza. N. zna tylko dwa własne spostrzeżenia takiego złamania, w piśmiennictwie obcem ani jednego przypadku analogicznego nie znalazł i ze względu na wielką rzadkość tego przypadku, spostrzeżenie opisze z rysunkiem. Chorą, u której po raz pierwszy takie złamanie znalazł, demonstrował kilkanaście lat temu w Towarzystwie Lekar-

skiem; przybyła ona do Warszawy wskutek bólów powstałych wskutek incarcerationis uteri gravidi retroflexi.

[Autoreferat].

VII. MĘCZKOWSKI W. przedstawił dwóch chorych [z oddziału K. CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus].

1) 24-letni robotnik wiejski spadł 1 Czerwca 1901 roku z wysokości 6—7 łokci głową naprzód. Przytomności nie stracił, lecz uczuł zaraz silny ból w krzyżu i w nogach, chorego zawieziono do domu. Nazajutrz poruszał nogami, a na 5-ty dzień już chodził. Przez pierwsze 4 dni było zupełne retentio urinae, na 5-ty dzień felczer wypuścił moczkę kateterem, poczem wystąpiło incont. urin., trwająca do obecnej chwili. Od chwili spadnięcia do dnia dzisiejszego—retentio alvi, bezwiedne oddawanie stolca: co pewien czas wkłada palec w rectum, a gdy w ten sposób przekona się, że kał jest w pobliżu anus, idzie do ustępu. Bóle silne w krzyżu i w nogach istniały przez kilka dni, później jeszcze przez 4 tygodnie były słabsze, poczem stopniowo zniknęły. Żadnych parestezyi nie było i niema, odleżyn nie było.

W chwili obecnej badanie wykazuje: kręgi 12-ty grzbietowy i 1-szy lędźwiowy wystają; na ucisk nie bolesne, zaburzenia czuciowe na pośladkach, w międzykroczu, na mosznie, penis, oraz tylnej powierzchni obu ud [a więc w zakresie nn. pudendobaemorhoidalis, coccygeus, cutan. femoris post.], dotyczące wszystkich rodzajów czucia. Odruch pośladkowy i analreflex zniesione. Incont. urin. Cystitis. Sfera ruchowa bez zmian; odruchy ścięgien kończyn dolnych a także brzuszne, z mm. cremast. podeszwo-we zachowane; roentgenogramy żadnych zmian w kręgach nie wykazują.

Przyczyna cierpienia, oraz objawy kliniczne wskazują, że mamy do czynienia z wylewem krwi w najniższym odcinku rdzenia. Rozpoznanie różniczkowe między conus terminalis i cauda equina jest w tym razie trudne. Ze względu jednak na brak podrażnienia korzeni nerwowych, prawie symetryczne umiejscowienie zaburzeń czuciowych, wreszcie trwałość cierpienia bez żadnych zmian w ciągu $\frac{1}{2}$ roku należałoby przechylać się raczej ku uszkodzeniu stożka końcowego. Brak objawów porażenia tłumaczy się umiejscowieniem wylewu w trzecim, czwartym i piątym odcinkach krzyżowych.

2) 57-letni wyrobnik wiejski 14 Lipca 1901 r. spadł z wysokości 7—8 łokci. Przytomności nie stracił. Natychmiast prawie zupełne porażenie kończyn górnych i dolnych oraz b. silne bóle w grzbiecie w kończynach górnych, krzyżu i nogach; incont. urin. et alvi. Przez 4 tygodnie prawie zupełna paraplegia superior et inferior, później zakres ruchów powiększył się, więcej w kończynach dolnych. Od 3 tygodni bóle w krzyżu i nogach

znacznie zmniejszyły się, a prawie zniknęły w ramionach i pasach barkowych. Od początku wystąpiły odleżyny na krzyżu, istniejące do obecnej chwili. Od kilku dni obrzęk prawej ręki. Od paru tygodni objawy incont. urin. et alvi znacznie poprawiły się. Przy badaniu znaleziono. Chodzi z wielką biedą; nie może podnosić się, ani przewracać z boku na bok; siedzieć bez podtrzymywania nie może. **K o ń c z y n y g ó r n e:** Zginanie ręki i palców oraz przeciwstawienie zniesione; ruchy innych mięśni bardzo osłabione, przy ruchach biernych niewielkie objawy spastyczne; mięśnie zanikłe, wiotkie. Wszystkie te objawy znacznie silniej wyrażone po stronie prawej. **K o ń c z y n y d o l n e:** ruchy we wszystkich stawach osłabione, znacznie po stronie prawej, ruchy bierne wolne; mięśnie prawej nogi zanikłe, zwłaszcza uda.—Czucie dotyku na całym ciele prawidłowe; natomiast wybitne zaburzenia czucia bólu i ciepłoty na kończynach górnych i dolnych oraz całym tułowiu [oprócz szyi i głowy]. Zaburzenia te najsilniej są wyrażone na prawej górnej i prawej dolnej kończynie [gdzie nie odróżnia ciepłoty lodu i T.70° oraz silnych ukuć]. Wielkie odleżyny na os sacrum i na trochant. dext. Zmiany troficzne na paznogiach i skórze palców rąk.

Odruchy ścięgnowe kończyn górnych i dolnych żywe.

Odruchów brzusznych niema; z m. m. cremast. b. słabe, lewy podeszwowy jest, prawego niema.—Zmysł mięśniowy zachowany.

Ucisk 3—4—5—6—7 kręgów grzbietowych, a także ucisk skóry i mięśni na obu kończynach górnych [zwł. ramiona], łopatkach, na całym grzbiecie i krzyżu b. bolesny—bolesność wybitniejsza z prawej strony. Źrenice równe i oddziałują prawidłowo.

Badanie prądem elektrycznym wykazuje ogromne obniżenie pobudliwości bez zmian jakościowych.

Powyższe objawy wskazują, że mamy do czynienia z wylewem krwi do rdzenia [Haematomyelia]. Zajętą jest przeważnie szara istota w okolicy kanału środkowego, nadto wybitniej z prawej strony. Ognisk wylewu krwawego przyjąć należy wiele: górna część intumesc. cervical., rdzeń grzbietowy oraz intumesc. lumb. Na tej zasadzie możemy przypuścić, że mamy tu do czynienia z t. zw. Röhrenblutung rdzenia kręgowego. Obok tej głównej sprawy było nadto uszkodzenie korzeni nerwowych w części rdzenia szyjowej, oraz górnej grzbietowej [być może również przez wylew krwi do korzeni]. [Autoreferat].

VIII. BORZYMOWSKI, przedstawiając dwie chore zaznaczył na wstępie, że ostatnie badania chirurgów i bakteriologów dostatecznie wykazały niemożność odkażenia skóry człowieka pomimo wszelkich prób, chirurgią przeto teraz wkracza w nowy okres, dążeniem którego jest odosobnienie podczas operacji rany od skóry

operatora oraz od skóry chorego. W myśl tej zasady chirurg obecnie stara się nie dotykać rany palcami tylko narzędziami; w klinice MIKULICZA odosabniają od pola operacyjnego nie tylko skórę nieobmytą ale i skórę obmytą przez łączenie brzegów rany z sitkiem otaczającym ranę; w myśl tej samej zasady wysilają się teraz niektórzy na wyszukanie past do rąk podczas operacji.

U pierwszej chorej kol. B. przed 14 dniami wyciął guz i torbiel lewego jajnika znacznych rozmiarów; stosownie do powyższych poglądów kol. B. przytem dążył do odosobnienia skóry od rany w ten sposób, że po kilkunastominutowem odkażeniu rąk mocno wtarł wazelinę w skórę obojwóch swoich rąk. Wazelina jak wiadomo mocno przystaje do skóry, może przeto w ten sposób zapobiedz wydostaniu się infekcyi podczas operacji z kanałów skóry potowych i łojowych. Następnie zamiast szwu skórniego kol. B. zastosował szew podskórny, w którym nitka przebiega pod skórą jest przeto zupełnie odosobnioną od tejże. Po operacji żadnych objawów podrażnienia otrzewnej nie było, chora zaczęła chodzić 8-go dnia po operacji a obecnie na 14 dzień po operacji, bliżna jest prawie niewidoczną.

Przedstawiając drugą chorą na 12-y dzień po operacji raka lewego gruczołu piersiowego i gruczołów chłonnych kol. B. zaznaczył, że w tym przypadku został usunięty nie tylko tłuszcz otaczający gruczoły ale i cała masa tłuszczu podskórnego, a to w tej nadziei, że gojenie się będzie szybsze. Bardzo często spostrzegać się daje związek pomiędzy ilością tłuszczu w polu operacyjnym i szybkością gojenia się; ceteris paribus, im więcej jest tłuszczu, tem rana gorzej się goi i naodwrot. W tym przypadku burdonet z pod pachy był usunięty po 48 godzinach, a na 6-y dzień były zdjęte szwy, a 12-go dnia rana zagojona przez rychłozrost.
[Autoreferat].

IX. STANKIEWICZ Czesław. a) przedstawia preparat macicy po dokonaniem cięciu cesarskiem sposobem FRITSCHA [Gaz. Lek. 1899, Nr. 1]. Operacja w ósmym miesiącu księżycowym z powodu guza wypełniającego lewą połowę próżni miednicy [rak], niemal in extremis. Zejście śmiertelne na ósmy dzień po zabiegu, wskutek wyniszczenia; Rana macicy, jak widać na preparacie, zagojona doraźnie. Dziecko żywe, chowa się dobrze. S. zaznacza, że było to pierwsze w kraju cięcie cesarskie poprzeczne.

b) Przedstawia kościec płodu, zatrzymanego przez lat ośmnaście w przypadku ciąży jajowodowej śródwięzowej [Czas. Lek. T. I, Zesz. 10]. Płód prawie donoszony, z biegiem lat uległ tak gruntownej maceracyi, że kości nie potrzebują oczyszczenia. Mimo istnienia ciąży zamacicznej, pacjentka odbyła 6 porodów na czasie, z których ostatni dokończono kleszczami. Operacja

Pam. Tow. Lek. T. 97, Z. IV.

z powodu zaburzeń ze strony pęcherza moczowego. Wszycie wor-ka płodowego do rany brzusznej. Miesiączkowanie jajowodowe przez przetokę brzuszną. Przetoka ta zabiłła się w 18 wiesięcy po zabiegu. [Autoroferat].

X. KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił chłopca 8-letniego, u którego przypadek dokonał eksperymentu, jaki w swoim czasie Cl. BERNARD po raz pierwszy zbadał na zwierzętach, — przecięcia nerwu współczulnego. Przed rokiem chłopiec ten przez nieostrożność upadł na złamaną żelazną rączkę parasolki i zranił się w lewą okolicę szyi. Wkrótce [po kwadranse?] otoczenie zauważyło, że lewe oko chłopca wyraźnie zmalało. Po raz pierwszy K. widział chłopca w Kwietniu r. b. skierowanego przez D-ra KĘPIŃSKIEGO. Wtedy Kop. stwierdził zwężenie o $\frac{1}{4}$ lewej szpary ocznej, zwężenie blisko o połowę lewej źrenicy i wybitne wciągnięcie całej gałki ocznej wewnątrz oczodołu [enophtalmus]. Oddziaływanie obu źrenic było prawidłowe. Na szyi po stronie lewej na wysokości połowy mięśnia mostko-obończyko-sutkowego na jego stronie wewnętrznej widać było niewielką bliznę 1 ctm. długą i 2—3 mmm. szeroką. Objawów zaburzeń naczynioruchowych na twarzy K. nie dostrzegł. Nie przypisując zbyt wiele wagi do opowiadań o urazie K. zaczął doszukiwać się przyczyny najczęstszej tego rodzaju zaburzeń—sprawy rdzeniowej. Wiadomo, że w pierwszym odcinku grzbietowym leży t. zw. *centrum cilio-spinale*, od którego wychodzą włókna do nerwu współczulnego. Zniszczenie tego ośrodka powoduje zwężenie odpowiedniej szpary ocznej, źrenicy i enophtalmus; drażnienie zaś objawy odwrotne—rozszerzenie szpary ocznej i źrenicy i exophtalmus. Syringomyelia, syfilis i gruźlica rdzenia—oto najczęstsze przyczyny tych zaburzeń. Ponieważ chłopiec jest obarczony pod względem gruźlicy, [miał przed kilku laty zapalenie opłucnej z wysiękiem i podczas badania miał bolesność wyraźną kręgow szyjowych i skrzywienie boczne kręgosłupa w części grzbietowej], przeto możuaby było przypuścić jakiś gruzełek gruźliczy w pierwszym odcinku grzbietowym rdzenia, który dał powyższe objawy. Zastanawiał jednak brak zaniku mięśni drobnych na odpowiedniej kiści wskutek zniszczenia leżącej obok owego ośrodka grupy komórek dla tych mięśni i znaczne natężenie wymienionych objawów. Po raz drugi K. widział chorego w Październiku, skierowanego doń przez kol. ORLA, który widział chłopca w tydzień po wypadku. Chłopiec zdradzał także obrzęk lewej połowy twarzy, która była znacznie cieplejszą niż prawa. K. stwierdził to wielokrotnie podczas szeregu wizyt. W moczu białka nie znaleziono. Podług opowiadań matki gdy chłopiec dłużej biega, prawa połowa twarzy czerwieni się, lewa pozostaje bladą. Tętno prawidłowe 94. Badanie oftalmoskopem [kol. KNAPPE] wykazało: Prawe oko normalne, w lewym $V = \frac{3}{6}$. Snell = 0,5.

Rozmiary tarczy znacznie mniejsze, żyły znacznie węższe niż w prawem oku. Kontury tarczy dokoła zatarte. Kilkotygodniowa elektryzacja nerwu współczulnego lewego pozostała bez skutku. Na uwagę więc w danym przypadku zasługuje wybitne natężenie objawów i wyraźne objawy naczynio-ruchowe. Zwężenie szpary ocznej zależy od porażenia gładkiego mięśnia MUELLER'a, zwężenie źrenicy—od przewagi nerwu okoruchowego, enophthalmus—od zaniku tłuszczu i od porażenia gładkiego mięśnia oczodołowego [m. orbitalis]. Objawy naczynio-ruchowe często w tych przypadkach zmienne [to rozszerzenie naczyń, to ich zwężenie, to anidrosis, to hyperidrosis] tu były dość stałe. Oddziaływanie źrenic na światło i na przystosowanie w tych razach często leniwe, tu pozostało żywym. K. stwierdził u swego chorego objaw, notowany w tych razach przez MOEBIUS'a, że podrażnienie czuciowe [klucie twarzy etc.] nie wywoływało rozszerzenia źrenicy. Objaw ten jednak K. zauważył u swego chorego i po stronie prawej. [Przypadek ten został również opisany przez kol. ZIEMIŃSKIEGO w pracy jego „O objawie HORNER'a“ w Kronice Lekarskiej za Maj r. b.]. [Autoroferat].

XI. BRUDZIŃSKI wypowiedział rzecz p. t. „Stosunek wzajemny zołzów i gruźlicy“.

Odkrycie KOCZ'a, że przeszczepianie tkanek przy zmianach skrofulicznych w gruczołach wywołuje zmiany gruźlicze u zwierząt branych do doświadczeń wywołało ogromny przewrót w pojęciach o skrofuliozie. Wyłoniła się kwestya, czy t. zw. zołzy nie są wprost procesem gruźliczym. Badacze podzielili się na 2 obozy: monistów i dualistów. Chcąc dojść do pewnych uogólnień w kwestyi wzajemnego stosunku zołzów i gruźlicy, rozpatrywać należy całą sprawę z 2-ch punktów: klinicznego i etyologicznego.

Wykrycie obecności laseczników gruźliczych w gruczołach przez KOCZ'a dało sposobność przypuszczać, że drobnoustroje przeniknęły do organizmu z powierzchni skóry lub błon śluzowych drogą naczyń limfatycznych odpowiedniego okręgu i rzeczywiście, jak świadczy przypadek DEMME'go, który widział zserowacenie gruczołów szyjowych w następstwie gruźliczego owrzodzenia na powłokach czaszki, okazuje się, że miejscowe cierpienie skórne może stanowić punkt wyjścia zarazy. Nieraz pierwotna przyczyna—cierpienie skórne znika wskutek zagojenia, pozostaje tylko skutek—zmiany w gruczołach. Najczęstszym punktem wyjścia zakażenia są błony śluzowe. Na potwierdzenie tego faktu DEMME przytacza przypadek, gdzie u dziecka nieobarczonego dziedziczenie gruźlicą, a cierpiącego na uporczywy katar nosa, znalazł obecność laseczników gruźliczych w wydzielinie bł. śluzowej nosa i stwierdził obrzęk gruczołów szyjowych. Dziecko to w jakiś czas zmarło na *menigitis tbc*, a badanie pośmiertne wykryło obecność

owrządzeń gruźliczych na bł. śluzowej nosa. Prócz tego błona śluzowa posiada własność przepuszczania zarazków bez uprzedniego uszkodzenia t. zw. zarażenia bez widocznego punktu wyjścia. Doświadczenie to potwierdzili ORTH, KLEBS i BAUMGARTEN dla przewodu pokarmowego, CORNET dla bł. śluzowej nosa, wcierając śwince morskiej hodowle laseczników gruźliczych i wywołując w następstwie infekcyę gruczołów podszczękowych. KOSSEL znalazł w bł. śluzowej nosa u 9-letniej dziewczynki laseczniki gruźlicze, przy czem błona śluzowa przedstawiała się zupełnie normalnie, dziecko w kilka tygodni zmarło na gruźlicę płuc i mózgu. Gdyby dla wszystkich cierpień uznanych klinicznie za skrofuliczne dało się stwierdzić pochodzenie gruźlicze, jak to widać z wyżej wyluszczo-nych faktów, to możnaby bez wahania orzec, że skrofuloza jest niczem innym, jak umiejscowioną gruźlicą, lecz znane są sprawy chorobowe, uznane za skrofuliczne, przy których nie znaleziono laseczników, jak również podjęte przeszczepianie odpowiednich produktów nie wydały pozytywnego rezultatu, natomiast znane są procesy chorobowe makroskopowo ładząco podobne do spraw gruźliczej natury, przy bliższem jednak badaniu bakteryologicznem wykryto obecność innych drobnoustrojów, przeważnie gronkoców. Zaznaczyć wypada, że tak naskórek, jak i błony śluzowe są mniej odporne na przechodzenie gronkoców i łańcuszkoców, niż laseczników gruźliczych, przy czem odpowiednie gruczoły ulegają powiększeniu, lecz w dalszym przebiegu sprawy chorobowej nie serowacieją, jak przy sprawie gruźliczej, lecz ulegają zropieniu. Gruczoły takie wytwarzają bezkształtny obrzęk na szyi, a co do swojej konsystencji stoją na granicy między miękkością zapalnych, a twardością gruźliczych. Przyczem najcharakterystniejszą ich właściwością jest fakt pociągania za sobą innych gruczołów [śródpiersiowych] i wytwarzanie choroby ogólnej [Ade-nie]. Ciekawie przedstawia się kwestya otitis mediae, cierpienia bardzo częstego u dzieci, którego objaw — ropotok, uważany jest za najpewniejszą cechę skrofulozy i grożącej gruźlicy. Według badań PONFICK'a i innych w większej części przypadków nie znaleziono jednak laseczników gruźliczych lecz pneumo, strepto i staphylokokki. Istnieją po zatem lecz w mniejszej ilości cierpienia ucha środkowego o charakterze gruźliczym, gdzie dała się wykazać obecność laseczników lub ropotoki, do których przyłączyło się ostre zakażenie gruźlicze. Na zasadzie swego doświadczenia, nabytego na bardzo bogatym materiale, PONFICK sądzi, że należałoby na miejsce cierpień objętych wspólną nazwą skrofulozy, postawić cały szereg procesów zapalnych, pochodzenia infekcyjnego, które wprawdzie mają niektóre wspólne właściwości, jednak za wiele różnią się od siebie aby je można było objąć jednem mianem. Według PONFICK'a kwestya skrofulozy pozostanie jeszcze na

długi czas otwartą, bo chociaż istnieje szereg objawów ogólnych nadających zółtom specjalny charakter, to jednak, jak z powyższych badań wynika, nie jest to miano jakiejś jednolitej choroby, lecz miano zbiorowe. Między klinicystami zdania są podzielone. CZERNY sądzi, że wykreślenie nazwy skrofulozy byłoby na razie b. trudnem. GRANCHET zatrzymuje nazwę skrofuloza dla lekkiej postaci gruźlicy, zazwyczaj uleczalnej.

Podług CZERNY'ego i wielu innych klinicystów skrofuloza nie jest to choroba lecz usposobienie chorobowe. Cechę charakterystyczną osobników skrofulicznych z punktu widzenia klinicznego stanowi skłonność do infekcyi skórnych bł. śluzowych i gruczołów, łatwość przyjęcia infekcyi gruźliczej. Za najwięcej charakterystyczne objawy skrofulozy u dzieci małych, CZERNY, GREGNIER i inni podają 1) t. zw. strup mleczny [Milchschorf] występujący w pierwszych miesiącach życia głównie na policzkach, cierpienie b. uporczywe, znikające około 2-go roku życia.

2) Prurigo charakteryzujące się występowaniem grudek bez skłonności do ropienia słuzowych, występujących w końcu 1-go roku życia zwłaszcza u dzieci skłonnych do tycia;

3) Silne uwłosienie okolicy międzyłopatkowej, łokcia i bioder, również długie czarne rzęsy. Takie uwłosienie nie jest wrodzone, rozwija się w ciągu 1-go roku życia-

Dalszą cechą skrofulozy stanowią phlycteny, a dowiedzionem jest, że nie są one natury gruźliczej. Oprócz powyższych cech spotykamy się w literaturze z dwoma objawami innemi, jak Lingua geographica i Circuläre Caries zębów. Lingua geographica [Landkartenzunge] objaw opisany przez BOEHM'a na zasadzie spostrzeżeń obserwowanych w klinice i poliklinice prof. CZERNY'ego nazywana dawniej Pityriasis linguae, Glossite exfoliatrix de la langue], powstaje wskutek defektów bł. śluzowej języka, zawdzięcza swą nazwę konturom, jakie się przytem cierpieniu wytwarzają na języku. Cierpienie to zaczyna się od środka i rozszerza się ku obwodowi, przyczem na brzegach języka bł. śluzowa przedstawia się normalnie. Cierpienie to występuje u dzieci nieraz zaraz po urodzeniu, najczęściej w pierwszych 2-ach latach życia, trwa nieraz całemi latami, jest bardzo uporczywe, ulegając to polepszeniu to pogorszeniu bez względu na leczenie. Dawniej zaliczane do rzędu cierpień stojących w związku z lues haereditaria, dziś jednak pogląd ten został obalony, dzięki badaniom wielu autorów, [Colcos. Fox. 11 nn.]. BOEHM na zasadzie swych badań, podjętych w 103 przypadkach zalicza to cierpienie do rzędu zależnych od stanu skrofulicznego.

Autor zwracał uwagę na ten objaw na oddziale osesków w Domu Wychowawczym i na kilkadziesiąt dzieci badanych znalazł ten objaw zaledwie 3 razy, co przypisuje tej okoliczności, że

dzieci starsze nad 6 miesięcy bywają wydawane na wieś, czyli bywają usuwane z pod obserwacji lekarskiej w okresie, kiedy objaw ten najczęściej przez BOEHM'a był spotykany. W nader wyraźnej postaci widział autor objaw ten u $1\frac{1}{2}$ rocznego chłopca. Drugi objaw. opisany przez NEUMANN'a t. zw. circuläre Caries, występujące najczęściej na górnych siekaczach jest to próchnica rozpoczynająca się na granicy dziąseł. Pierwszym etapem tej sprawy chorobowej jest występowanie zielonego osadu na miejscu późniejszej próchnicy. Że cierpienie to niema nic wspólnego z kiłą dziedziczną to najlepiej okazuje się z tego, że na 104 przypadki obserwowane przez NEUMANN'a zaledwie w 2 tylko dało się stwierdzić lues. Niektórzy autorowie przypisują to cierpieniu krzywicy, u większości rachityków nie spotykano tego objawu. Objaw ten według NEUMANN'a ma występować nader często w połączeniu ze skrofulotuberculozą. Na sekcjach u 27 dzieci z circul. Caries stwierdzono zmiany skrofuliczne w 15 przypadkach co wynosi 56% a u 53 dzieci bez tego objawu tylko w 7—czyli 13% . Kwestya, jakie objawy zaliczyć należy do rzędu skrofulicznych jest trudną ze względu iż dotąd nie jesteśmy w stanie określić istoty tego zбочzenia ustrojowego. Pod tym względem zachodzą, jak wiadomo klinicytom najrozmaitsze kombinacye, w jednej i tej samej rodzinie zołzów u różnych osobników bywają różne i w różnym wieku występują. Niektórzy autorowie, zwolennicy tożsamości gruźliczy i zołzów uważają dany objaw za skrofuliczny ze względu, że u danego osobnika występują z czasem cierpienia gruźlicze. Pogląd ten jednak jest niesłuszny, gdyż zaledwie mała cząsteczka dzieci uznanych za skrofuliczne zapada na gruźlicę. Mówiąc o usposobieniu zołzowem, trzeba rozróżniać usposobienie ogólne właściwe wiekowi i usposobienie osobnicze. W wieku dziecięcym istnieją właściwości w budowie i w wewnętrznym związku czynników, które powodują częstsze zachorowywanie, główną rolę odgrywa tu większa wrażliwość na szkodliwości zewnętrzne—mniejsza odporność. Mniejsza odporność u dzieci polega na różnicy w ilości komórek i ilości protoplazmy w oddzielnych komórkach szczególnie składających warstwy nabłonkowe. Duże znaczenie posiada również obfitość soków w organach; widać to np. w częstem występowaniu zapaleń ucha środkowego właśnie wskutek tej soczystości bł. śluzowej. Daną właściwość stanowi skłonność do zastoju w systemie limfatycznym, szczególnie gdy do dróg limfatycznych przedostaną się kłaczki włóknika, zlepki bakteryi, kupki zlepionych ciałek ropnych. W ten sposób tłumaczy PONFICK obrzmienia widocznych powierzchni skóry i błon śluzowych niekiedy na dużej przestrzeni, jakie się spotykają u dzieci skrofulicznych.

Ogromna różnica istnieje w żywości reakcyi ścian naczyń włosowatych u dzieci i u dorosłych, szczególnie w zakresie naczyń włosowatych; nie należy zapominać o łatwiejszej pobudliwości systemu nerwowego nie tylko centralnego ale i obwodowego. Wspomniane różnice w ustroju organizmu dziecięcego wspólne wszystkim dzieciom, bywają wyraźnie zaznaczone u pierwszych osobników. Inne są różnice w reagowaniu różnych dzieci na małe jakieś skaleczenia, na jedne i te same wpływy infekcyjne, zapalne, dużą ilością białych ciałek krwi, wydzielaniem ropy itd. jak również wiadomą jest rzeczą, że i gruźlica dziedziczy się głównie jako usposobienie, jako zmniejszona odporność tkanek. Przypadki zarażenia wewnątrzmacicznego lasecznikami gruźliczymi są znane, lecz są nader rzadkie. Zdaniem CZERNY'ego przyczyny usposobienia do zółzów szukać należy w zaburzeniach składu chemicznego organizmu dziecka i od badań chemicznych głównie spodziewać się należy postępów na drodze poznania istoty skrofulozy. Pomimo wielu badań a może właśnie wskutek tych nowych badań, które obaliły wiele z dawnych poglądów, o istocie zółzów wiemy teraz mniej niż, kiedykolwiek, jak słusznie wyraził się w swej pracy kol. KAMIENSKI. Jak ostatecznie rozstrzygnięta zostanie ta sporna kwestya wzajemnego stosunku zółzów i gruźlicy, czy w myśl monistów zwolenników tożsamości, czy też ich przeciwników przyszłość okaże.

[Autoreferat].

W dyskusyi SEKRETARZ STAŁY zwraca uwagę prelegenta, że stosunek tak zw. skrofuł do gruźlicy resp. do suchot stał się przedmiotem rozpraw i sporów nie dopiero od wykrycia przez R. KOCH'a powodujących gruźlicę bakteryi laseczkowatych, lecz był nim i dawniej, gdy za signum patognomicum skrofuł pożytywno obrzmienia gruczołów limfatycznych przeważnie podszczękowych i szyjowych. Już wówczas dostrzeżono, że suchoty płucne najczęściej zależą od powstawania w płucach rozmaitej wielkości guziczków posiadających te same własności co i obrzmiałe gruczoły limfatyczne u skrofulicznych, t. j. serowatego wyglądu na rozkroju i skłonne do rozmięknień, a wskutek tego powodujących w płucach zniszczenie analogiczne z owrzodzeniami np. na szyi u skrofulicznych. Ztąd powstała nazwa tuberculum scrophulosum i phthisis scrophulosa. Nie uznawano wprawdzie żadnych suchot za skrofuliczne, lecz znaczną ich większość za sprawę chorobową identyczną ze skrofułami. Dopiero gdy BAYLE uznał t. zw. tubercula scrophulosa za niemające nic wspólnego ze skrofułami, za twory sui generis, stosując tylko do nich nazwę „tubercule“ bez wszelkiego przymiotnika, jak to dotąd czyniono tuberc. scrophul. syphilitic. carcinomatorium itp., uważając je podobnie za najczęstszą przyczynę suchot, zaczęto wątpić o tożsamości gruźlicy ze skrofułami. BAYLE nieodrzucał jeszcze aczkolwiek rzadko da-

jących się spozstrzegać innych suchot jak np. phthisis. gangraenosa, pituitosa itp. lecz wkrótce dla LAENNECK'a nie istnieją już żadne inne suchoty prócz gruźliczych. LAENNECK nadto tem się różni od BAYLE'a w poglądach na gruźlicę, że podług niego ta ostatnia występuje nie tylko w postaci guziczków ograniczonych [corps isolés] lecz i w postaci mniej lub więcej rozległych nacieczeń gruźliczych [infiltrations tuberculeuses]. Że od takiego poglądu na gruźlicę do identyczności jej ze skrofułami jeden tylko krok, nie potrzeba chyba tego dowodzić. Do wcale innych wniosków z przeprowadzonych przez siebie badań nad gruźlicą doszedł VIRCHOW. Podług niego jedyną postacią, w jakiej występuje gruźlica—są drobne guziczki, częstokroć znacznie drobniejsze od ziarenek prosa, większe guzy gruźlicze, tak zw. np. tuberculum solitare encephali składa się według VIRCHOW'a z miliardów bardzo drobnych gruzełków. LAENNECK'owskie nacieczenia gruźlicze podług VIRCHOW'a gruźlicze wcale nie są, miały to być uległe zserowaceniu wytwory zapalenia, a do takich przemian skłonne są przedewszystkiem wytwory zapaleń u skrofulicznych. Zresztą przemiana na masę o serowatym wyglądzie nie jest właściwością wyłączną ani gruzełków, jak to wielu się zdawało, ani też produktów zapaleń u skrofulicznych; na podobną masę zamienia się zgęstniała ropa, z podobnemiż masami spotkać się możemy w rakach, mięsakach itp. nowotworach. W ten sposób powaga VIRCHOW'a na pewien przeciąg czasu zapewniła wyodrębnienie tych dwu spraw chorobowych t. j. gruźlicy i skrofuł. Że zaś cierpiący na skrofuły kończyli częstokroć na gruźlicę, tłumaczono to tem, że skrofuły usposabiają do gruźlicy, t. j. że osoby o takiej wrażliwości ustroju [diathesis], która decyduje o skłonności do przewlekłych zapaleń, których wytwory podlegają zwykle przemianie serowatej, skłonne są także i do spraw gruźliczych. Tak zmieniały się poglądy na stosunek zołzów do suchot resp. gruźlicy do r. 1882 w którym R. KOCH zaznajomił nas z wynikiem swych badań nad gruźlicą. Dowiódł on, jak wiadomo, że gruźlica powstaje wskutek wnikania do organizmu i mnożenia się w nim pewnych laseczkowatych bakteryi, które otrzymały odeń nazwę bacillus tuberculosis¹⁾; dowiódł przytem, że LENNECK miał słuszność, utrzymując, że gruźlica występuje w dwojakiej postaci: w LENNECK'owskich nacieczeniach wykrył takie same laseczki jak w guzikach serowatych. To samo stosuje się i do mas serowatych w gruzełkach limfatycznych, jako signum patognomicum skrofulozy. Tym sposobem wynurzyła

¹⁾ Co powinno się tłumaczyć na język polski: laseczka gruźlicy, a nie lasecznik, który to wyraz powinien oznaczać coś wytworzonego z laseczek, jak np. jabłecznik—z jabłek.

znowu kwestya identyczności gruźlicy ze skrofulami. Lecz skrofuly za głęboko były wkorzenione w nosologii i za długo cieszyły się w niej obywatelstwem, żeby tak łatwo dały się go pozbawić. Przedewszystkiem uderzano na to, że nie zawsze w tak zmienionych gruczołach limfatycznych dawały się wykrywać laseczki gruźelkowe, jak że również nie zawsze kończyły takie osoby na gruźlicę. Lecz jeżeli w tak zmienionych gruczołach nie dają się wykrywać laseczniki R. Koch'a, to jeszcze nie dowód, żeby ich tam nie było, znane są bowiem przypadki, że najdoświadczeńszym badaczom nie udaje się niekiedy wykrywać najdokładniej przeprowadzonymi odpowiednimi metodami wzmiankowanych bakteryi w takiej np. ostrej gruźlicy, gdy w innych podobnych przypadkach ciż sami badacze znajdowali je miryadami w każdym badanym gruźelku. Dowodzi to tylko tego, że jak wiele innych chorobotwórczych bakteryi, tak i laseczki gruźelkowe podobnie jak nie jednostajnej bywają jadowitości, tak i niejednostajnego składu chemicznego, a choćby układu molekularnego; znane więc obecnie metody wykrywania laseczek gruźelkowych mogą się okazać, w pewnych, rzecz można, wyjątkowych razach, niewystarczającymi. Co się zaś tyczy tej uwagi, że omawiane tu zmiany w gruczołach limfatycznych już dla tego samego nie zawsze są gruźliczej natury, że nie zawsze towarzyszą im lub z czasem przyłączają się do nich sprawy gruźlicze w innych organach, dla czegożby więc takich zmian nie uzależnić od diatezy czy dyskrazji skrofulicznej? to na to z wszelką słusnością odpowiedzieć się daje, że znane są przecież przypadki gruźlicy miejscowej, t. j. pozostającej jako taka bez jakichkolwiek bądź przerzutów; że więc zmienione przez gruźlicę gruczoły mogą nawet mięknąć, powodować owrzodzenie, to ostatnie następnie się zablizniać, nie przestają być przeto sprawą chorobową miejscową. Z drugiej znowu strony nie należy i o tem zapominać, że do gruczołów limfatycznych podobnie jak do innych narządów mogą dostawać się inne chorobotwórcze bakterye jak np. gronkowce, paciorkowce itp., wywoływać ich mięknienie, wrzodzenia itp. bez wszelkich przerzutów. Pod wymienione powyżej dwie kategorie zmian w gruczołach limfatycznych dadzą się podprowadzić wszystkie przypadki, mające dowodzić zależności tych zmian od diatezy czy dyskrazji skrofulicznej. Najzupełniej to samo da się powiedzieć o cieczeniu mniej lub więcej ropnem z ucha, próchnieniu kości itd. Powiadają, że skrofuly ujawniają się rozmaitemi chorobami skóry, jak *crusta lactea* u dzieci, eczema, prurigo itp., że usposobione są do tych chorób osoby z mocno rozwiniętym układem limfatycznym, t. j. obfitujące w limfę, a więc w naczynia i gruczoły limfatyczne. Lecz czy z takimi chorobami nie spotykamy się u osób mniej zasobnych w naczynia i gruczoły limfatyczne. Wszak istnienie skroful miało dowodzić usposobie-

nie do gruźlicy, gdy tymczasem obecnie godzimy się na to, że ani bezwzględnie opornych osób względem gruźlicy, ani też bezwzględnie do niej usposobionych niema; najmocniej zbudowane osoby, znajdujące się przez dłuższy przeciąg czasu w niekorzystnych warunkach mogą uleść gruźlicy, a wątłe, pędząc życie w korzystnych warunkach jej uniknąć. B. przed laty obserwował w Ujazdowskim szpitalu gruźlicę mordującą atletycznej budowy żołnierzy lejbgwardyi pułku wołyńskiego, którzy kwaterowali w najniebezpieczniejszych zbudowanych i utrzymywanych koszarach. Koniec końców jeśli się przyjrzeć bliżej kwestyi t. zw. skrofulozy, to się przychodzi do tego wniosku, że niepodobna znaleźć ani anatomicznej, ani chemicznej, ani klinicznej podstawy do przyjęcia odrębnego stanu chorobowego, do którego dałaby się zastosować powyższa nazwa. Wprawdzie poważni skąd inąd praktycy mówią jeszcze o diatezie skrofulicznej; lecz taki wielce poważany w swoim czasie praktyk, jakim był prof. Józef FRANK wierzył w kołtun; któż dziś mówi o kołtunie, jako odrębnej chorobie. Skrofuly *mutatis mutandis* mają wiele wspólnego z kołtunem: dni obywatelstwa ich w nosologii są policzone.

Prof. Kosiński zaznaczył, iż niezupełnie podziela zdanie SEKRETARZA STAŁEGO. Wszak dzisiaj gruźlicę rozpoznajemy tam, gdzie są laseczniki, a w żołzach laseczników nie spotykamy. Anatomii patologicznej do podobnej klasyfikacji stosować nie możemy. Praktyka każdego z lekarzy poucza, że rozróżnianie żołców i gruźlicy robić należy, przemawia za tem zwłaszcza różnorodność postaci rozbieranej choroby, a przede wszystkim to, że żołcy należą do cierpień wyleczalnych.

W odpowiedzi mówca zaznacza, że chciał jedynie przedstawić najnowsze badania w rozbieranej sprawie. Jeszcze raz zaznacza, że fakty przeczą podziałowi anatomo-patologicznemu i że nazwę „scrophulosis“ utrzymujemy jedynie w celu łatwiejszego porozumiewania się klinicznego.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza *St. Kopczyński.*

Posiedzenie nadzwyczajne uroczyste, poświęcone uczczeniu zasług i pamięci ś. p. prof. Marcelego NENCKIEGO w d. 2 Listopada 1901 r.

Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 102 i gości 24.

I. PREZES zagał posiedzenie następującem przemówieniem:

„W przybytku wiedzy lekarskiej, u stóp pomnika wielkiego lekarza i biologa, wśród wizerunków, przywodzących nam na pamięć cały szereg zasłużonych polskich medyków, zebraliśmy się dziś, by uczcić zgasłego przedwcześnie kolegę naszego, członka honorowego naszego Towarzystwa Lekarskiego, zebraliśmy się, by przywieźć sobie na pamięć to, co Marceli NENCKI zdziałał na polu nauki, by oddać hołd niez mordowanej pracy, szerokości poglądów, trzeźwości sądu, i ścisłości metody badania naszego rodaka, którego imię na zawsze w dziedzinie wszechludzkiej wiedzy już jest zapisane.

Wszyscy dziś tu zebrani, bliżsi i dalsi znakomitego męża, rodzina, towarzysze pracy, byli jego uczniowie, koledzy z zawodu, wszyscy zarówno czujemy potrzebę dać wyraz bolesnemu uczuciu, jakie nas ogarnia na myśl, że Marceli NENCKI, już nie żyje.

Ale śmierć pracownika tej miary co NENCKI, śmierć takiego, jakim on był, poszukiwacza prawdy, to nie pobudka do martwego i bezowocnego żalu, ale raczej hasło, by proporzec, który wypadł z jego zastygłych dłoni, pochwycili ci, którym dane jest stać na straży przybytku wiedzy i pracy naukowej. W licznej tej kohorcie nie brak i naszych przyrodników i lekarzy. Oplakując śmierć wodza, pomni zaszczytu, jaki społeczeństwu polskiemu M. NENCKI przyniósł w całym świecie naukowym, niechajże nie szukają w imieniu Jego li wzniesłego wspomnienia, ale raczej niech ono im będzie pobudką do naśladowania Jego pracowitości, Jego wytrwałości, Jego ścisłości.

Sursum corda!

Za chwilę w przemówieniu kolegów naszych zarysuje się przed nami wspaniały obraz wielostronnej, a tak doniosłej działalności naszego uczonego. Przedtem jednak wzywam Was do uczczenia jego pamięci przez powstanie“. Wszyscy obecni powstali.

II. Przemówienie Vice-Prezesa H. NUSBAUMA „O witalizmie i poglądach w tym względzie NENCKIEGO“.

III. Przemówienie J. PRUSZYŃSKIEGO „Działalność naukowa ś. p. Marcelego NENCKIEGO“.

IV. Przemówienie M. JAKOWSKIEGO „Prace Marcellego NENCKIEGO, dotyczące trawienia“.

V. Przemówienie W. PALMIRSKIEGO „Odkrycia ś. p. Marcellego NENCKIEGO, dotyczące księżosuszu i surowicy przeciwksiężosuszowej“.

Wszystkie przemówienia, malujące dosadnie zasługi naukowe nieodżałowanej pamięci prof. M. NENCKIEGO, zyskały ogólny poklask audytoryum.

PREZES, w imieniu Zarządu Towarzystwa, wniósł projekt zawieszenia wizerunku ś. p. NENCKIEGO na stałe w sali posiedzeń Towarzystwa, oraz zaznaczył, że głosowanie nad powyższym wnioskiem odbędzie się na jednym z najbliższych posiedzeń klinicznych.

VII. PREZES zawiadomił, że Zarząd Towarzystwa porozumie się z Towarzystwem chemików i przyrodników Warszawskich, celem wspólnego obmyślenia sposobu utrwalenia pamięci prof. M. NENCKIEGO.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Sekretarz *L. Dydyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 5 Listopada 1901 r.

Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 45 i gości 4.

T r e ś ć: NEUGEBAUER Fr.—Przypadek przepukliny pępkowej.

B.RO.—O padaczce.

I. Z powodu nieobecności sekretarza protokół nie został odczytany i PREZES zaprosił kol. MIKLASZEWSKIEGO, by zastąpił Sekretarza.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: ŚLASKIEGO, STERLINGA, KLJEWSKIEGO i BORNSTEINA.

III. Do biblioteki złożyli: 1) kol. HEIMAN książkę swoją p. t. „Choroby narządu słuchowego“ i po niemiecku „Ueber letale

Ohrenerkrankungen“. 2) kol. NEUGEBAUER „Katalog für Geburtshilfe und Gynekologie.

IV. Kol. Aleksander BIAŁOBRZESKI złożył podanie o zaliczenie go w poczet członków Towarzystwa. Przedstawiają i popierają koledzy: CHROSTOWSKI, GRZANKOWSKI, SAWICKI Bronisław. Sprawozdanie z prac podjął się kol. ZALEWSKI.

V. PREZES odczytał pozwolenie kuratora Warsz. Okręgu Naukowego na udzielenie stypendyumu studentowi Łabuciowi.

VI. NEUGEBAUER demonstrował chłopczyka starozakonnego przeszło rok już liczącego dotkniętego szeregiem wad rozwojowych. Rodziców z dzieckiem przysłał do niego kol. Rodys. Obrzezania u tego chłopczyka dotychczas nie dokonano, ponieważ okazało się to niemożliwym. Istnieje u dziecka tego *hernia funiculi umbilicalis* zawierająca pętle kiszek. Do światła wrót przepukliny można wtłoczyć od razu końce czterech palców. Hernia ta leży bezpośrednio ponad miejscem, gdzie powinno się znajdować spojenie łonowe, a więc bardzo nisko. Tuż pod osadą przepukliny pępowinowej widać żołądź prącia rozszczepionego na grzbiecie. *Epispadiasis glandis et corporis penis*. Członek męzki pozornie przyrośnięty do przedniej ściany brzusznej. Gdy odgiąć żołądź ku dołowi, widać rozszczepienie grzbietu całego prącia — *epispadiasis penis et urethrae*. Przy tylnym końcu rozszczepionej cewki widać otwór grubości ołówka prowadzący do pęcherza. Otwór ten leży jednak niezupełnie w pośrodkowej linii ciała a cokolwiek ekscentrycznie po stronie lewej. Rozszczepiona część cewki moczowej jest bardzo krótką i ma szerokości około trzech tylko milimetrów. Niema więc w tym przypadku *extrophiae vesicae urinariae*. Po zatem istnieje *hernia inguinoscrotalis dextra* zawierająca pętle kiszek, — poniżej zawartości tej przepukliny leży jądro prawe oraz *hydrocele tunicae vaginalis testis*. Moszna cała; w lewej połowie moszny wymacalne jądro i przyjądrze. Dalej istnieje rozszczepienie przedniej ściany miednicy — *fissura annuli pelvini anterior* czyli tak zwane „*pelvis fissa*“ z odstępem czterech centymetrów pomiędzy jedną kością łonową, a drugą. Przepuklina pępowinowego pochodzenia pokryta jest ciemnobrunatną bliznowatą skórą cienką powłoką bez śladu wklęsłości pępkowej na środku. Cała osada pępowiny na szczycie przepukliny wytłoczyła się zupełnie wypukło na zewnątrz. Prawdopodobnie w tym przypadku przyczyną rozszczepu miednicy oraz grzbietu prącia było silne napięcie ductus omphaloenterici trwającego po nad czas normalny, podczas gdy pęcherzyk żółtkowy leżał bliżej ogonowego końca ciała płodu. Wtedy to mimowoli ductus omphaloentericus stawał przeszkodę mechaniczną dla zejścia się kości łonowych i wytworzenia się spojenia łonowego oraz dla normalnego ukształtowania prącia. Niewyjaśnioną jednak po-

zostaje przyczyna herniae inguinoscrotalis dextrae. Kol. N. spostrzeżenie to opisał w „Medycynie“ w № 24—26 roku bieżącego w artykule kazuistycznym: „Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii rozwojowych [*Herniae funiculi umbilicalis*]“ dziś zaś przedstawia chłopczyka dla postanowienia terapeutycznego, czy wypada poddać chłopczyka tego wogóle operacji plastycznej i kiedy, czy lepiej teraz czy też, gdy dojdzie do wieku dojrzałości.

Do demonstracyi tej kol. N. dodaje wzmiankę o tem, że w kazuistyce wrzekomego obojnactwa znalazł aż dwa przypadki, gdzie chłopczyka o rozszczepieniu grzbietu prącia, epispadiasis penis, lub też exstrophia vesicae urinariae wychowano za dziewczynkę, i dziecko jako hermafrodytę opisano. Zachodzi tutaj gruba pomyłka w określeniu płci, albowiem kalectwo takie niema nic wspólnego z wrzekomem obojnactwem. Główną przyczyną wychowania chłopca takiego za dziewczynę było raczej to, że wskutek nietrzymania moczu rodzice nie dawali chłopcu męskich spodni a więc męskiego ubrania a spódnicę, która mniej znaczącą była moczem niż spodnie w kroku zeszyte.

[Autoreferat].

VII. BIRO. O padaczce.

Rozporządzając dużym materiałem padaczki bo 227 przypadkami, obserwowanymi przez niego w ciągu wielu lat, z których liczne spostrzegł w poliklinice D-ra GOLDFLAMA, pragnął autor wypowiedzieć zdanie o wielu sprawach ciemnej tej, a odwiecznej choroby. Rysując obraz padaczki zatrzymywał się autor na punktach spornych, niewyjaśnionych i stawał niektóre zagadnienia nowe. Podając statystykę swych przypadków, B. wskazał, że mężczyźni stanowili 53⁰/₀, kobiety 47⁰/₀, chorych na padaczkę. Zestawienie danych z liczbami innych autorów zmusza go do opierania liczb odnośnych na danych zaczerpniętych z pośród dzieci do lat 13—15, jako na sferze niepracującej, gdyż ambulatoryjnie pracujący mężczyźni mniej się leczą od kobiet. W ten sposób stosunek epileptyków do epileptyczek określonym zostaje przez 37 : 63. Tylko okres dojrzewania płciowego ma nieco wpływać na przewagę epileptyków nad epileptyczkami w stosunku 53 : 47. Prawo do opierania danych o stosunku liczbowym epileptyków do epileptyczek dają dane, według których w latach późniejszych ogół mniej zapada na padaczkę, niż w wieku młodym i że liczba osób, zapadających na nią przed 21 rokiem życia stanowi według jego danych 69,1⁰/₀ ogółu epileptyków. Stwierdzając małą liczbę zachorowań na padaczkę w wieku podeszłym, nie widzi B. powodu do wyodrębnienia grupy padaczki starszej po za przyczyną etyologiczną, miażdżycą naczyń. Dział statystyczny zakończony jest tablicą z 210 przypadków, w których udało się dowiedzieć

o czasie pierwszego napadu padaczki, a poprzedza ją wysnuty z danych odnośnych wniosek, że niema wieku, w którymby padaczka nie mogła wybuchnąć, lecz że pewne lata jej wystąpieniu bardziej sprzyjają.

W dziale o etyologii autor zaznacza, że tylko u $\frac{1}{3}$ epileptyków udało mu się natrafić na przypuszczalny moment etyologiczny. Uraz fizyczny miał stanowić 33% chorych z ową przypuszczalną etyologią. Na zasadzie własnego materiału, twierdzi autor, że wystarcza do powstania tej choroby uraz jednorazowy, że może ona wybuchnąć po znacznym przeciągu czasu od chwili urazu i że na zasadzie tego, że urazy dawne mogą wyrzucić swój wpływ, to summa urazów w rozmaitych okresach zadanych, nie mniej jest szkodliwą. Za również szkodliwe należy uważać urazy psychiczne, ich wpływ wykazuje 25% przypadków po za licznymi, w których występowały obok fizycznych. Redukując do niedużych rozmiarów wpływ czynników, mogących wywołać padaczkę na drodze odruchowej, B. zapatruje się sceptycznie na pogląd, jakoby wstrzemięźliwość płciowa sprzyjać miała powstawaniu tej choroby i uważa, że w tych nielicznych razach mogła padaczka powstać naskutek nadmiernej pobudliwości sfery płciowej, przy ubóstwie innych sfer działalności psychicznej, a po części naskutek samogwałtu. Uważając samogwałt za bardzo rzadki powód do padaczki, nawołuje lekarzy do obrzydzenia młodym pacjentom tej wstrętnej słabostki bez skierowywania ich jednak do jakiegokolwiek zaspakajania popędów płciowych. Radzi on propagowanie wśród młodzieży wstrzemięźliwości absolutnej i wynalezienie dla nadmiaru energii, skierowanej w stronę sfery płciowej, innego upustu, sprowadzenie jej na tory pracy uczciwej i społecznie pożytecznej. W ten sposób rozwiązano by część kwestyi płciowej pod względem społecznym i często uniknęłyby się i takich powodów dla padaczki, jakim jest przymiot. Redukując do małej odsetki przypadki padaczki po przymiocie na zasadzie własnego materiału, przechodzi autor do innych chorób ogólnych, mogących wywołać padaczkę. Nie nadaje on prawie żadnego znaczenia cierpieniom serca w etyologii padaczki, opierając się na danych doświadczalnych i klinicznych, a współistnienie cukrzycy w niezwykle rzadkich przypadkach padaczki tłumaczy jako objawy współrzędne jednego tła ogólniejszego. Przetwory nieprawidłowej wymiany materii mogą niekiedy pozostawiać ślady w układzie nerwowym i naczyniowym i w ten sposób przyczynić się do powstawania padaczki. Za możliwym wpływem jądów na padaczkę ma przemawiać działanie terapii, przeciw wnętrznikom stosowanej, w przypadkach padaczki bez wnętrzników. Redukując wpływ wnętrzników do minimum omawia on padaczkę, wywoływaną wrzekomo przez przetwory drobnoustrojów, podając jeden własny

przypadek padaczki po tyfusie i jeden po odrze. Wybroczyny krwawe w substancji nerwowej w niektórych przypadkach WEBERA nasuwają myśl, czy nie są one raczej skutkiem napadów, niż ich podłożem, i czy nie są analogiczne do wybroczyn pod białkową i wylewów podskórnych u epileptyków. Część o wpływie jądów kończą uwagi nad działaniem alkoholu, jako czynnikiem etyologicznym padaczek. Biorąc pod uwagę dane odnośnie innych autorów dochodzi B. na zasadzie własnego materiału do przekonania, że alkohol może raczej sprzyjać powstawaniu padaczki, niż ją wywołać i bardziej obstaje za wpływem alkoholizmu rodziców na ukazanie się padaczki u dzieci, niż za alkoholem, jako bezpośrednim czynnikiem padaczki u osób go nadużywających. O epileptykach, w stanie nietrzeźwym rodziców poczętych, sądzi autor, że, mają chorobę do zawdźwięczenia może chronicznemu alkoholizmowi rodziców. Sądząc, że dzieci alkoholików mogą się rodzić z gruntem podatnym do wystąpienia padaczki, B. przypuszcza, że i ogólnie biorąc, można się rodzić z gruntem do tej choroby usposabiającym. Stąd wyprowadzoną zostaje kwestya dziedziczności padaczki. Z obserwacji autora wynika, że 7⁰/₀ epileptyków dostaje choroby na drodze dziedziczności bezpośredniej, a ogólnie u 22⁰/₀ powstaje ona u osób, zrodzonych w rodzinach psychopatii neuropatycznych. Podając, że dziedziczenie po ojcu spostrzega się częściej, niż po matce, ostrożnie autor wypowiada przypuszczenie na zasadzie swych danych, że synowie częściej dziedziczą po ojcu, a córki po matce i kończy uwagi o dziedziczności zastrzeżeniem, że dziedzictwo może się ukazać nawet w wieku podeszłym. Z całego przeglądu etyologii wyprowadza B. wniosek o wzajemnem dopełnianiu się czynników etyologicznych padaczki: pierwotnie można dostać padaczki na skutek licznych czynników, nabyta tą drogą padaczka może zostać przekazaną potomstwu i odwrotnie, padaczka odziedziczona może wybuchnąć bez szczególnego powodu lub pod wpływem jednego z powyższych czynników. Takiego chce się autor trzymać poglądu, póki nie zostanie dowiedzionem, że padaczka z niektórymi tylko etyologicznymi momentami może przejść na potomstwo.

W symptomatologii stara się B. wykazać stosunek poszczególnych objawów do istoty choroby i w ten sposób podnieść znaczenie wielu objawów, uważanych za drugorzędne i obniżyć wartość symptomatologiczną innych, traktowanych powszechnie za pierwszorzędne, stałe, niezbite. Wyrównyując poziom licznych objawów, radzi autor żadnego z nich nie uważać za jedynie patognomiczny i mieć te głównie na względzie, które się ukazują najczęściej. Omawiając aurę i jej stosunek do istoty napadu, zastrzega B., że zjawia się ona w 25⁰/₀ przypadków, że najczęściej ukazuje się przed napadami lżejszymi, że tylko w 4⁰/₀ występuje

wcześniej przed napadem i że w $\frac{2}{3}$ przypadków, w których się aurę spostrzeża, zjawia się ona przed każdym napadem. Wśród licznych jej postaci podaje B. 2 dotychczas nieznanne. Wykluczając inne momenty po za tłem padaczki, jakieby aurę mogły powodować, autor zapatruje się sceptycznie na możliwość przerywania napadu przez oddziaływanie na chorego podczas aury. Po opisie kilku postaci lekkich napadów swych pacjentów, B. wykazuje, że lekkie napady zjawiają się tylko w 3% przypadków. Po wyłączeniu czynników, jakie przypuszczalnie wpływaćby mogły na ukazywanie się napadów wyłącznie lekkich, stwierdza autor, że nieliczną jest liczba osób, mających napady lekkie [2%], liczniejsze osoby, mające napady w równej mierze ciężkie i lekkie [8%], a najliczniejsi są miewający napady wyłącznie ciężkie [87%]. Po opisie obrazu ciężkiego napadu przedstawione zostały uwagi o każdym z objawów poszczególnych. Utraty przytomności nie uważa autor za niezbędną część składową napadu epileptycznego i stawia ten objaw w jednym rzędzie z innymi. Żrenice nie oddziałują na światło, o ile się je znajduje podczas napadów, mogą tylko wzmacniać podejrzenie padaczki, lecz choroby w zupełności nie stwierdzają. Wymioty mają nie zależeć od napadu i są objawem rzadkim [1,5% przypadków], a przy padaczce JACKSON'owskiej 3 razy częstszym niż przy epilepsia genuina. Język pokąsany ma być wymownym i zjawia się w 14% przypadków. Mimowolne oddawanie moczu, częściej występujące u epileptyczek, niż u epileptyków [31 : 15], o wiele częstsze, niż mimowolne oddawanie kału, nie zależą jedynie od stanu świadomości chorych i są pochodzenia korowego. Z objawów ponapadowych ciekawe są uogólniane, jako „epilepsia procursiva“, rzadziej występujące przed napadami, a wykryte w 5 przypadkach autora. Po za nimi B. podaje mniej złożone zjawiska ruchowe i czuciowe ponapadowe. Objawy ponapadowe u 96% osób, je miewających, występują stale co do czasu i charakteru. Omawiając je, a szczególnie sen ponapadowy, usiłuje autor je objaśnić, jako rezultat działania substancji, wytwarzających się podczas napadu i analogicznych do powstających przy pracy. Takiego samego pochodzenia mają być również inne proste objawy ponapadowe ruchowe i czuciowe. Przy omawianiu objawów przemiany materii zauważył autor, że białkomocz zjawia się najczęściej tylko bezpośrednio po napadzie, a tylko w 10% przypadków, przebiegających z białkomoczem ponapadowym, występuje również i później. Tylko w 4% przypadków, w jakich mógł autor badać mocz po napadzie, wykrywał białko. Ilość białka nie dochodziła 0,1‰. Nie jest ona stałą ani dla danego pacjenta, ani dla danego natężenia napadu, ani dla częstości napadów. Wykluczając wszelkie inne czynniki, jakieby można posądzać o sprzy-

Janie białkomocowi, uważa autor białkomocz za zjawisko współrzędne z innymi padaczkowymi objawami przemiany materii. Przegląd zaburzeń przemiany materii zmusza do uznania tych zjawisk za współrzędne z innymi objawami padaczki, a nie za ich powód. Mogą one tylko się przyczynić do występowania napadów. Tak sądzi B. na zasadzie zjawiska, polegającego na częstszym występowaniu napadów nocą, niż we dnie. Stwierdzając to zjawisko na drodze statystycznej i drogą zestawienia z licznymi czynnikami, wyklucza autor wpływ na zjawisko pory nocnej, położenia ciała, podczas snu i wykazuje ich zależność od samego procesu spania, a wskazując na porę, o jakiej się napady nocą ukazują, wyklucza wpływ zmęczenia. Zestawiając porę napadów nocnych z godzinami najsłabszego odżywiania mózgu i przypominając, że napad zjawia się tylko na początku upośledzonego odżywiania, a nie przez cały przeciąg tego stanu, przypuszcza autor zależność napadu od raptownego przejścia mózgu z pewnego stanu warunków odżywczych jakościowych i ilościowych w stan odmienny. Po omówieniu objawów napadu zastanawiał się autor nad stanem epileptyków poza napadami. Wskazując na zaburzenie psychiczne epileptyków ambulatoryjnych w 14⁰/₀, dowodzi, że upośledzenie to jest równorzędne zjawiskiem w stosunku do padaczki, a nie jego skutkiem. Krótkim przeglądem rzadkich oznak zwyrodnienia epileptyków kończy się dział o symptomatologii.

W dziale o przebiegu padaczki wypowiada autor zdanie, że można ułożyć przypadki w pewne grupy według okresów czasu, przez jakie są oddzielane pojedyncze napady w przypadkach poszczególnych. Po podaniu usiłowań poprzedników wykrycia jakiegoś ładu w przebiegu napadów w czasie, wykazaną została niedostateczność tych starań. Sprawę tę uważał B. za nadzwyczaj ważną, bo bez jej rozstrzygnięcia nie można nic powiedzieć o skuteczności terapii. Cytując dane w tej kwestyi z pracy swej „Kilka słów o leczeniu padaczki“, wskazuje, że nowe obserwacje potwierdziły dawniejsze jego przypuszczenie, jakoby istniała pewna prawidłowość w przebiegu napadów w czasie w 98⁰/₀ przypadków padaczki, podaje ich typy [przebieg wstępujący, przemijający — równy i zstępujący] i rozległość każdego typu [60⁰/₀, 26⁰/₀ i 12⁰/₀]. Absolutnej ścisłości w tych razach niema. Na linii przebiegu znać niekiedy nieznaczne perturbacje, istnieją bowiem warunki, sprzyjające niekiedy wybuchom padaczki, jako też je hamujące. Są one jednak nieliczne i dotyczą tylko 5⁰/₀ przypadków. Omawiając te warunki, zastanawia się autor bliżej nad wpływem pod tym względem regularności. W kilku słowach potrącono o natężenie napadów w przebiegu przypadków padaczki wreszcie o stosunek padaczki do śmierci pacjenta i długości jego życia.

[Autoreferat].

W dyskusji WISŁOCKI zaznacza, że z odczytu kol. B. nie można stworzyć sobie jasnego poglądu o etyologii padaczki. Przyczynione szkodliwości odgrywają rolę w powstawaniu zarówno padaczki jak i innych chorób czynnościowych. Jeżeli B. skłania się do poglądu, że jest się z urodzenia epileptykiem, czyli ma się usposobienie do padaczki, a różne szkodliwości są tylko powodem napadów, to W. zapytuje, czy np. guzy mózgu uważa B. za przyczynę, czy za moment wywołujący padaczkę. W pochwała zwrócenie uwagi, iż utrata świadomości nie stanowi konieczności w napadach padaczkowych, jak to utrzymywano dawniej.

FLATAU zaznacza, że usposobienie do padaczki może być nie wrodzone, lecz nabyte. Na drodze doświadczalnej wywoływano w ten sposób padaczkę u zwierząt, które miały potem napady bez uprzednich pobudzeń i przekazywały to usposobienie następnemu pokoleniu. Ponieważ usposobienie dziedziczy się przeto F. nie pozwala osobnikom z napadami padaczkowymi, spowodowanymi przez guzy, blizny itd. w mózgu wstępować w związki małżeńskie.

Wice-PREZES robi uwagę, że cechy nabyte nie dziedziczą się wogóle. Pewien wyjątek stanowią tu cierpienia nerwowe, więc i padaczka, nawet usposobienie do niej. Dalej zaznacza że B. nie podniósł jednej z najbardziej charakterystycznych stron padaczki, mianowicie okresowości [peryodyczności]. Wyjaśnienie tej okresowości zasługuje bardzo na uwagę.

RYCHLIŃSKI twierdzi, że nowotwór stwarza tylko podłoże do padaczki, niezależnie od usposobienia osobnika.

W odpowiedzi kol. WISŁOCKIEMU B. zaznacza, że o skłonności do choroby mówimy najczęściej, gdy właściwa etyologia jest nieznaną i że zapatrywania B. na etyologiczne momenty padaczki wyrażone są w zakończeniu jego części o etyologii, mianowicie, że naskutek podanych przez niego czynników można nabyć padaczki pierwotnie i tę przenieść do potomków, u których może ona wystąpić bez innego powodu ubocznego lub też zostać utajoną i stanowić ową skłonność, o jakiej mówił kol. W., a czynniki, jakie wywołały padaczkę u rodziców, mogą dać powód do wyciągnięcia na jaw owej skłonności u dzieci. Czy padaczka, powstała naskutek któregośkolwiek czynnika, może przejść dziedzicznie, czy też tylko wyrosła na tle specjalnych czynników, na to nie może B. kol. FLATAUOWI odpowiedzieć, nie ma bowiem dostatecznych danych o powodach padaczki rodziców, po których padaczka została odziedziczoną. Do chwili rozstrzygnięcia tej kwestyi woli B. powstrzymać epileptyków od związków małżeńskich. Na fakt wpływu snu na wybuch napadów, o co się słusznie upomina kol. R. zwrócił B. uwagę i względnie obszernie sprawę tę traktował. D-rowsi NUSBAUMOWI wdzięczny jest prelegent za podniesienie potrzeby

wyjaśnienia zjawiska, według którego napady ukazują się peryodycznie i ostrzega, że omówi tę sprawę w kilku słowach w dziale o patogenezie.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*
za Sekretarza *W. Miklaszewski.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 19 Listopada 1901 r.

Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 66 i gości 7.

- T r e ś ć:** BORZYMOWSKI Jan.—Przedstawienie a) dwóch kamieni moczowych, b) 10 włókniaków macicy, wyjętych przez pochwę.
- BORZYMOWSKI Jan i KOPCZYŃSKI Stanisław.—Przedstawienie chorego z porażeniem BROWN-SÉQUARD'a pochodzenia urazowego.
- ZABOROWSKI Stanisław. — Przedstawienie dwóch chorych po bardzo ciężkich porodach a) po embryotomii i b) po cięciu cesarskiem.
- MĘCZKOWSKI Wacław. — Przedstawienie chorego z unieruchamiającem zapaleniem kręgosłupa.
- GRYGLEWICZ. — Przedstawienie preparatów larwy muchy, wyjętej z wrzodziańek.
- GABSZEWICZ.—Przedstawienie chorego z pierwotnem zajęciem gruźliczem obu rzepek.
- KĘPIŃSKI M.—Przedstawienie chorego z enophtalmus traumaticus.
- BRUDZIŃSKI Józef.—Przedstawienie modelu ciepłarki do pielęgnowania niemowląt.
- ODERFELD H.—Przedstawienie chorej po operacyi rezekcyi kostnej ankilozy stawu żuchwowego.
- BIRO Maksymilian. — „O padaczce“ [dokończenie].

I. Protokół posiedzenia z dnia 2 Listopada odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: Balbinę WEJSBERŻANKĘ, Maryę ZAJKOWSKĄ, GRYGLEWICZA, BORNSTEJNA, FISZERA, ŻENCZYKOWSKIEGO.

III. PREZES zawiadomił obecnych o zatwierdzeniu stypendyum imienia KOCZOROWSKIEGO dla wszystkich podanych studentów, z wyjątkiem studenta Białostockiego z Dorpatu, co do którego kurator okręgu nie otrzymał jeszcze odpowiednich informacji z okręgu Dorpackiego.

IV. PREZES zawiadomił obecnych o tem, że kol. W. RUBIN prosi o zaliczenie go w poczet kandydatów na członka. Przedstawia go GAJKIEWICZ, popierają koledzy KRAMSZTYK i SADOWSKI, sprawozdania z prac podjął się kol. KOPCZYŃSKI Stanisław.

IV. Do Biblioteki Towarzystwa nadeszli autorowie wydawcy w liczbie 21 „Księgę Jubileuszową D-ra Teodora DUNINA” str. 529.

VI. BORZYMOWSKI Jan. 1) 2 kamienie moczowe, wyjęte przez B. przed kilkoma tygodniami u chorego, któremu trzy razy robiono cięcie nadłonowe. Pierwszy raz przed 8 laty dla usunięcia kamienia, drugi—około 2 lat temu dla wyskrobania inkrustacji i błony śluzowej pęcherza i przed kilkoma tygodniami, trzeci raz dla wyjęcia przedstawionych kamieni.

Przed ostatnią operacją u chorego wytworzyła się przetoka pęcherzowa brzuszna w bliznie po dawnych cięciach skutkiem ograniczonej zgorzeli, wywołanej zapewne uciskiem kamieni na bliznę. Zgorzel ta w kilka dni doszła do rozmiarów czworaka i gdyby chory był pozostawiony bez opieki lekarskiej, to kamienie mogłyby wyjść same. W kilkanaście minut po operacji z powodu przesiąknięcia opatrunku krwią, choremu ponownie dano chloformu i znaleziono dosyć dużą broczącą żyłę w ścianie pęcherza, którą podwiązano z obu końców. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, chory w parę tygodni wypisał się z zupełnie zagojoną raną jakkolwiek z objawami zapalenia pęcherza.

2) B. przedstawił 10 włókniaków macicy, w tej liczbie 6 większych, rozmiarów dużego jaja kurzego i 4 małe wielkości orzechów laskowych: wszystkie te włókniaki B. wyjął razem z macicą przez pochwę, przed 6-iu dniami. Ponieważ tylko jeden z nich był podziurawiony, a wszystkie inne śródmiaższowe, przeto trzeba było wyluszczać każdy z osobna; więzy szerokie były skrócone i macica mało ruchoma a pochwa wązka jako u nierodzącej. Operacja była zrobiona sposobem DOYEN'a z przepołowieniem macicy. Więzy szerokie po podwiązaniu wszyte do pochwy zewnątrz-otrzewnowo, do otrzewnej założony pasek gazy. Przebieg zupełnie bezgorączkowy, bez objawów podrażnienia otrzewnej.

VII. BORZYMOWSKI Jan i KOPCZYŃSKI St. przedstawili chorego, z porażeniem BROWN-SEQUARD'a. Przed kilkoma tygodniami został ugodzony sztyletem w plecy na parę centymetrów w lewo od wyrostków ciernistych na wysokości 6-go kręgu grzbietowego. Bezpośrednio po zranieniu chory upadł, a próby wyrwania sztyletu z rany, dokonywane przez dwóch lekarzy, okazały się bezskuteczne. Przed operacją stwierdzono porażenie zupełne ruchowe prawej nogi, oraz brak odruchów z prawej strony—brzusznego, mosznowego i kolanowego. O czucia nie można było wiele wnioskować, ponieważ chory był w stanie ostrego zatrucia alkoholem.

Po dojściu do kręgów okazało się, że sztylet przenika przez złamany łuk 6-go kręgu do kanału i po zrobieniu laminektomii częściowej udało się wyrwać sztylet. Na wyjętym sztylecie, którego rysunek naturalnej wielkości został przedstawiony były trzy jaśniejsze pręgi, odpowiadające zapewne miejscom, które uległy tarcia o kości przy próbach wyjęcia sztyletu. Pierwsza pręga w odległości $6\frac{1}{2}$ ctm. od końca sztyletu odpowiada zapewne miejscu uwięźniętemu pomiędzy odłamkami pękniętego łuku, druga—w odległości $4-4\frac{1}{2}$ ctm. od końca—odpowiada miejscu uciśniętemu przez trzon kręgu od strony kanału, a trzecia w odległości 1 ctm. od końca—miejscu wyjścia sztyletu do klatki piersiowej. Zdaje się przeto, że sztylet ten przebił kręgosłup na wylot. Długość sztyletu tkwiącego w ranie wynosi 12 ctm. szerokości, w najszerszym miejscu 1 ctm.

Badanie szczegółowe układu nerwowego, dokonane w tydzień po urazie wykazało: utrudnione oddawanie moczu, które w pierwszych dniach było bardzo wybitne i dość silne zaparcie stolca [chory oddawał kał raz na tydzień]. Wyraźny niedowład ruchowy, zwłaszcza zginaczy uda i goleni, a także wszystkich mięśni stopy po stronie prawej. Chodzić chory może, powłócząc zlekka prawą nogą. Odruch kolanowy umiarkowanie żywy, tak, jak lewy. To samo da się powiedzieć o odruchu ze ścięgna Achillesa. Odruchu paluchowego po stronie prawej nie można wywołać. Odruchu z cremaster, z epigastrium, brzusznego po stronie prawej brak. Po stronie lewej wszystkie odruchy zachowane. Zmysł mięśniowy na prawej t. j. na porażonej kończynie w zupełności zachowany. Po stronie lewej na wysokości rany połowiczny pas analgezji, hypestezyi i thermohypestezyi szerokości 10—15 ctm. Poniżej pas 20 ctm. zwiększonej pobudliwości na wymienione bodźce. Począwszy od pierścienia miednicowego w dół zupełne zniesienie pobudliwości na ból; na ciepło [zwłaszcza na zimno], częściowo na dotyk (analgesia, thermanesthesia i hypesthesia). Lekką hypestezyę można było zauważyć i na porażonej kończynie. Po 3-ch tygodniach zaburzenia czuciowe na tułowiu

zniknęły i pozostały tylko wymienione powyżej zaburzenia czucia na lewej kończynie dolnej, począwszy od pachwin. Stopniowo odruchy ścięgnowe po stronie prawej wzmagały się, wystąpiły objawy spastyczne, Fusselovus. Odruch podeszwowy po stronie prawej przez cały czas był bardzo słaby, po stronie lewej bardzo żywy. Powoli wrócił odruch z prawego cremaster. Brzusznego brak było nawet po 6 tygodniach. Podany przypadek odbiega nieco od zupełnego typu porażenia BROWN-SEQUARD'a. Zasługuje jednak na uwagę z kilku względów: 1) Ze względu na rodzaj i kierunek urazu. Sztylet wszedł do rdzenia kręgowego z lewej strony częścią szeroką w kierunku pionowym. Uszkodził korzonki zwłaszcza tylne po stronie lewej, czego dowodem były opisane wyżej zaburzenia czucia na lewej stronie klatki piersiowej i zranil głównie prawą połowę rdzenia, okolice istoty szarej i pęczków bocznych. Pęczki tylne były uszkodzone bardzo nieznacznie, brak bowiem było zaburzeń zmysłu mięśniowego po stronie porażonej. 2) Godnym uwagi jest fakt, że nawet po 6 tygodniach od chwili urazu brak było objawu paluchowego [BABINSKIEGO], mającego być czułym odczynnikiem na zwyrodnienie zstępujące pęczków piramidalnych. 3) Przypadek ten świadczy, że drogi dotykowe po wejściu do rdzenia przechodzą w bardzo znacznej większości swych włókien na drugą stronę. 4) Nizka granica zaburzeń czucia zwłaszcza bólowego i cieplnego [po stronie lewej górna granica okolica pachwinowa] pomimo zajęcia 6-go odcinka grzbietowego, każe przypuszczać, że drogi te nie zaraz po wejściu do rdzenia krzyżują się, lecz że przez pewien czas biegną w tej samej połowie rdzenia. Zaburzenia czucia zostały objaśnione na szemacie BRISSAUD'a.

[Autoreferat].

VIII. ZABOROWSKI Stanisław przedstawił 2 chore.

a) A. G. 30 lat. Przedstawiona z powodu drugiego w życiu porodu, odbytego przed 4-ma tygodniami. Blizny na brzuchu po cholecystomii, poszukiwaniu krwawem ciała obcego wprowadzonego do przetoki żółciowej, cholecystoenterostomii i wentrofikacji, która była bezpośrednią przyczyną powikłań przy ostatnim porodzie. Z powodu położenia części pochwowej zupełnie zwróconej ku tyłowi, całym światłem ujścia leżącej na wzgórku kości krzyżowej i ustalonej nieruchomie w tem położeniu, oraz z powodu zwięzienia miednicy C. V. 8,0 ctm. poród prawidłowy był niemożliwy, a wskazane cesarskie cięcie zbyt ryzykowne z powodu przetoki [kiszki] ropiejącej na powierzchni brzucha i grożącej zakażeniem. Próba obrotu i uchylenia nogą płodu części pochwowej ku przodowi, zakończona embryotomią i wymóżdżeniem. Zabieg wyjątkowo trudny; nieporównanie cięższy od cesarskiego cięcia np. a trudny jedynie z powodu niedostępnego pola operacyjnego. Trwał blisko 2 godziny. Chwilami istniało przekonanie,

że trudności są nie do przewyciężenia i chorą, mimo martwego już płodu i prawdopodobnego zakażenia wypadnie rozwiązać otwierając brzuch. Połóg [10 dni] prawidłowy.

b) Cesarskiem cięciem rozwiązana przed czterema tygodniami, czwarta z kolei ciąża. Trzy poprzednie porody, z powodu zwężonej miednicy, operacyjne, połogi ciężkie, gorączkowe. Po ostatnim porodzie zakończonym kleszczami, przetoka pęcherzowo-pochwowo-maciczna, uleczona z trudem po wielu nieudanych próbach. Cesarskie cięcie wskazane nietyle wymiarami miednicy [C. D. 8,5 cm.], jak stanem części miękkich zwyrodniałych bliźnowato po uprzednich zabiegach i zgorzeli tkanek i obawą uszkodzenia ponownego zaszytej ściany pęcherzowo-pochwowej.

Cała pochwa silnie zwężona i ściągnięta bliźnami. Po lewej i prawej stronie brak zupełny części pochwowej. W pośrodku wielkiej gwiazdy bliźnowatej cienka, bliźnowata ściana dzieląca pęcherz od pochwy. Stan ogólny chorej, która chcąc powstrzymać wzrost płodu i tem samem umożliwić poród prawidłowy, głodziła się przez ostatnie sześć tygodni i dosłownie żyła tylko herbatą i paru bułkami na tydzień, bardzo zły. W cztery godziny po rozpoczęciu się porodu i w pół godziny po odejściu wód klasyczne cesarskie cięcie. Po za powyższemi wskazaniem, ani zabieg ani przebieg pooperacyjny nic godnego uwagi nie przedstawiały. Na czwarty dzień po rozwiązaniu chora poczęła karmić sama dziecko, na czternasty wstała a na dwudziesty opuściła przytułek zdrową. [Autoreferat].

IX. MĘCZKOWSKI W. przedstawienie chorego z unieruchomijącym zapaleniem kręgosłupa. Przed 10 laty po silnem przemoknięciu uczul b. silne bóle w obu stawach stopowych, a wkrótce potem w karku i obu obojczykach. Z powodu tych bólów, którym zresztą nie towarzyszyło ani obrzmienie stawów ani żadne oznaki zewnętrzne, leżał przez 10 tygodni. Potem zaczął pracować. Po pewnym czasie bóle wróciły, bywały to silniejsze, to słabsze, lecz prawie go nie opuszczały. Przed 7—8 laty zaczął spostrzegać, że górna część kręgosłupa stopniowo wykrzywia się ku przodowi i że ruchy kręgosłupa stają się coraz bardziej ograniczone. Później wystąpiły bóle w krzyżu. Jednocześnie z coraz większem sztywnieniem kręgosłupa zaczął spostrzegać, że ruchy w stawach barkowych, biodrowych i kolanowych są coraz bardziej ograniczone, a w nogach coraz większa sztywność. Pomimo to pracował do Sierpnia 1900 r. We Wrześniu 1900 r. wystąpiły b. gwałtowne bóle w obu kostkach, w kolanach i wogóle w całych nogach a także w prawym pasie barkowym. W końcu 1900 r. sztywność kręgosłupa doszła do szczytu. W 1901 r. bóle a także parestezye bywały dość często w nogach lecz mniej silnie.

Dawniej był zawsze zdrów. Przymiotu ani rzeźączki nie przechodził, wódki nie pija prawie zupełnie. Żadnego obarczenia dziedzicznego neuropatycznego lub artrytycznego niema.

Przy badaniu znajdujemy: kręgosłup łukowato wygięty ku tyłowi, w stojącej pozycji szyja i głowa leżą na linii poziomej, równoległej do ziemi, twarz zwrócona wprost ku dołowi; kręgosłup cały absolutnie nieruchomy.

Klatka piersiowa spłaszczona w kierunku przedniotylnym, nieruchoma, typ oddychania brzuszny. Na bocznej prawej stronie tylnej ściany płukey kostny grzebień. Oprócz tego znajdujemy zeszczywnienie w mniejszym lub większym stopniu stawów: obu barkowych, prawego łokciowego, obu biodrowych i obu kolanowych. W prawych stawach przykurczenie silniejsze; w prawym barkowym prawie zupełna ankylosis.

Zaniki mięśni w silnym stopniu: obu pasów barkowych, mm. ster. cl. mastoid—scaleni—m. cucullar. d, m. erector trunci mm. intercostales m. serrat. — supra et infraspin.—a w mniejszym stopniu mm. ramion, ud i goleni [zawsze silniej z prawej strony]. Odruchoy ścięgnonę kończyn górnych i dolnych bardzo silnie wzmożone, Patellerclonus i Fussclonus; odruchy skórne bardzo słabe.

Roentgenogramy kręgosłupa wykazują, że przerwy między kręgami odpowiadające cartilag. intervertebr., są zatem kręgi jeden od drugiego nieco oddalone, a wzdłuż kręgosłupa idzie ciemna linia, wskazująca skostnienie proc. spin. lub więzów.

Opisany przypadek należy niewątpliwie do typu chorobowego, który MARIE nazwał spondylosis rhizomelica a Strümpel unieruchomijającym zapaleniem kręgosłupa. [Autoreferat].

X. GRYGLEWICZ przedstawił pod mikroskopem preparaty larwy much wyjętych z wrzodziańek, rozrzuconych po ciele chorego.

XI. GĄBSZEWICZ przedstawił 19-letniego młodzieńca z pierwotną gruźlicą w obu rzepkach. Chorego po raz pierwszy widział $3\frac{1}{2}$ lata temu; wtedy znalazł na lewym kolanie owrzodzenie części miękkich w okolicy rzepek, pokryte ziarniną grzybowatą; zgłębnik wykazał obnażenie rzepek; staw kolanowy umiarkowanie obrzmiały, bolesny na ucisk, zginanie tak czynne jak i bierne zmniejszone. Po wycięciu owrzodzonych części miękkich, znalazł zewnętrzny brzeg rzepek zmienionym, po usunięciu za pomocą dłutka zmienionej chorobowo zewnętrznej części rzepek przekonał się, że ziarnina na niewielkiej przestrzeni drażyła przez torebkę stawową do jamy stawu kolanowego; po wycięciu części torebki stawowej, z jamy wylało się trochę płynu mętnego zawierającego kłaczki włóknika; błona śluzowa po rozszerzeniu rany w torebce stawowej przedstawiła się różową i pokrytą szaroróżowymi małymi gruzelkami na przestrzeni odpowiadającej wielkości rubla

srebrnego. G. wyciął zmienioną błonę maziową, wyskrobał łyżeczką powierzchnię pozostałej błony maziowej i nalał 10% zawiesiny jodoformowej, szew zupełny na torebkę stawową i na zewnętrzne części. Chrząstki w stawie kolanowym zmian widocznych nie przedstawiały. Przebieg gojenia prawidłowy, rana zagoiła się przez rychłozrost. Po 6 tygodniach chory opuścił szpital z zupełnie przywróconą do stanu prawidłowego czynnością lewego stawu kolanowego. 2 $\frac{1}{2}$ lata temu chory znów się zgłosił do G., który znalazł analogiczne owrzodzenie na prawem kolanie przy jednoczesnem obrzmieniu stawu kolanowego i ograniczeniu czynności. Zabieg operacyjny i zmiany jakie znalazł G. zupełnie były te same, co i na lewym kolanie; tylko tutaj z powodu większych zmian w rzepee, usunął całą kość. Wynik po operacji był również pomyślny, tak że chory pomimo operacji w tym czasie również dokonanych z powodu ognisk gruźliczych w gruczołach chłonnych i innych kościach już po 2 miesiącach opuścił szpital. Od tego czasu cieszy się jaknajlepszym zdrowiem, czynność w obu stawach kolanowych jest zupełnie prawidłowa. Przypadek ten G. dla tego uważa za nadający się do demonstracji, że tutaj występła pierwotnie gruźlica w obu rzepekach, że zabieg operacyjny powstrzymał dalszy rozwój sprawy gruźliczej w stawie kolanowym, i że pomimo wycięcia na znacznej przestrzeni torebki stawowej, a jeszcze więcej samej błony maziowej, powróciła czynność prawidłowa stawów. Usunięcie całkowite rzepek w prawem kolanie, również nie wpłynęło na zmniejszenie czynności w stawie kolanowym. [Autoreferat].

XII. KĘPIŃSKI Michał przedstawił jeden z rzadszych przypadków w oftalmologii, mianowicie wkłęśnięcie gałki ocznej, pochodzenia urazowego [Enophthalmus traumaticus]. Robotnik 36 letni przy pracy okaleczony został w ten sposób, że drut przebił mu dolną powiekę w kącie wewnętrznym i nie uszkodziwszy ani gałki ocznej, ani ścian oczodołu, wbił się w tkankę łączną i tłuszczową, wypełniającą oczodół co najmniej na jakieś 5 ctm. głębokości. Rana tworzyła kanał idący od dołu—wewnątrz, ku górze i zewnątrz. Bezpośrednio po zranieniu nastąpił ostry krwotok, uciskiem zatamowany, poczem rana się prawidłowo i bez jakichkolwiek oznak zakażenia zagoiła. Przypadek zdarzył się w dniu 26 Sierpnia r. b. a już w pierwszych dniach Października chory zauważył, że oko to coraz mniejszem się robi, i że ma jakieś niedokładności w patrzeniu. Przy badaniu znaleziono stan następujący: oko prawe nic nie znacząca blizna powieki dolnej i łącznicy w kącie wewnętrznym. Gałka oczna co do wielkości i kształtu normalna, lecz głębiej w oczodole osadzona. Ruchy jej we wszystkich kierunkach utrudnione—a te, które od mięśnia dolnego skośnego są zależne, prawie zniesione. Siła wzroku dobra—

i niema objawów jakiegokolwiek uszkodzenia nerwu współczulnego lub okoruchowego. Chory uskarża się na upośledzenie wzroku, lecz to pochodzi od podwójnych obrazów, które w górnej części pola widzenia bardzo wyraźnie, a wszędzie gdzieindziej, nie wyraźnie występują.

W zestawieniu stanu chorego oka z okaleczeniem, musimy przyjść do wniosku, że drut uszkodził tylko mięsień skośny dolny — a wywołał silne krwawienie, co delikatną bardzo tkankę tłuszczową i łączną, wyściełającą wewnątrz oczodołu do zaniku doprowadziło. Oprócz tego powstały bliznowate zrosty tych tkanek z przyczepami mięśni lub ich ścięgien, wskutek czego ruchy są utrudnione. Zupełne zniesienie czynności mięśnia skośnego dolnego dozwala przypuszczać, że tenże mięsień, jako leżący w poprzek rany, został w zupełności przerwany lub tak ciężko uszkodzonym, że więcej już funkcjonować nie może. Stan ten K. uważa za nieuleczalny. Oko lewe zdrowe.

Co się tyczy znaczenia tego uszkodzenia ze względu na zdolność zarobkowania to K. zapytywany przez Tow. Ubezp. „Rosya” oznaczył zmniejszenie zdolności zarobkowania na 20%, a mianowicie z tych powodów: Jeżeli robotnik zwyczajny, nie rzemieślnik, utraci oko, to mu przyznaje się 25%—30% odszkodowania, w tym przypadku zaś oko nie jest straconem, jakkolwiek do pracy używanem być nie może. Gdyby robotnik ten w przyszłości wskutek innych przyczyn drugie oko utracił, to ma to w „zapasie”. Trzeba go więc uważać za człowieka, który wprowadzimy tylko jednym okiem będzie pracował, lecz nie jest zagrożonym zupełnem kalectwem w razie wypadku, gdyby to oko obecnie uszkodzone, było i ściemniałem. [Autoreferat].

XIII. BRUDZIŃSKI Józef demonstrował cieplarkę [couveuse, Brutschrank, incubator, wylęgarnia itd.] dla pielęgnowania niemowląt z nieudolnością wrodzoną do życia [Debilitas vitae congenita], w celu zapobiegania ochładzaniu się ich ciała, które posiada ciepłość subnormalną. Cieplarka przedstawiona [2 takie cieplarki sprowadzono z Paryża do Warszawy. Domu Wychow.] jest systemu prof. HUTINEL'a, dyrektora „Enfants Assistés” w Paryżu, gdzie funkcjonuje 12 takich cieplarek. Kol. B. demonstrowuje urządzenie jej na schemacie i na samym modelu—zasada jest tu ta, iż samo pudło jest fajansowe, by się łatwo dało oczyszczać, ogrzewanie ma miejsce za pomocą blaszanek z wodą ciepłą [bouillottes], które się zmienia co 3—4 godziny. Cieplarka tego systemu jest taną i może być łatwo obsłużoną, co jest rzeczą ważną w naszych warunkach, wobec braku inteligentnych dozorczyń. Posiada jednak dwie kardynalne wady—powietrze odświeża się w niej niedostatecznie i temperatura nie jest stałą. Braki te usunięte zostały w cieplarce systemu LION'a przyjętej przez instytu-

cye powstające pod patronatem „Oeuvre maternelle des couveuses d'enfants“ we Francji. B. demonstruje urządzenie takiej cieplarki na dokładnie oddającym jej kształty schemacie—powietrze może tu dopływać z zewnątrz przez rurę specjalnie dostosowaną z automatycznym regulatorem; tak samo automatycznie za pomocą specjalnego skomplikowanego przyrządu regulowaną jest temperatura wewnątrz cieplarki, źródłem ciepła może tu być nafta, gaz a nawet elektryczność. Cieplarki systemu LION'a są znacznie droższe od poprzednich i wymagają bardzo inteligentnej obsługi.

Niemowle w cieplarce powinno pozostawać dopóki nie dosięgnie ciepłota jego ciała normalnego poziomu. [Autoreferat].

XIV. ODERFELD przedstawia chorobę po rezeceji stawu żuchwowego. 17-letnia chora przybyła do szpitala przed 3 tygodniami z niemożnością otwarcia ust. Od chorej niczego więcej nąto, że stan ten trwa od samego dzieciństwa, bo od 1^{1/2} roku życia dowiedzieć się nie można. Czy wówczas przechodziła jakąś zakaźną chorobę, czy cierpiała na ropny wysięk z ucha, nie wie. Przy badaniu chorej na pierwszy rzut oka uderza ptasi wygląd jej twarzy. Mianowicie dolna szczeka pozostała nierozwiniętą w porównaniu z górną; górna warga zachodzi na dolną, która ryjkowato jest wydłużoną. Zęby dolnej szczęki zachodzą za górne i opierają się o tylną ścianę ich dziąseł. Otwarcie ust jest absolutnie nie możliwe. Stan ogólny chorej jest zadawalniający, gdyż na odżywianie się znalazła ten sposób, że wybito po 2 siekacze z obu szczęk i tym sposobem powstał otwór, przez który chora wlewała sobie do ust płyny i wsuwała małe kawałki pokarmów stałych, nawet i mięsa. O żuciu mowy być nie mogło. Oględziny jamy ustnej w tych warunkach nie możliwe. Na zewnątrz przy obu stawach żuchwowych żadnych zmian. Nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy przed sobą przypadek zaniedbany kostnej ankylozy stawu żuchwowego. Lecz na pytanie, którego, trudno dać kategoryczną odpowiedź. Wobec tego, że forsowne rozwarcie szczęk jest niewykonalne, można było postawić tylko rozpoznanie prawdopodobne co do strony zajętej ankylozą. Jedyne opierając się na nieznacznem zboczeniu podbródka w stronę lewą, przyjąłem tę stronę za zajęta i z tej strony przystąpiłem do radykalnej operacji, będąc przygotowanym, że wypadnie może i z drugiej strony to samo uczynić. Przy puszczenie nasze okazało się prawdziwem—zajęta była tylko strona lewa.

Operację wykonałem w sposób podany dla tego cierpienia przez HELFERICH'a mianowicie zrobiłem cięcie długości o ctm. na proc. zygomaticus kości skroniowej i takowy rezekowałem odrazu, idąc za radą KRAJEWSKIEGO, który zaleca ten akt na samym wstępie wykonać. W istocie ułatwił on mi w wysokim stopniu zada-

nie, gdyż po dodaniu do powyższego cięcia pionowego [na krzyż] idącego przed małżowiną] i podwiązaniu kilku naczyń, mogłem z łatwością obnażyć proc. coronoides i cały staw żuchwowy. Tego ostatniego nie było wcale, lecz wyrostek stawowy przedstawiał jedną masę kostną wraz z początkiem proc. zygomatici. Tę masę wydłutowałem po kawałku aż do podstawy czaszki. Dopiero teraz udało się roztworzyć rozwieracz ust na jakie 3 ctm.; więcej się nie udało. W dalszym ciągu dla uniknięcia następcej aukylozy wyciąłem z mięśnia skroniowego płat i takowy podstawą u góry wszyłem na miejscu dawniejszej główki stawowej. Ranę całkowicie zaszyłem.

W przebiegu pooperacyjnym nastąpił obrzęk lewej strony twarzy, lecz obrzęk ten po 3 dniach znikł a rana zagoiła się doraźnie. Chora otwiera usta na $3\frac{1}{2}$ ctm. i wysoce zadowolona ze swego stanu opuszcza szpital. [Autoreferat].

XV. Biro M. odczytał 2 gą część swej pracy „O padaczkę“.

Znajomość w powyższy sposób podanej symptomatologii ułatwia rozpoznanie padaczki. Trudno myśleć o padaczce, gdy w żadnym napadzie chory nie tracił przytomności. Utratę przytomności bez innych objawów zachodzącą, należy chronić od omdlenia. Obserwując napad trzeba zwrócić uwagę na stan źrenic. Gdy te słabo oddziałują u starców, należy dla oceny odnośnej znać ich stan po za napadami. Zaburzenia pęcherza i kiszek powinno się po za tymi objawami mieć na pierwszym planie, bo występują w 44% przypadków. Ślad pokąsanego języka ukazuje się w 14%. Wymioty częste powinny dać do myślenia, czy padaczka nie jest JACKSON'owską. Przy zwykłej padaczce ukazują się one w 1,5% przypadków. Drgawki nasuwają potrzebę wykluczenia organicznego cierpienia mózgu lub części sąsiednich, również otrucia, wreszcie histeryi. Podając sposoby odrożnienia tych cierpień autor przeprowadza również różnicę pomiędzy napadami padaczki a uremii. Mając na względzie status epilepticus B. odróżnia go od stanu podobnego przy histeryi wreszcie podaje uwagi, jak poznać, czy napad nie udawany. Wobec nieznaczących danych anatomo-patologicznych patogenesa opartą jest raczej na obrazie klinicznym i danych z patologii ogólnej, a anatomia patologiczna następuje po niej w celu wyjaśnienia istniejących danych nielicznych anatomo-patologicznych w świetle owej patogenesy. Utrata przytomności dowodzi pochodzenia korowego. Za tem samym przemawiają drgawki kloniczne. Toniczne dowodzą zajęcia ośrodków podkorowych. Zaburzenia pęcherza, kiszek, oddziaływania źrenic, zmiany na dnie oka, zaburzenia naczynioruchowe i wymiany materji zależą również od spraw mózgowych. Ślinotok i zaburzenia oddechu przemawiają za zajęciem rdzenia przedłużonego. O zajęciu tej części świadczyć również może śmierć

nagła podczas napadu. Wyłączne zajęcie rdzenia przedłużonego nie tłumaczy obszernych drgawek padaczkowych. O ile dane powyższe tłumaczą same objawy, nie wyjaśniają one napadowego charakteru padaczki. Ta właściwość może być tłumaczoną na drodze czynników odżywczych, natury przeważnie ilościowej [naczynioruchowej] lub przeważnie jakościowej [toksycznej] a podana w części o przebiegu padaczki prawidłowość ukazywania się napadów nasuwa myśl, że wybuchowi napadów sprzyja nieznane nam bliżej falowanie spraw życiowych. Same zaburzenia odżywiania mózgu niezupełnie tłumaczą powstawanie padaczki. Przypuścić należy, że im sprzyjają pewne zmiany bardziej stałe w najrozmaitszych częściach układu nerwowego. Po podaniu danych eksperymentalnych następuje uwaga, że często w układzie nerwowym epileptyków meto ly dotychczasowe zmian nie wykrywają. Wreszcie wspomniano o eksperymentalnie wywoływanych przypadkach padaczki.

W dziale o anatomii patologicznej podane zostały zmiany, napotymane w mózgu i w częściach otaczających. Wskazano budowę czaszki, braki mózgu lub opon i pokrótce omówiono, że pewne zmiany mogą być skutkiem, a nie przyczyną padaczki i że podobne zmiany wykrywano również przy innych cierpieniach.

W dziale o rokowaniu potrącono o kwestyę możności przepowiadania długości życia pacyenta, uleczalności jego cierpienia lub osłabienia jego choroby, zarówno pod względem częstości napadów, jako też ich natężenia. Podając przypadki, w których wyleczenie może być względnie pewnem ze względu na możliwe usunięcie tła choroby, autor wykazuje, że w innych można przytłumić wrażliwość kory mózgowej o tyle, że ona polniety nie będzie odpowiadała w postaci napadów. Łatwiejsze do wyleczenia z nich będą przypadki, niedługo trwające, przypadki nabyte, a nie oddziedziczone. Typ przebiegu ma duże znaczenie pod względem rokowania. Przebieg zstępujący daje rokowanie dobre, przemijający równy niezłe, wstępujący gorsze. Ustąpienie czynników, przyczyniających się z czasem do wybuchu napadów poszczególnych sprzyja poprawie. Nie należy stawiać rokowania złego, gdy zaczyna się choroba od napadów ciężkich, ani optymistycznie się zapatrywać, gdy się rozpoczyna od lekkich. O ile danego epileptyka czeka upośledzenie duchowe trudno powiedzieć. Wiadomo tylko z danych autora, że zjawia się w 14% przypadków i że dużo osób wielkich pomimo padaczki pozostało wielkimi. W każdym razie upośledzenia duchowego nie należy kłaść na karb leczenia.

Leczenie ma być podejmowane po wzięciu pod uwagę względnej znajomości tła danego przypadku, trwania choroby, jej

przebiegu i wiekn chorego. W ten sposób podaną została próba naukowego traktowania wskazań terapeutycznych. Wskazano, że w przypadkach z napadami rzadziej, jak raz na 2 miesiące występującymi, wystarczają zabiegi higieniczno-dyetyczne. Omówioną została chirurgia przy padaczce i zwężony został jej zakres do stosowania wyłącznie w przypadkach padaczki urazowej typu korowego. Napomknięto o sposobach wykrycia pola operacyjnego w rzadkich przypadkach padaczki pourazowej, w jakich czasem z dużą ostrożnością może być podjętym zabieg chirurgiczny. Podano potrzebę liczenia się z chorobami współtowarzyszącymi padaczce, o ile one na siebie wzajemnie wpływają. Wspomniano o potrzebie usuwania powodu do odruchu w przypadkach padaczki odruchowej. Podając potrzebę leczenia farmaceutycznego w niektórych z tych przypadków, autor mówił o terapii farmaceutycznej większości przypadków, tej większości, dla której trudno znaleźć tło wyraźne. Omówiono leczenie atropiują, jako też bromem. Wskazując na rozmaite sposoby podawania bromków, stara się B. wyjaśnić zasadę takiego postępowania. Podając złe wyniki po szybkim odstawieniu bromu, autor chce na zasadzie tego zjawiska wytłómaczyć działanie bromu podawanego przez czas dłuższy. Fakt podawania rozmaitych soli bromowych popycha autora do zastanowienia się, czy po za bromem nie działają metale. W tem upatruje autor przedświt kuracji skombinowanej. Omawiając tę metodę [BECHTEREW'a, FLECHSIG'a i jej modyfikację ZIEHEN'owską] zastanawia się B. nad teorią działania tej terapii. Działanie bromu uboczne popychało do szukania metod dawania bromu w warunkach, w jakich wystarczała by ilość mniejsza tego leku [RICHET i TOULOUSE] lub w związkach, uniemożliwiających szkodliwe działanie uboczne [bromifina i bremalina]. Wskazując na podany w ten sposób łańcuch rozwojowy pomysłów leczniczych padaczki, autor jednocześnie podaje dla każdej metody wskazania specjalne, a czyniąc to, wyraża w końcu myśl, że na tych walkach nie zakończą się wysiłki świata lekarskiego w walce z padaczką. Przez uwzględnione przez B. czynniki określoną została sfera działania każdego środka i zakres całej interwencji lekarskiej w rozpowszechnionej i ciężkiej chorobie. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza *St. Kopyziński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 26 Listopada 1901 r.

Prezes **St. Markiewicz.**

Obecných członków 62 i gości 2.

T r e ś ć: BORZYMOWSKI Jan. — Przedstawienie preparatu cięży zamacicznej.

BREGMAN L.—Przedstawienie chorej z wykrzywieniem kręgosłupa pochodzenia historycznego.

DYDŃSKI L.—Przyczynek do badań nad przebiegiem niektórych pęczków rdzenia pacierzowego.

I. Protokół 2-ch posiedzeń poprzednich odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów. PILTZA i KLOZENBERGA.

III. Do Biblioteki Towarzystwa złożyli odbitki swych prac kol. STANKIEWICZ Cz. i W. MĘCZKOWSKI.

IV. PREZES zawiadomił, że złożyli podanie z prośbą o zaliczenie ich na Członków Towarzystwa następujący koledzy:

1) KONWERSKI St. przedstawia prof. PRZEWOSKI, popierają GRUZIŃSKI i LANDE, sprawozdanie za prac LANDE.

2) LANDAU Henr. przedstawia DUNIN, popierają RZĘTKOWSKI i DMOCHOWSKI sprawozdawcą za prac RZĘTKOWSKI.

3) WIŚNIEWSKI Jul. przedstawia STANKIEWICZ W., popierają STANKIEWICZ W. i ŁOGUCKI, sprawozdanie za prac KOPYTOWSKI.

4) TUCHENDLER Ant. przedstawia SOMMER, popierają BIRO i KIJEWski, sprawozdanie za prac LUXENBURG.

5) HIGIER H. przedstawia J. MUTERMILCH, popierają SREBRNY i J. WINIARSKI, sprawozdanie za prac BIRO.

V. PREZES zawiadomił obecnych, że za pośrednictwem kol. BRONOWSKIEGO p. Al. Marcinkiewicz obywatel, w celu uczczenia pamięci brata swego D-ra Konstantego MARCINKIEWICZA zadeklarował gotowość złożenia 10,000 rubli, ażeby odsetki z tej sumy szły na stypendya dla naszej młodzieży uniwersyteckiej. Formę aktu darowizny odczytano i w zasadzie przyjęto.

VI. PREZES odczytał list prof. WICHERKIEWICZA, w którym ten prosi o wybranie 3-ch delegatów do komitetu polskiego. mającego obradować nad wzięciem udziału w 14-ym międzynarodowym Zjeździe Lekarskim, zapowiedzianym na r. b. w Madrycie.

VII. BORZYMOWSKI przedstawił preparat cięży po zamacicznej obustronnej, którą operował przed dwoma tygodniami.

Chora 36 lat wieku, w Maju r. b. zachorowała po 10-tygodniowym zatrzymaniu się miesiączki. Choroba rozpoczęła się silnymi bólami w brzuchu z lewej strony, wymiotami i krwawieniem z narządów płciowych. Krwawienie trwało 4 tygodnie, a w łóżku chora leżała 4 miesiące do Sierpnia włącznie. W Sierpniu dostała pierwszy raz od Marca zwykłego 3 dniowego peryodu, a we Wrześniu już mogła chodzić i zaczęła pracować, peryodu jednak znowu nie miała przez 2 miesiące i w Październiku znowu dostała nagle tych samych objawów co w Maju t. j. wymiotów, krwawienia z narządów płciowych i bólów brzucha, ale z prawej strony. Krwawienia znowu trwały 4 tygodnie, bóle jednak i potem nie zmniejszały się. Przed operacją kol. Cz. STANKIEWIČZ rozpoznał ciążę zamaciczną prawostronną ewentualnie obustronną. Przy operacji okazało się, że prawa trąbka ciężarna już była pękniętą i otwór w niej tamponowała słabo przyklejona sieć. W trąbce płód dwumiesięczny i łożysko.

Z lewej strony na jajniku stary odbarwiony skrzep, jajnik zrosnięty z brzusznyim końcem trąbki stanowił wspólną jamę wypełnioną starym skrzepem, w środku zaś tego skrzepu pęcherzyk, wypełniony przezroczystym płynem, w ścianach pęcherzyka badanie mikroskopowe wykazało kosmki z kosmówki, preparat mikroskopowy zrobiony przez kol. S. kol. B. również przedstawiał.

Obie trąbki ciężarne B. wyciął. Przebieg zupełnie bezgorączkowy i na 13 dzień po operacji chora zaczęła chodzić. Przypadek ciąży zamacicznej obustronnej nigdy jeszcze nie był opisany po polsku. [Autoreferat].

VIII. BREGMAN przedstawia chorą z niezwykłym skrzywieniem kręgosłupa pochodzenia histerycznego. Skrzywienie to wystąpiło przed 3—4-ma tygodniami bez wiadomej przyczyny. Cała górna część tułowia jest mocno odchylona w tył, część lędźwiowa kręgosłupa wykazuje b. silną lordozę, w części grzbietowej prócz tego skolioza wypukła ku stronie prawej. Prawe ramię niższe od lewego. Wyrostki cierniste ostatnich kręgów grzbietowych i 1-go lędźwiowego są przy uciskaniu bolesne, również bolesnym jest ucisk w lewej okolicy lędźwiowej i z lewej strony kręgosłupa. Chora miewa bóle wokoło tułowia i w dołku. Chora z trudem ustać może na jednem miejscu, szuka zwykle oparcia na prawej ręce. W położeniu leżącym lordoza nie znika, można przesunąć rękę pod pasem.

Stopień skrzywienia jest zmienny, chwilami wzmaga się owo do tego stopnia, że chora wcale na nogach utrzymać się nie jest w stanie, czasami znowu znika. Ta zmienność objawu głównego, prócz tego w wywiadach—czkawka trwająca około 2-ch lat [ponowiała się równocześnie z wystąpieniem lordozy], afonia, napa-

dowa amblyopia, przy badaniu przedmiotowem zaś wybitne zaburzenia czucia—głównie znieczulenie lewostronne, znaczne zmniejszenie gardzieli, to wszystko dowodzi histeryi. Przypadek zasługuje na uwagę nie tylko jako niezwykła postać histeryi, ale i pod względem różniczkowo rozpoznawczym. Histerya może symulować cierpienia kostno kręgosłupa [pseudomalaria Potti] w przedstawionym przypadku rozpoznanie jest łatwem atoli w niektórych razach przy mniejszym stopniu zniekształtnienia i braku objawów ogólnych może ono przedstawiać znaczne trudności.

[Autoreferat]

IX. DYDYŃSKI wygłosił rzecz p. t.: „Przyczynek do badań nad przebiegiem niektórych pęczków rdzenia pacierzowego“. Jako materiał do badań autorowi posłużył przypadek zapalenia rdzenia (*myelitis transversa*) w górnej grzbietowej części, przypadek, który po 3 miesięcznem trwaniu choroby zakończył się zejściem śmiertelnem. Przy pomocy metody MARCHI'ego autor zbadał cały rdzeń i pod tawę mózgu i na szeregu rysunków schematycznych przedstawił słuchaczom otrzymane obrazy drobnowidzowe przedstawiające zwyrodnienie wstępujące i zstępujące.

Zwyrodnienia wstępujące uwidoczniły się: 1) w tylnych pęczkach t. j. pęczkach GALL'a i BURDACH'a aż do rdzenia przedłużonego. Powyżej ogniska chorobowego liczba zwyrodniałych włókien w tylnych pęczkach była znacznie większa aniżeli w górnej szyjowej części rdzenia. Począwszy od 3-ej pary nerwów szyjowych liczba tych włókien widocznym zmianom nie ulegała. Preparaty autora stwierdzają dwa znane już fakty, dotyczące przebiegu włókien tylnych pęczków w rdzeniu: a) że włókna korzonków tylnych szyjowych i czterech grzbietowych przebiegają w rdzeniu ludzkim wyłącznie tylko w obrębie pęczków BURDACH'a a do pęczków GALL'a nie przechodzą i b) że pewna liczba włókien tylnych pęczków nie kończy się w rdzeniu przedłużonym w obrębie pęczków GALL'a i BURDACH'a, lecz przechodzi do ciał powrózkowatych, a za ich pośrednictwem zdąża do mózdzku. 2) w powrózkach bocznych, a mianowicie w obrębie pęczków mózdkowych i GOWERS'a. Na podstawie preparatów własnych autor nakreślił przebieg pęczka pierwszego aż do miejsca przejścia jego do ciał powrózkowatych, drugiego zaś aż do wzgórza wzrokowego, 3) w powrózkach przednich w przypadku autora uwidoczniło się zwyrodnienie pęczka oliwkowego, którego przebieg był w stanie przechodzić aż do oliwek.

Co się tyczy zwyrodnień wstępujących, to autor, szczegółowo opisawszy przedewszystkiem zwyrodnienie to w tylnych pęczkach w tych postaciach, jakie dotychczas wyodrębnione zostały, przeszedł do opisu własnych obrazów drobnowidzowych i do wnio-

sków, jakie z nich wyprowadzić był w stanie. Kilka uwag poświęcił w końcu autor zwyrodnieniom zstępującym w pęczkach piramidalnych. [Autoreferat].

W dyskusyi FLATAU zapytuje, czy prolegent ustanowił ściśle ten fakt, o którym w odczycie wspomina, a mianowicie, że włókna słupów tylnych w rdzeniu szyjowym wcale się w istocie szarej nie kończą. Istnieją ściśle metody naukowe, polegające na określaniu na rozmaitych wysokościach rdzenia, liczbę włókien zwyrodniałych. Są to 1) metoda liczenia kwadratów z absolutnem i względnem zwyrodnieniem, 2) metoda liczenia włókien zwyrodniałych BROWAS'a np. przez SHERINGTON'a. Następnie F. zwraca uwagę na to, że trudno jest przypuścić, aby włókna drogi mózdkowej kończące się, jak sądzi prelegent, w jądrach słupów tylnych (w medulla oblongata) stanowiły w rzeczy samej dalszy ciąg włókien korzeni tylnych rdzenia, po wyłącznem uszkodzeniu tych ostatnich droga mózdkowa pozostaje nietkniętą. Trudno jest również stwierdzić, stosując metodę barwienia MARCHI'ego, gdzie się kończą włókna pęczka oliwkowego BECHTEREW'a [pęczka HELWEG'a] co zaś dotyczy zwyrodnień zstępujących, to F. sądzi, że pole precinkowate SCHULTZE'go, owalne FLECHSIG'a i trójkąt GOMBAULT-PHILLIPE'a tworzą pod względem anatomicznym jedną drogę rdzeniową. To pole SCHULTZE'go jest rzeczą ustaloną, i zawiera ono przeważnie włókna zstępujące korzeni tylnych. Zaznaczone przez prelegenta zakończenie drogi prawidłowej przedniej aż w rdzeniu lędźwiowym uważa F. za nieuzasadnione. Zwyrodnienie dotyczyło przeważnie nie włókien piramidalnych lecz t. zw. komisuralnych lub konjunkcyjnych [Conjunktionsfasern], nie mających nic wspólnego z właściwymi drogami ruchowymi mózgowo-rdzeniowymi. [Autoreferat].

W odpowiedzi kol. FLATAUOWI DYDYŃSKI zaznacza:

1) że badał również przebieg pęczka mózdkowego w samym mózdku, lecz z powodu obraenia niewłaściwego kierunku przekrojów i wynikłych wskutek tego trudności w oryentowaniu się w obrazach nie doszedł do żadnych stanowczych wniosków, 2) że szczegółowych obrachowań co do liczby zwyrodniałych włókien w tylnych pęczkach w górnej szyjowej części rdzenia nie robił, bynajmniej jednak nie twierdzi, że na tej wysokości rdzenia włókna tylnych pęczków nie przechodzą do szarej substancji rdzenia lecz zdążają wprost do rdzenia przedłużonego. D. sądzi jedynie, że takich włókien jest nie wiele, objętość bowiem pola zwyrodniałego w tylnych pęczkach w całej górnej szyjowej części rdzenia widocznemu zmniejszeniu nie ulegała, 3) że pośród włókien tylnych korzonków istnieją takie, które, przedostawszy się do rdzenia, nie przechodzą do tylnych pęczków, lecz zdążają ku pęczkom mózdkowym, o tem przekonały D. badania własne nad prze-

biegiem w rdzeniu włókien tylnych korzonków, dokonane przed 8 laty w pracowni prof. HOYERA. 4) że na podstawie preparatów własnych D. śmiało twierdzić może, że w punktach przednich istnieją niewielki pęczek włókien, zdążający, ku oliwkom. Jest to tak nazwany przez BECHTEREW'a i HELWEG'a pęczek okoruchowy, którego zwyrodnienie w przypadku autora wystąpiło nader wybitnie aż do oliwek, pośród których on się kończy. 5) D. skłania się ku twierdzeniu tych autorów, którzy, dla zstępujących włókien w tylnych pęczkach przyjmują istnienie dwóch dróg — jednej krótszej [pole SCHULTZE'go], drugiej dłuższej [pole FLECHSIG'a i pole trójkątne], przy rozpatrywaniu bowiem szeregu preparatów z środkowej grzbietowej części rdzenia w przypadku autora widocznem było, że włókna pola SCHULTZE'go kończą się w szarej substancji rdzenia powyżej tego miejsca, w którym zaczyna wytwarzać się pole owalne. [Autoreferat].

VIII. KOPCZYŃSKI Stanisław a) odczytał w zastępstwie nieobecnego kol. W. MĘCZKOWSKIEGO, sprawozdanie z prac kol. Leona WOLFRAMA, polecając go gorąco na członka Towarzystwa, b) odczytał sprawozdanie własne z prac kol. W. RUBINA, również polecając go bardzo na członka naszego Towarzystwa.

IX. DUDREWICZ Kaz. odczytał sprawozdanie z prac kol. LEYZEROWICZA i polecił go również jako kandydata na członka czynnego Towarzystwa.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Pom. Sekretarza *St. Kopczyński*

Posiedzenie kliniczne dnia 3 Grudnia 1901 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 74 i gości 4.

T r e ś ć: Dyskusya nad 2-gą częścią odczytu M. BIRO.
 SOKOŁOWSKI Alf.—Kilka uwag w sprawie etyologii i leczenia astmy oskrzelowej.
 BIRO M.—Sprawozdanie z prac kol. Henryka HIGIERA.

RZĘTKOWSKI K.—Sprawozdanie z prac kol. Henr. LANDAU.

LUXENBURG J.—Sprawozdanie z prac kol. Ant. TUCHENDLERA.

KOPYTOWSKI W.—Sprawozdanie z prac kol. Jul. WIŚNIEWSKIEGO.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjąto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: ERBRICHA, JAKUBOWICZA, Stanisława KIJEWSKIEGO i WESPAŃSKIEGO

III. PREZES oznajmia, że koledzy Maks KRAUSHAR i Jan PILTZ złożyli podanie o zaliczenie ich w poczet członków czynnych Towarzystwa.

Kol. KRAUSHARA przedstawia Jul. KRAMSZTYK, popierają M. SADOWSKI i K. RYCHLIŃSKI; sprawozdawcą z prac ma być J. KRAMSZTYK.

Kol. PILTZA przedstawia Wł. GAJKIEWICZ popierają Edw. ZIELIŃSKI i H. NUSBAUM, sprawozdania z prac podjął się H. DYDYŃSKI.

IV. Do Biblioteki Towarzystwa POLIKIER nadesłał odbitki swych prac, ŁAGOWSKI tłumaczenie pracy KNAPF'a [”Gruźlica i wal-ka z nią“].

V. Dyskusya nad odczytem M. BIRO „O padaczce“.

WISŁOCKI co do pierwszej części odczytu wypowiedział następujące uwagi:

Wdzięczność prawdziwa należy się kol. BIRO, za podzielenie się z nami najnowszymi poglądami na istotę i symptomatologię padaczki.

Rozpatrując jednakże nasze wiadomości co do etyologii padaczki widzimy, iż osobnik, dotknięty tem cierpieniem, dostaje napadu drgawek pod wpływem takich bodźców [przestrasz, gniew, ostre otrucie wyskokiem, zaburzenia w trawieniu, w przemianie materji itd], na które normalny osobnik w podobny sposób nie reaguje. Jeżeli przeto na te same bodźce jedni reagują napadem padaczkowym, drudzy zaś nie, istotnej przyczyny choroby nie w owych bodźcach, lecz w specjalnych właściwościach ustroju chorych padaczkowych szukać należy. Innemi słowy, prócz przyczyn wywołujących oddzielne napady, szukać trzeba przyczyn od których zależy owo specjalne usposobienie do drgawek, odróżniające osobnika padaczkowego od innych.

Lecz pod tym względem wiadomości nasze są bardzo niewystarczające. Wiemy, iż owa właściwa nadwrażliwość, owa epilepsia in potentia, spotyka się u osobników obarczonych nerwowo dziedzicznie, u dzieci alkoholików, obłąkanych, histeryczek itp. nie ulega jednak wątpliwości, iż może być i nabytą.

Jaki jednakże jest jej podkład anatomiczny, nie wiemy. Pod tym względem padaczkę porównać można z tak zwanymi idyosynkrazjami. Istoty ich nie znamy, znamy tylko bodźce, na które dane osobniki w specjalny sposób reagują, inaczej niż ogół. Wszystko powiedziane wyżej stosuje się nie tylko do padaczki samoistnej lecz i do Jacksonowskiej—gdyż różnią się one nie jakościowo lecz ilościowo.

I tu sama obecność zmiany organicznej [guz, blizna] nie wystarcza, że trzeba prócz tego usposobienia—istnieją bowiem niezbite dowody, że nawet przy obecności guza w okolicy psychomotorycznej padaczka nie zawsze występuje.

Co do drugiej części odczytu B. W. ośmiela się zrobić niektóre dopełnienia. Tyczy się to 3-eh punktów.

- 1) Operacyjnego leczenia padaczki.
- 2) Organoterapii tego cierpienia.
- 3) Metody RICHER'ta i TOULOUSE'a.

Co do skuteczności operacyjnych sposobów leczenia padaczki samoistnej, to zdaje się że i u nas zwątpiono już ostatecznie we wszelkie zabiegi chirurgiczne. Inaczej jednakże rzecz się ma z padaczką Jacksonowską.—Większość ogółu lekarskiego u nas ma pod tym względem zbyt optymistyczne zapatrywania. Do niedawna tak samo było i w Niemczech, z uwagi na doniosłość sprawy postawiono ją na porządku dziennym zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie w 1899 roku. Sprawozdawcą był KOCHER z Berna, który na podstawie olbrzymiego materiału statystycznego i własnego długoletniego doświadczenia doszedł do przekonania, że zabiegi chirurgiczne w padaczce Jacksonowskiej nie na wiele się zdadzą, gdyż nawet tam, gdzie otrzymano z początku pewną poprawę, prędzej czy później choroba powracała na nowo, często ze zwiększoną gwałtownością.

Tej samej sprawie poświęcono 2 ostatnie posiedzenia Paryskiej Akademii medycznej i wygłosili odczyty DIEULAFOY i PETRES, po ożywionej dyskusji, w której brały udział pierwszorzędne powagi lekarskie Francji, ostateczne rezultaty okazały się w streszczeniu następujące:

1) padaczka Jacksonowska nie ma dla dyagnostyki topograficznej zmian mózgowia tego znaczenia jakie mają np. stałe porażenia lub przykurczenia. Przy padaczce bowiem Jacksonowskiej zmiany anatomiczne mogą się znajdować w najrozmaitszych okolicach mózgowia.

2) Usunięcie dostępnej dla noża chirurga zmiany anatomicznej mózgowia nie zawsze usuwa napady padaczki Jacksonowskiej—zazwyczaj choroba powraca na nowo.

Wobec tego zgodzić się trzeba z ROCKER'em, że dla powstania padaczki Jacksonowskiej nie dość jest istnienia zmiany orga-

nicznej mózgowia—koniecznym jest istnienie prócz tego u danego osobnika specjalnej nadwrażliwości ośrodkowego układu nerwowego, bez której nawet przy obecności organicznej zmiany napadów padaczkowych może nie bywać.

Owa specjalna nadwrażliwość, zwana przez autorów francuskich „*altération spasmodique*“ a przez Niemców wprost „*spasmodiphylia*“, owa nadmierna skłonność do drgawek, zależy od nieznanych nam bliżej zmian anatomicznych w ośrodkowym układzie nerwowym, nabytych lub wrodzonych.

Przechodząc teraz do organoterapii W. zaznacza:

Wszelkie dotychczasowe próby leczenia padaczki za pomocą wyciągów z najrozmaitszych narządów ustroju robione były na chybił trafił. MAIRET, który sprawdzał wszystkie badania w tym kierunku, doszedł do wniosku, że jedne z preparatów organoterapeutycznych [jak wyciąg z gl. pituitaria, gl. thymus i inne] żadnego wpływu na przebieg padaczki nie wywierają, inne zaś jak np. wyciągi z narządów, zawierających dużo nukleoalbuminy, z wątroby, nerek, nadnerczy—działają szkodliwie, zwiększając częstość i natężenie napadów.—W ostatnich czasach po zjawieniu się prac WASSERMAN'a i TAKAKI nad wpływem zdrowej tkanki nerwowej na toksyny tężca, a także po pracach COURMONT'a, DOYEN'a w tym kierunku i BABES'a nad neutralizowaniem przez zdrową tkankę nerwową niektórych jądów roślinnych, padaczkotwórczych alkaloidów. Z drugiej zaś strony pod wpływem coraz więcej rozpowszechniającej się teorii o znaczeniu samozatrucia przy padaczce—zaczęto iść w pewnym określonym kierunku. I oto w ostatnim [43-im] numerze tegorocznego „*Wracza*“ znajdujemy pracę D-ra LION'a o leczeniu padaczki opocerebryną, ciałem wydobytem z szarej substancji mózgu. Materiał czerpał LION z Samarskiego Ziemskiego szpitala dla obłąkanych. Wybrał 17 najcięższych przypadków i zaczął im podawać opocerebrynę po 0,2—0,3 dwa razy dziennie. Najlepsze wyniki otrzymał u chorych z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Niektórzy z takich chorych trzymani całymi latami w oddzielnych numerach z uwagi na bezpieczeństwo współtowarzyszów, w bardzo krótkim czasie na tyle się uspokoili że mogli być przeniesieni na sale ogólne. Praca LION'a jest komunikatem tymczasowym. W. wspominał o niej dla tego, iż wiadomości o nowej cudownej metodzie, dostały się nawet do pracy nie lekarskiej. Dalsze doświadczenia w tym kierunku wyświetlą zapewne wkrótce sprawę.

Na zakończenie W. chciałby zwrócić uwagę na metodę RICRET'a i TOULOUSE'a, polegającą na stosowaniu bromu i diety zawierającej jak najmniej soli kuchennej. Metoda ta daje, jak twierdzą wszyscy, znakomite rzeczywiste wyniki.

Idealem jednakże takiej diety okazuje się dieta mleczno-owocowa, lub mleczno roślinna pod warunkiem iż rośliny będą solone zamiast chlorkiem sodu, bromkiem sodu—lub też gotowane na parze, bez soli, przyczem zachowują swój naturalny smak bardzo przyjemny.

Dyeta więc RICHER'a i TOULOUSE'a sprowadza się do diety, proponowanej przez W. w odczycie o padaczce wygłoszonym w Tow. Lek. w 1899.

W. przypuszcza, że wyniki otrzymane przezeń przy stosowaniu diety mlecznej zależą po części od braku w niej chlorku sodu, w myśl teorii RICHER'a i TOULOUSE'a. [Autoreferat].

ORŁOWSKI zaznaczył co następuje:

Wobec wielkiego rozpowszechnienia padaczki, należą się słowa uznania kol. B. za poruszenie przedmiotu tak wielkiej doniosłości. Najważniejszą jednak i niestety najsmutniejszą jego stroną jest bezwątpliwa terapia. Istotnie trudno o zadanie równie niewdzięczne, jak leczenie epilepsji, wprawdzie rozmaite metody, ogólnie używane, dają z początku wyniki względnie pomyślne, lecz ich działanie dodatnie wyczerpuje się najczęściej bardzo prędko, chory otuchę traci i lekarzowi ze zniechęceniem ręce opadają. Wobec tego wszelkie nowe, w tym kierunku robione badania na bliższą zasługują uwagę i przy monograficznem opracowaniu przedmiotu przez kol. B. nie powinny być pominięte. Tymczasem prelegent nie wspomniał słówkiem nawet o metodzie, zajmującej w terapii odrębne, nie mniej jednak wybitne stanowisko, mianowicie o leczeniu padaczki psychicznem za pomocą sugestji, względnie hypnozy. Wprawdzie zdania, co do skuteczności tego środka są podzielone, jednakże uczony tej miary jak WETTERSTRAND ze Stokholmu przytacza kilkanaście przypadków uleczenia zupełnego epilepsji za pomocą sugestji, przytem w razach, gdy co do istoty samego cierpienia wątpliwości nie było. W przypadkach ciężkich WETTERSTRAND radzi stosować sposób snu hypnotycznego długotrwałego, t. j. przeciągającego się bez przerwy dnie, tygodnie, a nawet i dłużej. Inni badacze otrzymywali wyniki mniej pomyślne, w każdym razie zasługujące na uwagę. Pod względem teoretycznym myśl o zastosowaniu psychoterapii przy padaczce ma podstawę zupełnie logiczną. Że wpływy psychiczne odgrywają w etiologii tego cierpienia rolę ogromną, jest faktem ogólnie uznanym. GOWERS np. jest zdania, że 75% przypadków epilepsji pochodzi z urazu psychicznego, o czem zdaje się wspominał i kol. B. w pierwszej części swego odczytu. Nie należy się przeto dziwić, że i jako czynnik leczniczy wpływ psychiczny, dotąd w tym kierunku wprawdzie niedostatecznie wyzyskany, może być jednak wielkiej doniosłości.

Inna kwestya, czy drogą tą osiągnąć można uleczenie zupełne. WETTERSTRAND o tem nie wątpi, czy tak jest istotnie przyszłość pokaże. Dziś już co raz więcej danych przemawia za tem, że epilepsya nie jest nerwicą, pomimo że jeszcze w tym dziale znaleźć ją można w podręcznikach, a liczyć na zupełną uleczalność cierpienia organicznego — trudno. Nie ulega jednak wątpliwości działanie sugestyi uspokajające na układ nerwowy, takie że do napadu drgawek nie dochodzi. Przypuszczać należy, że hypnoza zmniejsza nadmierną pobudliwość kory mózgowej i zwiększa odporność danego osobnika względem drgawek, w sposób podobny, a nawet potężniejszy niż bromki.

O ile wskazuje me własne doświadczenie oparte na kilkunastu przypadkach epilepsyi, w różnych czasach omawianą metodą leczonych, psychoterapia w danym razie ma znaczenie doniosłe. Nie mogę się wprawdzie pochwalić przypadkiem uleczenia zupełnego, gdyż na to w każdym poszczególnym razie trzeba obserwacji wieloletniej — nawet po bardzo długiej przerwie napady mogą wrócić, — chory więc, nawet taki, który się sam uważa za wyleczonego, nie może być tak prędko w tej rubryce umieszczony. Dla O. jednak działanie sugestyi nie dopuszczające napadu drgawek, wątpliwości nie ulega. Szczególniej jeden pouczający przypadek utkwiał O. w pamięci. Chory, cierpiący od wielu lat na padaczkę, w ostatnich czasach miewał napady prawie codziennie, nieraz nawet kilkakrotnie tego samego dnia. Gdy w zwykły sposób stosowana hypnoza celu nie osiągała, O. przeszedł do metody WETTERSTRAND'a, chory pozostawał w stanie hypnotycznym przez 4 tygodnie bez przerwy. W pierwszych dniach był jeden atak nie zbyt silny, drugi wystąpił zdaje się w nocy również z początku kuracji — zupełnie jednak stwierdzonym ten napad nie był. Po za tem cały ten przeciąg czasu był wolny od napadów. Wskutek jakichś przyczyn zewnętrznych chory nie mógł prowadzić dłużej tej kuracji; O. widział go jednak raz jeszcze w kilka tygodni później; napady nie wracały. Czy taka poprawa była trwałą O. sądzić nie może.

W każdym razie omawiana metoda na uwagę i wypróbowanie zasługuje. [Autoreferat].

BIRO w odpowiedzi kol. WISŁOCKIEMU dziękuje za łaskawe potwierdzenie jego sceptycznych zapatrywań na chirurgiczne leczenie padaczki, zaznacza jednak, że są pomimo to opisane wprawdzie nieliczne przypadki, jakoby wyleczenia po takiej kuracji, o ile orzeczenie o wyleczeniu nie zostało wypowiedziane zbyt pośpiesznie. Między innymi opisali dwa takie przypadki kol. BORSUK wespół z kol. WIZLEM. Korzystając z obecności na posiedzeniu kol. BORSUKA, B. pragnąłby go się zapytać, czy zna los obecny operowanych przezzeń pacjentów i czy późniejsze jego wiadomości

o tych przypadkach pozwalają mu mniej sceptycznie od prelegenta zapatrywać się na chirurgiczne leczenie padaczki. B. zgadza się z W., że w leczeniu TOULOUSE'a i RICHER'a tkwi pogląd, wypowiedziany między innymi przez kol. W., o dużym pożytku z diety mlecznej dla epileptyków. Co do organoterapii, to uznając dotychczasową za bezskuteczną przy padaczce, nie chce B. uogólnić tego wniosku na wszelkie leki organoterapeutyczne, jakich jeszcze nie zdołano wypróbować. Na zarzut kol. ORŁOWSKIEGO, jakoby nie uwzględnił leczenia hypnozą i jakąkolwiek sugestją, B. odpowiada, że wspominał o leczeniu suggestyjnem tylko przelotnie wobec przedyskutowania tej metody leczenia padaczki na IX Zjeździe lekarzy w Krakowie.

[Autoreferat].

BORSUK komunikuje o losie dwóch pacjentów swoich, operowanych z powodu wystąpienia padaczki Jacksonowskiej. W jednym przypadku chory był zdrow w ciągu 4 lat, zaziębił się i wtedy lekkie napady powróciły. W drugim zaś przypadku w jakiś czas po operacyi wystąpił połowiczny niedowład kończyn.

VI. SOKOŁOWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Kilka uwag w sprawie etyologii i leczenia astmy oskrzelowej“. Przedstawivszy główne teorye patogenezy astmy, wypowiedziane przez cały szereg autorów, poczynwszy od WILLIS'a, który cierpienie to w połowie XVII wieku pierwszy bliżej określił, autor przechodzi do omówienia zmian anatomo-patologicznych, spostrzeganych w tych nielicznych przypadkach, w których badanie pośmiertne przeprowadzonym zostało. Następnie autor szczegółowo rozbiiera szereg momentów etyologicznych, warunkujących powstawanie astmy oskrzelowej, wskazuje więc na ważne znaczenie dziedziczności nie tylko ujawniającej się w dziedziczeniu samej astmy, lecz również tak często usposobienia do różnorodnych nerwic, omawia wpływ wieku i płci na częstość występowania tego cierpienia, przyczem stwierdza na podstawie własnego materiału, że najczęściej astmę widuje się u dzieci od lat 10-ciu i w wieku średnim i częściej u mężczyzn niż u kobiet; wreszcie, rozpatrując wpływ zajęcia, zaznacza, że astma występuje stosunkowo rzadko u ludzi biednych, a natomiast często w sferze inteligentnej, a przedewszystkiem u ludzi, oddanych pracy umysłowej.

W dalszym ciągu rozpatruje autor pewne momenty przyczynowe, mogące wywołać u usposobionych ku temu osobników napady astmatyczne. W tym dziale uwzględnione zostały wpływy teluryczne, wpływ pór roku, znaczenie t. zw. przeziębienia, wpływ ciąży i okresu klimakterycznego. Obszerniej rozbiiera autor kwestję stosunku astmy do różnych cierpień jamy nosowej i przytoczywszy zdania, wygłoszone w tej kwestyi w ostatnim czasie przez szereg autorów, przeważnie angielskich, wypowiada wniosek następujący: nie ulega wątpliwości, że napady astmy mogą być wywo-

lane przez cierpienie nosa. Liczba jednak przypadków wyleczeń astmy po usunięciu zmian w nosie jest niesłychanie mała w stosunku do olbrzymiej liczby dokonanych rękoczynów. Z kolei następuje opis samego napadu astmatycznego ze wszystkimi towarzyszącymi mu objawami jak również z uwzględnieniem różnorodnych odmian typowego napadu. Pośród typowych cech napadu astmatycznego szerzej przez autora omówione zostały następujące: peryodyczność napadu i objawy kataru oskrzeli z płwociną, które cechy charakterystyczne autor szczególnie podaje. Z punktu widzenia praktycznego autor dzieli napady astmy na 3 kategorie: 1) przypadki, w których mniej więcej silne napady nie pozostawiają po sobie wyraźniejszego zaburzenia w organizmie, 2) przypadki w których i po ustąpieniu napadu chorzy nie czują się zupełnie zdrowymi, 3) przypadki astmy chronicznej. Przy tej sposobności wskazał autor na pewne odmienne cechy astmy oskrzelowej u dzieci i omówił pokrótce t. zw. poronną i skrytą postać astmy oskrzelowej, jak również i t. zw. astmę bolesną, opisaną przez autorów francuskich. Omawiając szczegółowo rozpoznanie różniczkowe napadu astmatycznego, autor wskazuje na cechy rozpoznawcze astmy oskrzelowej od szeregu spraw patologicznych, stanowiących postawę t. zw. pseudoastmy. Pokrótce rozpatruje więc autor: 1) t. zw. astmę sercową, 2) astmę nerkową, 3) duszność pochodzącą z niestrawności, 4) astmę letnią, 4) duszność pochodzenia nosogardzielowego, 6) astmę histeryczną, 7) duszność, towarzyszącą niektórym cierpieniom ośrodków nerwowych wreszcie 8) duszność u dzieci, zależną od ostrego kataru oskrzeli włosowatych. W końcu odczytu omówione zostało rokowanie i leczenie astmy oskrzelowej. Poddawszy krytycznemu rozbirowi wartość leczniczą najrozmaitszych specyfików przy tej chorobie autor przede wszystkim podaje szereg środków i metod leczniczych, mających zadosyć uczynić trzem wskazaniom lekarskim: 1) usunięcie napadu astmatycznego, 2) leczenie następczego kataru astmatycznego i 3) zapobieganie powrotowi napadów. Pośród ogólnoleczniczych metod omówione zostało—leczenie hydroterapeutyczne, klimatyczne i psychiczne.

REJCHMAN, zaznaczywszy że typowe napady astmy oskrzelowej nigdy w związku się nie znajdują z zaburzeniami przewodu pokarmowego, stwierdza, że czasami spostrzegać się dają przypadki duszności [t. zw. *asthma dyspepticum*], stanowiącej właściwie zbiór objawów na rozmaitej drodze powstałych. Przypadki takie podzielić można na następujące kategorie:

1) duszność przy niestrawności ostrej, albo zależna od wzdęcia, albo też nie będąca w związku z wzdęciem, lecz zależna od podniesienia przepony i płuc, co może powodować przyśpieszenie oddechu.

2) duszność przy rozedmie płuc i wadach serca, przez chorych przypisywane w tych razach niestrawności a w rzeczy samej od nizkiego położenia przepony,

3) duszność, występująca u neurasteników i histeryczek po jedzeniu,

4) duszność, zjawiająca się czasami u ludzi, nadużywających mięśni oddechowych np. u śpiewaków wskutek zmęczenia. Osobniki te doznają uczucia jakby przepona u nich znajdowała się w stanie skurczu, uczucia, które oni przypisują zaburzeniom w trawieniu.

WISLOCKI za zasługę poczytuje prelegentowi—wskazanie na łączność astmy z nerwicami. Podobnie jak przy nerwicach astma wywołwaną zostaje przez najrozmaitsze przyczyny, pod wpływem najróżnorodniejszych bodźców, których natura często nie da ściśle powiązać z samym efektem. Ztąd przy astmie, podobnie jak przy nerwicach, ma miejsce cudowność niektórych środków leczniczych.

LUBLINER sądzi, że badania nad chemizmem przemiany materii u astmatyków mogłyby rzucić pewne światło na wytwarzanie się w ich płwocinie kryształów CHARCOT-LEYDEN'a.

MUTERMILCH zaznacza, że kwestya morfologii płwociny przy astmie oskrzelowej związana jest z kwestyą powstawania leukocytów eozynofilowych, za produkt bowiem napadu ich należy uważać kryształy CHARCOT-LEYDEN'a. W przypadkach wątpliwych znalezienie w płwocinie leuk. eozynofilowych przemawiać będzie za astmą oskrzelową, brak jednak ich przeciwko astmie przemawiać nie może.

BIRO wobec zestawienia pod niektórymi względami przez D-ra S. duszniczy nerwowej z padaczką pragnąłby zaakcentować, że analogię pewną można wykazać co do przeważnego występowania napadów obu chorób w porze nocnej. B. czyni uwagę, że warto byłoby dokładnie wykazać, czy napady duszniczy nerwowej ukazują się nocą właśnie ze względu na porę nocną, czy też ze względu na sen, na zmęczenie po pracy dziennej, na położenie ciała we śnie. Dokładne określenie tych stosunków mogłoby rzucić pewne światło na część mechanizmu duszniczy nerwowej. Po za tem B. podnosi słuszne zaakcentowanie przez prelegenta wydzielniczych objawów u niektórych chorych na dusznicę nerwową i podaje dwa jaskrawe pod tym względem przypadki ze swej praktyki, z których w jednym chora wydzielała masę śluzu z ust, które wydawały się wprost obrzękłymi, w drugim chory wydzielał podczas napadów masy śluzowe, białe w takiej obfitości, że pacjent uważał je za wymiociny.

SOKOŁOWSKI w odpowiedzi RAJCHMANOWI zaznacza, że kwestyę astmy dyspeptycznej poruszył tylko w krótkości przy omawianiu

rozpoznania różniczkowego astmy oskrzelowej. Pogląd MUTERMILCHA S. podziela w zupełności. Co się tyczy przypadków B., S. przypuszcza, że obfita u nich wydzielina mogła być zależną od przyjmowania dużych dawek bromu, często przy astmie zadawanej.

VII. O godzinie 9-ej przystąpiono do głosowania nad wnioskiem Zarządu Towarzystwa umieszczenia wizerunku ś. p. Marcelego NENCKIEGO w sali posiedzeń Towarzystwa. Wniosek jednogłośnie uchwalono.

VIII. Następujący koledzy odczytali sprawozdanie z prac, przedstawionych przez kandydatów na członków czynnych Towarzystwa.

BIRO z prac kol. HIGIERA, RZĘTKOWSKI z prac kol. LANDAUA; LUXENBURG z prac kol. TUCHENDLERA; KOPYTOWSKI z prac kol. WIŚNIEWSKIEGO.

Wszyscy ci sprawozdawcy zalecają wybór wymienionych kandydatów na członków czynnych naszego Towarzystwa.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Sekretarz *L. Dydyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 17 Grudnia 1901 r.

Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 59 i gości 7.

T r e ś ć: MĘCZKOWSKI W — Przedstawienie chorego z aneurysma art. vertebralis dextr.
 ZAWADZKI Al. — Przedstawienie dwóch przyrządów chirurgicznych [strzykawki i pompki].
 HEIMAN T. — Przedstawienie chorego po trepanacyi wyrostka sutkowego wraz z otwarciem jamy czaszkowej.
 KOSSOBUDZKI S. — a) Przedstawienie chorego z padaczką JACKSON'a; b) przedstawienie chorego z unieruchomianym zapaleniem kręgosłupa.

KOZERSKI A.—Przedstawienie chorego z owrzodzeniem syfilitycznym na twarzy.

STANKIEWICZ C.—„Przyczynek do chirurgii śledziony“.

LANDE A.—Sprawozdanie z prac kol. Stanisława KONWERSKIEGO.

KRAMSZTYK J.—Sprawozdanie z prac kol. M. KRAUSHARA.

RADZIWIŁLOWICZ R.—Sprawozdanie z prac kol. BUCELSKIEGO.

DYDYŃSKI L.—Sprawozdanie z prac kol. J. PILTZA.

JANOWSKI Wł.—Sprawozdanie z prac kol. TRYJARSKIEGO.

ZALEWSKI K.—Sprawozdanie z prac kol. AL. BIAŁOBRZESKIEGO.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: LANDAUA, HOŁUBA, St. KLJEWSKIEGO, POLAŃSKIEGO, Wł. STERLINGA, Maryę ZAJKOWSKĄ i Al. ZAWADZKIEGO.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłano: „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych“ Al. SOKOŁOWSKIEGO, „Uniwersytet Wileński“ Józefa BIELIŃSKIEGO, „Zasady poznania lekarskiego“ Ed. BIERNACKIEGO, „Prace sekcji gruźliczej IX Zjazdu przyrodników i lekarzy w Krakowie“ oraz odbitki z prac BIRONA, RZĘTKOWSKIEGO i JANOWSKIEGO.

IV. PREZES odczytał list SEKRETARZA STAŁEGO donoszący, że tenże z powodu choroby usuwa się z urzędu i ze stanowiska członka czynnego.

JANOWSKI wnosi aby delegacya Towarzystwa zwróciła się do SEKRETARZA STAŁEGO z prośbą o pozostanie na urzędzie.

Wniosek ten z dodatkiem wniosku Vice-PREZESA, iżby zarząd z rzezonym mandatem udał się do SEKRETARZA STAŁEGO, poddany głosowaniu został przez obecnych przyjęty.

V. MĘCZKOWSKI—przedstawienie chorego z Aneurysma art. vertebralis.

22-letni P., nauczyciel wiejski, przed dwoma laty spadł z bryczki głową na grude. Przytomności nie stracił, wsiadł sam na bryczkę i parę mil przejechał do domu. Przez dwa następne dni czuł się zupełnie dobrze tak, że odbywał zwykle swe zajęcia nauczyciela. Trzeciego dnia wystąpiły gwałtowne bóle głowy, które trwały przeszło trzy tygodnie. Jednocześnie wystąpiły zaburzenia mowy [bełkotanie, niezrozumiałe szeplenie], połykania [pokarmy stałe zatrzymywały się—zaczął jeść tylko płynne

pokarmy], wykrzywienie i ścięczenie języka. Wkrótce zauważył, że prawa połowa karku i szyi zapadła się. Po 6 tygodniach mowa i połykanie zaczęły się poprawiać. Mowa stopniowo wróciła do dawnego stanu, połykanie zaś do obecnej chwili jest wadliwe. Bóle głowy zmniejszyły się — stale odczuwał pewien ciężar w tyle głowy, a oprócz tego napadowo mniej lub więcej silne bóle głowy zawsze w tylnej części. Oprócz tego szum w prawym uchu, który zresztą miał i przed wypadkiem, a który później wystąpił silniej. W Styczniu 1901 r. prawie nagle wystąpiła silna chrypka i męczący „szczekający“ kaszel. Chrypka trwała przez 8 miesięcy. Od 3¹/₂ tygodni bóle w potylicy znacznie zwiększyły się i zjawiają się codziennie po 2—6 godzin. W tymże czasie były trzy razy wymioty bez określonego powodu.

Przez cały czas choroby niczem się nie zajmuje.

Dawniej zawsze zdrow. Ojciec umarł na gruźlicę płuc. Zresztą rodzina zdrowa.

Przy badaniu znaleziono: Odżywianie i budowa wątła. P. 76 po 15 minutach 108 i wogóle zmienny. Zanik wybitny prawej połowy języka, zanik mm. cucullaris et st. cl. mastoidei z prawej strony.

Zupełne porażenie prawej struny głosowej [Cadaverstellung], podniebienie miękkie stale przeciągnięte na stronę lewą.

Na całej czaszce słyhać silny przeciągły szmer kurczowy, najwybitniej występujący na kości potylicowej, kościach skroniowych, proc. mastoidei, szczękach górnych, kościach nosowych, mniej wybitnie na reszcie głowy, na kręgach szyjowych i sześciu kręgach górnych grzbietowych. Ucisk art. carot. comm. dextr. szmer znosi, przy dłużej jednak trwającym ucisku szmer powraca. Badanie uszu dokonane przez kol. A. Kuczyńskiego w dwa miesiące po wypadku i obecnie, nie wykazuje cierpienia n. acustici, a tylko w prawym uchu polip wychodzący z przedniej ściany zewnętrznego przewodu słuchowego.

Badanie prądem elektrycznym wykazuje odczyn zwyrodnienia w m. cucullar. dext. [skurcze powolne, obniżenie ilościowe odczynu przy $KaSz \succ AnSz$] i ilościowe znaczne obniżenie w m. cl. mast. dext. i mięśniach języka oraz n. accessorius.

Po za tem w innych nerwach czaszkowych ani wogóle w innych narządach zmian niema.

Przytoczony powyżej zbiór objawów tłumaczy się przez aneurysma tętnicy prawej kręgowej, który uciska nn. hypoglossum et vagoaccessorium.

Co się tyczy leczenia, M. widzi wskazanie do zabiegu chirurgicznego, mianowicie podwiązanie art. vertebralis.

[Autoreferat].

VI. ZAWADZKI Al. przedstawił dwa przyrządy własnego pomysłu. Pierwszy opisany w № 33 *Gazety Lekarskiej* w 1901 r. wyrabiany jest obecnie w Warszawie przez firmę A. Manna, działające w nim wentyle kulkowe—obecnie jeszcze metalowe, wkrótce zastąpione zostaną szklanymi. Ten sam wentylowy przyrząd może być przykręcony do 10 ctm. sz. lub do 50 ctm. sz. strzykawki. Strzykawka ta w połączeniu z innym małym przyrządem służyć może do aseptycznego przepłukiwania pęcherza moczowego.

Drugi przyrząd składa się z połączonych ze sobą dwóch butelek i pompki, służy do opróżniania jam i jednoczesnego ich napełniania roztworem fizyologicznym soli lub danym płynem bez zmiany ciśnienia. Przy użyciu jednej tylko butelki i pompki otrzymujemy przyrząd opróżniający, przy działaniu pompki i tylko drugiej butelki otrzymujemy przyrząd wstrzykujący pod ciśnieniem.

Każda z flaszek zatkana jest korkiem gumowym z dwoma otworami, w których umieszczono po dwie rurki zgięte pod kątem prostym. W butelce służącej do wstrzykiwań od jednej z rurek aż do dna butelki biegnie gumowa rurka ze szklanym pierścieniem na dole; przez rurkę tę przechodzi wstrzykiwany płyn. Korek tej flaszki, uciśnięty jest za pomocą zamka. Od rurek szklanych biegną rurki gumowe z jednej strony do pompki, z drugiej do szklanej trzyramiennej rurki w kształcie litery Y, od trzeciego końca której biegnie gumowa rurka zakładana na pochwę trójgrańca. W gumowych rurekach, biegnących od butelek do trzyramiennej rurki szklanej, zamiast kranów umieszczono kulki szklane o nieco większej niż one średnicy—przy rozrzedzaniu powietrza kulka ta przysysana przez ścianę gumowej rurki hermetycznie zamyka ją; kulka szklana we wstrzykującej rurce zamyka ją na zasadzie klina—wytrzymuje ciśnienie od 2—3 atmosfer. Pociskając dwoma palcami gumę wokoło kulki t. j. tworząc rowek między kulką a ścianą rurki—otwieramy tem automatycznie zamykający kran—strumień otrzymuje się znaczny.

Pompka ssąco tłocząca równie jest obmyślana w sposób bardzo prosty: do szklanego cylindra strzykawki zwykłej 100 grm., wtłoczono dwa gumowe korki [właściwie jeden rozkrajany na dwie części] w odstępnie 2 ctm., każdy korek wysokości 1—1½ ctm. W korku dolnym głębiej osadzonym istnieją dwa otwory jeden z nich od dołu, drugi z przeciwnej strony opatrzony 4 gumowymi kłapkami. W otwór z kłapką od dołu włożono z lekka szklaną rurkę zgiętą pod kątem prostym, przebiega ona dalej przez drugi górny korek i wychodzi na zewnątrz; druga taka rurka przechodzi tylko przez zewnętrzny—górny korek [drugi otwór w nim]. Rurka pierwsza ssie powietrze, druga wyrzuca je. Pierwsza połączo-

czona jest ze ssącą butelką, druga ze wstrzykującą—poczem powietrze po drodze filtruje się przez watę.

W ten sposób nadmiar ciśnienia w jednej butelce odpowiada — ujemnemu w drugiej.

Napełnianie flaszki odbywa się bez otwierania jej, za pomocą rozrzedzania w niej powietrza przy pomocy wyżej wspomnianej pompki i w tym celu założonej gumowej rurki. Do tej pory prze-mywania dokonał kol. Z. na oddziale D-ra RAUMA jednemu tylko choremu ze znacznym ropnym wysiękiem w lewej opłucnej—trzykrotnie, jeden raz w ilości 12 litrów, drugi i trzeci po 8 litrów; płyny w parę dni po ostatnich prze-mywaniach otrzymywano z opłucnej — zupełnie czyste. [Autoreferat].

VII. HEIMAN T. przedstawił 9-letniego chłopca po operacji radykalnej i po otworzeniu jamy czaszkowej, wykonanych skutkiem objawów mózgowych wnikających przewlekłe zapalenie ropne ucha środkowego prawego. Ropienie z ucha powstało w 2-im roku życia po spadnięciu ze stołu. Aż do Sierpnia r. b. wyciek był to obfity, to skąpszy, na pewien krótki czas całkiem ustawał. W nieregularnych odstępach czasu pojawiały się krótkotrwałe bóle głowy. Słuch na prawe ucho był prawie całkiem zniszczony. W końcu Sierpnia wystąpił stały prawostronny ból głowy, pojawiła się wysoka gorączka ze zwolnieniami rannemi i chory bardzo zeszmutniał. Wezwany specjalista ograniczył się przez 10 dni do stosowania rozmaitych kropli usznych, a nie widząc poprawy, stawał ewentualność operacji po pewnym czasie. Rodzice chłopca zaniepokojeni jego stanem, wezwali na drugi dzień kol. H., który znalazłszy takie objawy, jak: prawostronny ból głowy, powiększający się przy opukiwaniu tej okolicy, tętno 60, ciepłota 39,2°, źrenice nierówne, leniwie oddziaływają na światło, zgnębienie duchowe, chwilową nieprzytomność, lekką sztywność karku i nieznaczny wyciek ropny z ucha prawego, zdecydował natychmiastową operację. Rozpoznanie kol. H. stawał na ropień zewnątrzoponowy z rozpoczynającym się zapaleniem rozlanem opon mózgowych. Operacja wykonana została podług metody ZAUHAL'a t. j. od strony wyrostka sutkowego. Po zrobieniu operacji doszczętej, po wycięciu błony bębenkowej, wyjęciu młotka i kowadełka i wyskrobaniu zachyłka, otworzoną została jama czaszkowa w okolicy zatoki poprzecznej, skąd wylała się łyżeczka ropy gęstej, cuchnącej. Opona twarda była żółto-szara, zgrubiała i po wydzieleniu się ropy zaczęła wyraźnie tętnić. Rana, wszelkie jej zagłębienia i przewod słuchowy zewnętrzny zostały szczelnie wypełnione gazą jodoformową i część rany skórnej zaszyto. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy i bóle głowy zupełnie znikły. Zagojenie rany za uchem nastąpiło po 9 ty-

godniach. Jamy ucha środkowego stanowią jedną ogólną jamę z przewodem słuchowym zewnętrznym. Wydzieliny niema żadnej, ściany jamy bębenkowej są pokryte różową śluzówką. Ogólny wygląd chorego znacznie się poprawił.

H. w przypadku tym zwraca głównie uwagę na dwa momenty. 1) Że stanowi on nowy dowód dawniejszych jego twierdzeń, że w przypadkach ostrego i przewlekłego ropienia z ucha, gdy występują pewne objawy, nie będące następstwem zatrzymania ropy, nie należy ograniczać się do operacji na wyrostku sutkowym, lecz trzeba za każdym razem otworzyć jamę czaszkową i ewentualnie nakłuć zatokę poprzeczną. Często bowiem w takich razach znajdujemy w jamie czaszkowej sprawy ropne i zakaźne, których przedtem nie rozpoznawaliśmy. Nawiasowo dodaje H. że przy ropieniach z ucha po ostrych wysypkach zakaźnych, gdy potrzeba było otwierać wyrostek sutkowy, zawsze znajdował ropnie zewnątrzoponowe, co stanowi wskazówkę, ażeby przy otwieraniu wyrostka sutkowego w podobnych razach być ostrożnym, łatwo bowiem zranić zatokę poprzeczną.

2) Kol. H. w danym przypadku nie wykonał operacji plastycznej i otrzymał wynik zupełnie zadawalniający. Jestto już czwarty przypadek w ten sposób operowany. Ma on tę wyższość nad operacją plastyczną, że nie pozostawia za uchem stałego otworu, ani też zniekształcającej blizny. Od niebezpieczeństw przy możliwych nawrotach chroni w tym razie obszerność przewodu słuchowego zewnętrznego i obszerna komunikacja jego z jamami ucha środkowego. Te 4 przypadki uważa kol. H. za niedostateczne do orzeczeń pozytywnych: sądzi wszelako, że jeśli dalsze doświadczenia jego i innych potwierdzą jego przypuszczenia, to ten sposób operowania z czasem w wielu przypadkach wyruguje plastykę po operacji doszczętnej, a także uwolni chorych od stałych otworów na wyrostku sutkowym. [Autoreferat].

VIII. KOSSOBUDZKI przedstawił 12-letniego chłopca, który w Maju r. b. został uderzony kopytem przez konia w czoło. Uraz spowodował złamanie kości czołowej, powyżej górnego brzegu prawego oczodołu. Chory twierdzi, że była tam głęboka jama, w której tkwiły odłamy kości, od uderzenia stracił przytomność, lecz wkrótce przyszedł do siebie. Na drugi dzień w szpitalu, w Białej usunięto kilka odłamów kości, w kilka tygodni później znowu usuwano z rany drobne kostki. W Lipcu rana się zagoiła. Chory przez pewien czas był zupełnie zdrow. W końcu Października, kładąc się spać, nagle dostał napadu ogólnych drgawek, z bardzo nieznacznym przyćmieniem świadomości. Napad trwał 1½ godziny. Podobne napady powtarzały się przez 4 dni z rzędu wieczorami, poczem od razu znikły. Po kilku dniach zaczęły się zjawiać po kilka lub kilkanaście razy w ciągu dnia się powtarzające

napady, które polegały na drgawkach lewej połowy twarzy, mrużeniu oczami, zwracaniu głowy i oczu na lewo i trochę ku górze. Przytomność była zachowana. W takim stanie chory zapisał się do kliniki chirurgicznej w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Chłopiec dobrze zbudowany i odżywiany, roztropny, nie przedstawiający żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Mniej więcej na 2 ctm. powyżej górnego brzegu prawego oczodołu znajdujemy czerwoną, wciągniętą, niekształtną, podłużną bliznę długości mniej więcej 4—5 ctm, idącą ukośnie. Na miejscu blizny wyczuwa się zagłębienie w kości, w rodzaju niekształtnej podłużnej szpary. Skóra przyrosła do dna i brzegów szczeliny. Nacisk na bliznę wywołuje mocny ból.

Ponad blizną skóra cała przedstawia znieczulenie. Prócz tego znajdujemy lekkie porażenie lewego nerwu twarzowego.

Po kilka lub kilkanaście razy w ciągu doby chory doświadcza napadów, które odbywają się w sposób następujący. Nagle głowa chorego skręca się w lewą stronę i trochę ku górze, oczy zwracają się ad maximum na lewo i trochę ku górze. Jednocześnie występują kloniczne drgawki lewej połowy twarzy, otwieranie się i zamykanie powiek obu stron, niekiedy drgawki w musculus platysma myoides. Chory w tym czasie jest zupełnie przytomny, ale na pytania odpowiada z pewną trudnością, mowę ma jakby skandowaną. Przez cały czas pobytu w klinice raz obserwowano w czasie napadu drgawki w lewej ręce, raz ręka ta trochę zeszywniała. Wogóle napady były raz słabsze, drugi raz silniejsze: niekiedy polegały tylko na usilnem mruganiu oczami lub zwracaniu głowy i oczu, niekiedy zauważyć się dały lekkie skurcze kloniczne mięśni gałek ocznych nystagmus horyzontalis. Rozpoznano padaczkę JACKSON'a. Rozpoznanie to potwierdzili kol. Męczykowski, KOPCZYŃSKI, prof. MUCHIN, którzy chorego widzieli. W danym wypadku wskazaną jest trepanacja na miejscu blizny.

Jaka sprawa jest przyczyną danego zbioru objawów—trudno orzec—może to być odłamek kości, blizna itp. W każdym razie przypuścić należy, że podrażnienie wychodzące z miejsca urazu udziela się ośrodkowi dla ruchów głowy i oczu leżącemu w tylnej części środkowego zwoju czołowego oraz przylegającym ośrodkom n. twarzowego. Ciekawa rzecz, że używanie bromu po 1, 1½ gr. na noc sprowadzało w danym przypadku zawroty głowy, wymioty, a raz nawet napad ogólnych drgawek. Objawy te ustąpiły po odstawieniu bromu.

Tenże przedstawił 19-letnią dziewczynę, która mieszkając przed trzema laty w zdrowej okolicy, w suchem mieszkaniu podczas lata, dostała bólów w barku, następnie w stawie kolanowym, po pewnym czasie w obu biodrach. Gorączki, obrzęki, zaczer-

wienienia stawów nie było, ból był nie zbyt silny, nie ostry, lecz tępy.

Po pewnym czasie bóle się zmniejszyły, lecz zjawiała się trudność w chodzeniu, zginaniu kończyn dolnych w stawach biodrowych, wreszcie sprawa skończyła się zeszywnieniem prawie zupełnym stawów biodrowych. W podobny sposób nastąpiło stopniowo znaczne ograniczenie ruchów w wielu stawach. Bóle nigdy nie były mocne; obrzmienia stawów, zaczerwienienia, gorączki nie było nigdy.

W obecnej chwili znajdujemy pewne ograniczenie ruchów czynnych w stawach barkowych i łokciowych, mniejsza—w kolanowych.

Przy ruchach biernych—niekiedy wyczuwamy chrobotanie w tych stawach. Stawy garstkowe kolbowato zniekształcone, ruchy w nich wogóle są bardzo ograniczone. Tak samo ograniczone są ruchy palców u rąk. Mięśnie dłoni przedramienia, barku i ramienia w zaniku. Ruchy w stawie skokowym zupełnie zachowane, w kolanowych trochę ograniczone [zginanie]. Kończyna dolna prawa utrwalona w lekkim zgięciu w stanie biodrowym, kończyna lewa zeszywniała w stanie wyprostowania. Rozsuwanie ud, krzyżowanie ich zupełnie niemożliwe. Rotacja minimalna. Główki kości udowych na miejscu. Długość kończyn jednakowa. Odległość od Spina ilei aut. sup.—do malleolus iut. na obu stronach jednakowa. Ruchy bierne w stawach biodrowych—niemożliwe. Użycie większej siły—sprowadza ból. Chora nie może siedzieć w łóżku, siedzi na brzegu krzesła, schylić się nie może, wskutek czego od pewnego czasu prawie nie jest zdolna do pracy. Chodzi, zginając kolana, stawiając nogi jedną przed drugą. Bardzo znaczna ruchomość dolnej części kręgosłupa zastępuje i maskuje do pewnego stopnia ankylozę stawów biodrowych. W części szyjowej kręgosłupa zauważyć się daje znaczne ograniczenie ruchomości kręgosłupa zwłaszcza co się tyczy zginań w tył, przechylenia na boki i skręcenia szyi.

Przy ruchach biernych czujemy opór, niekiedy chrobotanie i trzeszczenie, chora przytem doświadczała bólu. Przypadek ten ciekawy ze względu na młody wiek chorej, możnaby uważać za przejściowy łączący cierpienia typu polyarthritis z cierpieniem znanem obecnie pod nazwą przewlekłego unieruchamiającego zapalenia kręgosłupa i wielkich stawów typu MARIE-STRUEMPEL'a. Czy tak jest w rzeczywistości wykazać tylko może dalsza obserwacja.

[Autoreferat].

IV. Kol. GIEDROYĆ przedstawił chorą z oddziału kol. KOZERSKIEGO u której wywiady wykazały: ma lat 62. Przed 1½ rokiem w lewej nosowargowej fałdzie tuż koło nosa utworzył się ropień, który, zamieniwszy się w owrzodzenie, goił się od górnego swego

brzegu, przeciwległym zaś brzegiem posuwał się drogą, jaką wskazuje pozostała po nim blizna. Blizna biegnie wązkim paskiem od wyżej wspomnianego miejsca, biegnie ku tyłowi lewemu ust, w tem miejscu daje rozgałęzienie nad brzegiem górnej wargi, dalej biegnie tuż koło brzegu wargi dolnej, wrzynając się głęboko w wargę koło prawego jej końca, wreszcie przechodzi na błonę śluzową górnej wargi i kończy się w środku prawej jej połowy owalnym płytkim owrzodzeniem o bardzo twardej cienkiej dużej. Wielkie blizny ruchome na obu łokciach pozostały po owrzodzeniach, które podobno utworzyły się 2 lata temu. Oprócz tego badanie wykazało starą subluksację w lewym stawie piąstko-promieniowym.

Owrzodzenie pełzające t. j. posuwające się w jednym kierunku, pozostawiając bliznę za sobą, dać może przymiot [gumma serpiginosum] lub rak [epitelioma serpiginosum]. Za naturą przymiotową cierpienia przemawia obecność blizn na łokciach, prawie jednocześnie powstałych, a które nie dałyby się powiązać w jedną kliniczną całość z owrzodzeniem wargi, gdyby ono było natury nie syfilitycznej. Za nowotworową naturą przemawiałaby niezwykła twardość cienkiej blaszki dna owrzodzenia i brak nacieczenia brzegów, jakie przy gumatach znajdujemy. A może wreszcie mamy do czynienia z rakiem powstałym z gumatu.

Wdrożone już leczenie swoiste, jak również badanie wyciętego brzegu owrzodzenia da poznać naturę cierpienia.

[Autoreferat].

X. STANKIEWICZ Czesław wypowiedział rzecz p. t. „Przyczynek do chirurgii śledziony“.

Zaznaczywszy we wstępie, iż ginekologia społeczna stoi w ścisłym, nierozzerwalnym związku z chirurgią brzuszną, prelegent przechodzi do treściwego opisu spostrzeżenia splenomegaliae malaricae, w którym, gdy inne sposoby pozostawały bez skutku, wykonał splenektomię.

Marya S., lat 24, robotnica fabryczna, przed 2 laty przeszła ciężką zimnicę. Lekarze już wtenczas [w kilka tygodni od początku choroby] stwierdzili obecność guza [w lewym podżebrzu i nastawali na niezbędność operacji. Od tego czasu pacjentka często zapadała na zdrowiu, parokrotnie leżała w szpitalu, a ostatnio, pomimo długotrwałego leczenia środkami wewnętrznymi stan jej pogorszył się o tyle, iż o dalszej pracy zarobkowej nie mogło być mowy: objętość brzucha zwiększała się więcej, oddech stał się krótki, przy schyłaniu się i dźwiganiu uczuwała dotkliwe bóle w brzuchu.

Badanie wykazuje obecność twardego guza, który zajmuje całe niemal nadbrzusze i chowa się pod lewym łukiem żebrowym. Jest to niewątpliwie przerosła śledziona. Po za tem, prócz miernej ilości wolnego płynu w jamie brzusznej, innych zmian nie znale-

ziono. Badanie krwi nie przemawia stanowczo przeciwko białaczce. Niejakię zwiększenie się ilości białych ciałek [15,000] idzie na karb leukocytów wielojądrowych. Czerwonych ciałek 4200000, $\Delta = - 0,52$. Plasmodium nie znaleziono.

Na podstawie tych danych rozpoznano splenomegaliam malaricam.

Zważywszy bezskuteczność dotychczasowego leczenia, jak niemniej świetne wyniki, otrzymywane w podobnych razach na drodze operacyjnej, S. postanowił usunąć przerosłą śledzionę. Zabieg, wykonany d. 1 Czerwca r. b. w łódzkim szpitalu św. Aleksandra, był nadspodziewanie trudny z powodu małej ruchomości guza i zrostów z siecią. Przebieg pooperacyjny na razie niepokłany. 3-go dnia wystąpiły drgawki, omdlenia, w następstwie utrata przytomności. Na 4-ty dzień przytomność wraca, pozostają tylko objawy wzrokowe w postaci przemijającej ślepoty. Mocz zawiera ślady białka, cokolwiek cukru [0,2⁰/o], nieliczne wałeczki hyalinowe $\Delta = - 4,0$.

7-go dnia po operacji występują objawy rozlanego zapalenia otrzewnej przy ruchach gorączkowych do 39^o C. Na 11 dzień laparotomia mediana supraumbilicalis, która daje ujście trzem litrom płynu żółtawego, mętnego, 13-go dnia thoracotomia sinistra na wysokości 7-go przestworu międzybrowowego w przypuszczeniu, stwierdzonem przez próbne przekłucie, iż w jamie opłucnej wytworzyło się ognisko ropne. Jednakże w jamie tej nie znaleziono zawartości. 14-go dnia po operacji exitus letalis.

Wycięta śledziona, po wylaniu się krwi, waży 840 gramów. Długość jej 26 ctm., szerokość najwyższa dosięga 13¹/₂ ctm. Prof. PRZEWOSKI określił preparat, jako tumor lienis fibrosus chronicus. Wielkość guza 4 do 5 razy przechodzi wymiary śledziony prawidłowej.

Badanie histologiczne [kol. Witold ŻURAKOWSKI] nie wykazuje jej nic więcej, ponad żywe bujanie tkanki łącznej.

Złożywszy wyrazy głębokiej podziękii kolegom KRUSCHEMU i EWARYSTOWI JASIŃSKIEMU, którzy wzięli chorą w serdeczną opiekę po wyjeździe prelegenta z Łodzi [w kilka dni po operacji] przechodzi prelegent do ustalenia podziału przerostów śledziony na 3 główne kategorie: 1) przerostów białaczkowych, 2) przerostów zimniczych i 3) przerostów rozmaitego pochodzenia, jak np. w chorobie BANTI'ego itd. We wszystkich 3 kategoriach próbowano leczenia chirurgicznego. Co do białaczki, wyniki były tak niepomyślne, iż obecnie niewątpliwie uważać ją należy, jak bezwarunkowe przeciwskazanie do zabiegu operacyjnego. Inna rzecz przy przerości zimniczym i chorobie BANTI'ego. Usuwając guz, który czynił chorego niezdolnym do życia czynnego, wracamy mu

zdrowie i zdolność do pracy. Oduosne statystyki, jak FÉVRIER'a i BEXEL-HAGEN'a stwierdzają ten fakt w całej doniosłości.

W dalszym ciągu prelegent zaznacza, że dzieje chirurgii oczystej niezbyt wiele podają przypadków wycięcia śledziony. Sięgając myślą w przeszłość, składa hołd głęboki pamięci lekarza radomskiego D-ra Juliana SCHULTZ'a, który jeden z pierwszych wogóle, a pierwszy u nas wykonał splenektomię 1855 r.]. W źródłach dostępnych znalazł prelegent opis 16 przypadków, w których usunięto śledzionę. Wskazania były rozmaite: wypadnięcia urazowe, białaczka, przerosty pochodzenia bliżej nieokreślonego, bąblowiec śledziony, wreszcie w jednym przypadku przerost na tle zimniczem [przypadek prof. RYDYGIERA]. Tak więc przypadek prelegenta jest 17-ty z rzędu wogólnym szeregu, zaś drugi przy splenomegalii zimniczej.

W zakończeniu prelegent zaznacza, iż podaje swój przypadek tem chętniej do ogólnej wiadomości, ponieważ, jako niepomysłnie zakończony, daje obfity materiał do dyskusji. Przypadek zostanie szczegółowo opisany w „Gazecie Lekarskiej“. Oprócz śledziony i preparatu drobnowidzowego, prelegent przedstawił miążdż Doyen'a i nici reniferowe, któremi posługiwał się przy operacji. [Autoreferat].

W dyskusji RECHMAN zaznacza, że rozpoznanie zimniczej natury guza nie uważa w przypadku prelegenta za dostatecznie uzasadnione, takie same bowiem guzy bywają i przy chorobie BANTI'ego.

BORZYMOWSKI sądzi, że zanim dokonana została operacja, chora powinna była być poddana kuracji specjalnej t. j. chininą. Wspomniany przez prelegenta związek między splenectemią a zakresem zabiegów związanych z ginekologią B. uważa za nieumotywowany.

STANKIEWICZ W. przyznaje prelegentowi rację, że przy chronicznych sprawach przerostowych śledziony splenectomia daje najlepsze wyniki.

WINIARSKI przypuszcza, że prelegent w przypadku swym miał do czynienia z pseudoleukemią i zapytuje się, jak się u chorej przedstawiały gruzyły limfatyczne.

RZĘTKOWSKI wyklucza pseudoleukemię i za prawdopodobniejszą uważa istnienie w przypadku omawianym choroby BANTI'ego. Racyonalnych wskazań do operacji R. w przypadku tym nie widzi.

W odpowiedzi na przemówienie kol. REJCHMANA. S. dowodzi, że w danym przypadku więcej prawdopodobny jest przerost na tle zimniczem, niż choroba BANTI'ego. Zimnica u chorej była rozpoznana przez kilku lekarzy łódzkich. Z danych wywiadów wnioskować można, iż powiększenie się objętości śledziony wystąpiło

w trakcie napadów zimniczych. Kol. BORZYMOWSKIEMU odpowiada, iż między ginekologią a splenektomią w danym przypadku o tyle tylko istnieje związek, o ile tenże istnieje między ginekologią a chirurgią brzuszną. Ginekologowie zakordonowi wykonywają wszelkie operacje, w zakres tej ostatniej wchodzące. Z kol. STANKIEWICZEM Wł. zgadza się S. najzupełniej co do wielkiej wagi leczenia chirurgicznego przy przerostach śledziony pochodzenia zimniczego. Wbrew kol. WINIARSKIEMU S. nie widzi w danym obrazie chorobowym dostatecznych danych, aby rozpoznać pseudoleukaemię, tem bardziej, iż gruczoly chłonne nie były powiększone. Kol. RZĘTKOWSKIEMU odpowiada, iż według spostrzeżeń wielu lekarzy po usunięciu przerosłej śledziony, powracamy nieodolnym dotąd pacyentom zupełną zdolność do życia czynnego. W danym przypadku kieruje nami nie tło zimnicze, jako wskazanie do zabiegu, lecz obecność guza, który prowadzi za sobą szereg ciężkich dolegliwości. Plasmodium nie znaleziono we krwi chorej. Co prawda, nie przemawia to jednak przeciw rozpoznaniu, gdy zważymy, iż napady zimnicze oddawna już ustaly.

[Antoreferat].

XI. Następujący koledzy odczytali sprawozdanie z prac, przedstawionych przez kandydatów na członków czynnych Towarzystwa.

LANDE z prac kol. St. KONWERSKIEGO, DYDYŃSKI z prac kol. J. PILTZA, DYDYŃSKI, w zastępstwie kol. J. KRAMSZTYKA z prac kol. M. KRAUSHARA, R. RADZIWIŁLOWICZ z prac kol. BUCELSKIEGO, DYDYŃSKI, w zastępstwie kol. JANOWSKIEGO z prac kol. TRYJARSKIEGO, ZALESKI z prac kol. BIAŁOBRZESKIEGO.

Wszyscy ci sprawozdawcy zalecają wybór wymienionych kandydatów na członków czynnych Towarzystwa.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz*.

Sekretarz *L. Dydyński*.

Posiedzenie administracyjne z dnia 31 Grudnia 1901 r.

Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych Członków 34.

T r e ś ć: PODSKARBI.—Sprawozdanie z wykonania budżetu za rok 1901.

SEKRETARZ STAŁY i PODSKARBI.—Projekt budżetu na rok 1902.

BIBLIOTEKARZ.—Sprawozdanie ze stanu Biblioteki.

WICE-PREZES.—Sprawozdanie komitetu bibliotecznego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES podaje do wiadomości, że p. Kurator Okręgu Naukowego zatwierdził jako stypendystę imienia KOCZOROWSKIEGO studenta med. uniwersytetu w Jurjewie [Dorpat] Marcelego Białostockiego.

III. PREZES zawiadamia, że Zarząd Towarzystwa w myśl uchwały, zapadłej na poprzednim posiedzeniu, udał się do prof. BRODOWSKIEGO z prośbą o cofnięcie swej decyzji opuszczenia stanowiska SEKRETARZA STAŁEGO. Wobec tego, że prof. BRODOWSKI, powołując się na stan swego zdrowia, postanowienia swego nie zmienił, PREZES oznajmia, że na pierwszym miejscu porządku dziennego posiedzenia wyborczego będzie postawiony wybór SEKRETARZA STAŁEGO.

IV. PODSKARBI zdaje sprawę z wykonywania budżetu zatwierdzonego na rok 1901, nadmieniając, że zupełnie dokładne cyfry dadzą się osiągnąć dopiero po zamknięciu rachunków, po odbiorze reszty przypadających na rok 1901 wpływów i uregulowaniu należności. Niemniej obecnie stwierdzić już możemy, że w niektórych pozycjach rachunku dochodów z nieruchomości i rachunku własnego Towarzystwa, okaże się remanent. Natomiast następujące pozycje rozchodowe, na rachunku własnym Towarzystwa okazały się nie wystarczającymi, a mianowicie:

pozycya 4 opał lokalu Towarzystwa . . .	Rb. 26
„ 5 oświetlenie i gaz	30
„ 6 utrzymanie porządku w lokalu . . .	50
„ 7 wydatki nieprzewidziane	119
Razem . . .	Rb. 225

Na przedstawienie zarządu Towarzystwo postanawia: niedobór na pozycjach 4, 5, 6, 7 rachunku włas. Towarzystwa pokryć

z remanentów jakie się okażą w innych pozycjach tego rachunku, a gdyby remanent ten okazał się na ten cel nie wystarczającym, to brakującą resztę zaczerpnąć z ewentualnych remanentów na rachunku dochodów z nieruchomości.

PODSKARBI imieniem zarządu wnosi, aby wbrew dotychczasowej praktyce, wydatki oznaczone w budżecie każdorocznym pod nazwą: gratyfikacji sekretarza kancelaryi, gratyfikacja pomocnika sekretarza kancelaryi i gratyf. woźnego towarzystwa wypłacone były z funduszków należących do rachunków roku budżetowego, a nie jak dotąd miało miejsce wypłacone były za rok ubiegły, w pierwszych dniach roku następnego i z funduszków roku następnego. Towarzystwo 1) uznaje dotychczasowy sposób postępowania za nieprawidłowy i zaleca, aby na przyszłość tak pozycje, o których mowa, jak i wogóle wszelkie wydatki w danym roku postanowione, pokrywane były z funduszków tegoż roku, a nie przenoszone na rachunek odpowiedniej pozycji roku przyszłego.

2) postanawia—oprócz gratyf. wymienionym trzem osobom wypłaconej już z fund. z roku 1901 za rok 1900—wypłacić nadto gratyfikacje w kwotach Rb. 150; 100 i 40 razem Rb. 290 za rok 1901—jeżeli się to okaże możliwym z remanentów na rachunku własnym Towarzystwa ewentualnie na rachunku dochodów z domu;

3) postanawia; jeżeli po zaspokojeniu niedoborów na rok bieżący na rachunku własnym Towarzystwa i wypłacenia Rb. 290, o których w p. 2 jest mowa okaże się reszta na rachunku własnym Towarzystwa, takową przelać w całości do funduszu rezerwowego domu Niecała Nr. 7.

Towarzystwo postanawia dalej:

z ewentualnego remanentu na rachunku dochodów z nieruchomości zaliczyć Rb. 50 jako przewidzianą budżetem na rok 1902 pozostałość z r. 1901 na tenże rachunek—resztę zaś zaliczyć do funduszu rezerwowego domu;

4) gdyby przeciwnie, po pokryciu niedoborów, pozostałe remanenty z obu rachunków były mniejsze od Rb. 290, Towarzystwo postanawia, przenieść je w całości do budżetu na rok 1902 pod osobną pozycją w rachunku własnym Towarzystwa, ze specjalnem przeznaczeniem na uregulowanie kwestyi wypłaty gratyfikacji, w myśl zasady w p. 1 przyjętej, w r. 1902.

V. PODSKARBI przedstawił budżet na rok 1902 do zatwierdzenia przez Towarzystwo, które wszystkie pozycje w myśl wniosków Zarządu zatwierdziło.

REMBIELIŃSKI zapytuje się czy nie możnaby zamiast składania wieńców na trumnie zmarłych członków Towarzystwa, przeznaczać odpowiednie sumy na Kasę Wsparcia.

PODSKARBI wniosek ten w zupełności podziela.

PREZES zastrzega się, że w wypadkach śmierci za granicą nie dałoby się to przeprowadzić, w każdym razie wniosek powyższy przedstawi nowemu Zarządowi do rozważenia.

Kosmowski proponuje zamianę długu hipotecznego, ciężącego na domu w Piotrkowie, będącego własnością Towarzystwa, na dług Towarzystwa Kredytowego Piotrkowskiego.

VI. BIBLIOTEKARZ przedstawił: a) stan funduszków biblioteki, b) wykaz czasopism, prenumerowanych w r. 1901, 2) spis książek bardziej cennych, nabytych w r. 1901, d) plan zakupu dzieł do biblioteki. W roku przyszłym przy zakupie dzieł BIBLIOTEKARZ trzymać się zamierza zasady nabywania tych tylko dzieł, które, stanowiąc monografie, przez zbyt wysoką cenę mało mogą być dostępne szerszemu kołu członków Towarzystwa. Również nabywane będą wszelkie wydawnictwa lekarskie w języku polskim, o ile nie będą nadsyłane gratis do Biblioteki Towarzystwa.

W końcu swego sprawozdania BIBLIOTEKARZ zaznacza, że w r. b. dzięki pomoc kol. MARKOWSKIEGO rozbito cały rzeczowy katalog kartkowy na odpowiednie działy [28] i poddziały, stosując się w układzie do szematu, przyjętego w „Przeglądzie piśm. lek. polsk.“ i w „Wykazie prac lek. polsk.“ za lata 1831—1890.

VII. VICE-PREZES odczytał sprawozdanie komitetu bibliotecznego.

VIII. VICE-PREZES odczytał protokół posiedzenia komitetu konkursowego D-ra Tytusa CHALUBIŃSKIEGO, na którym przyznane zostało premium w sumie Rb. 240 D-rowi fil. HOŁOWIŃSKIEMU za pracę p. t. „O fotografii tonów serca“.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *St. Markiewicz.*

Sekretarz *L. Dydyński.*

OGŁOSZENIA.

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet członków tejże Kasy. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszków Kasy, da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nietylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy, złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bardzo być może, że z czasem, w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 31 Grudnia 1901 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez d-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

a) **N o w e t e m a t y:**

1. Oznaczenie osmotycznego ciśnienia krwi i moczu (kryoskopia) u ludzi zdrowych i w rozmaitych warunkach patologicznych.
2. Badania doświadczalne i kliniczne nad zakrzepami żylnymi po chorobach zakaźnych.
3. Jak działa emetyna i apomorfiną na gruczoły i komórki śluzowe?
4. Krytyczno-doświadczalny rozbiór wyników, otrzymanych przez Biernackiego nad sedymentacją krwi i patognomicznem jej znaczeniu.
5. Badania bakteriologiczne pyłu, pokrywającego rozmaite przedmioty i sprzęty w salach szpitalnych.
6. Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteriologicznego.
7. Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą, specjalnie gruźlicą płuc.

b) **T e m a t y p o z o s t a w i o n e n a r o k n a s t ę p n y z p o p r z e d n i e g o k o n k u r s u:**

8. Badania kliniczne i doświadczalne nad dezynfekcją przeżodu pokarmowego. (Badanie może dotyczyć środków nowych lub dotychczas niepróbowanych).
9. Badania doświadczalne nad wycinaniem płuc (*Pneumectomia*).
10. Badania bakteriologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (*cystitis*).

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1902 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów, wyznacza się nagroda rub. 300. Takich nagród wakuje obecnie dwie. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiące będą własność autora. 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, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu imienia D-ra ADAMA HELBICHA:

1. Udział lekarzy polskich w postępie medycyny drugiej połowy wieku bieżącego.
2. Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach, wskutek nieszczęśliwych wypadków
3. Czy istnieją odrębności w przebiegu i etyologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju?
4. *Pharmacopoea pauperum* w szerokiem rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych.
5. Anatomia patologiczna i etyologia szankra miękkiego.
6. Unerwienie i refleksy jamy noso-gardzielowej.
7. Anatomia patologiczna i etyologia dysenteryi.
8. Anatomia patologiczna i etyologia *enteritidis follicularis*.
9. Wahanie się ilości pepsyny w chorobach żołądka.
10. Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu.
11. Zbadać własności odkażające formaliny.

12. Porównanie wartości metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet po porodzie, na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznaczony został trzechletni, to jest do dnia 19 Października roku 1902. Nagród konkursowych na powyższy okres konkursowy oznaczono trzy, za 3 prace uznane za najlepsze z pomiędzy nadesłanych. Pierwsza nagroda wynosić będzie *Rb.* 450, druga *Rb.* 300 i trzecia *Rb.* 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwiecznionych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie *rs.* 240, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1905 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 stycznia 1901 r. do 31-go Grudnia 1904 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 winien że ją do konkursu, o jakim mowa, i rezeptacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu Stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia d-ra med. i chir. LEONA KONITZA przyznana zostanie przez Towarzystwo w d. 15 października 1902 roku, jako w rocznicę zgonu d-ra KONITZA, nagroda pieniężna, odpowiednio do wartości naukowej prac: albo w kwocie *Rub.* 570, złożonej z 2 nagród: jednej, pozostałej z poprzedniego konkursu, i drugiej przypadającej na bieżący trzechletni okres konkursowy, albo też przyznane będą dwie nagrody, każda po *Rub.* 285, za najlepsze prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone li tylko chorobom kobiecym lub akuszerii, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 2 Kwietnia 1899 roku do dnia 31 Marca 1902 roku.

Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1902 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7) lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożona zostaje na konkurs imienia KONITZA.

Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieczniona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podają do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1902 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia r. 1900 do dnia 31 marca 1902 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1902 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rub. 200. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieczniona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hojer.*

Kraków w Styczniu 1901.

Z początkiem bieżącego roku powstaje w Londynie wydawnictwo międzynarodowe „Katalogu bieżącej literatury naukowej“. Wydawnictwo to, wszczęte przez „Royal Society“ Londyńską zorganizowane pod patronatem rządów wszystkich Państw cywilizowanych, ma objąć Bibliografię prac naukowych wszystkich krajów i narodów.

Akademia Umiejętności w Krakowie pragnąc, aby i polskie piśmiennictwo naukowe zostało objęte przez to wyjątkowej doniosłości przedsięwzięcie, zorganizowała na Wydziale swoim Matematyczno-Przyrodniczym, osobną „Komisję Bibliograficzną“, której zadaniem będzie opracowywanie „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“, w zakresie i według zasad Katalogu Międzynarodowego.

By jednakże praca ta odpowiadała celowi i informowała świat uczony międzynarodowy o rzeczywistym rozwoju literatury naukowej polskiej, czynności Komisji winnyby się spotkać z życzliwym współudziałem społeczeństwa, a przede wszystkim z poparciem Autorów, Redaktorów i Wydawców.

Zadaniem „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“ będzie podawanie dokładnych szczegółów bibliograficznych o każdej pracy z zakresu nauk matematycznych i przyrodniczych, czy się ona pojawi w czasopiśmie, czy też jako dzieło osobno wydane. Komisya Bibliograficzna, pragnąc osiągnąć możliwą zupełność, zwraca się z usilną prośbą do wszystkich Autorów, Redaktorów i Wydawców, zarówno piśm peryodycznych jak i dzieł osobnych, aby prace, ukazujące się w druku za ich staraniem, zechcieli jej przysłać, pod adresem: **Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisya Bibliograficzna.**

Przewodniczący Komisji: **Władysław Natanson.**
Sekretarz: **Tadeusz Estreicher.**

„GŁOS“

Najlepiej Tygodnik Naukowo-Literacki
Społeczny i polityczny.

Zadaniem pisma jest: 1-sze Omawianie ze stanowiska niezależnego spraw bieżących, aktualnych; 2-ie Podnoszenie umysłowej i etycznej kultury społeczeństwa. „Głos“ zamieszcza: 1) Artykuły wstępne, przeglądy, kroniki i korespondencje w sprawach bieżących, społecznych i ekonomicznych, politycznych i literackich; 2) Powieści, nowele i poezje; 3)

„Przegląd Naukowy i Etyczny,”

który zawiera: 1) Artykuły ogólne w kwestjach naukowych, filozoficznych, społecznych, wychowawczych; 2) Artykuły w sprawach etycznych, sprawozdania o ruchu etycznym zagranicą; 3) Przeglądy i kroniki współczesnego ruchu naukowego; 4) Artykuły poświęcone sprawom samokształcenia.

Co miesiąc Dodatek Bezpłatny

W Dodatkach miesięcznych pomieszczone są: 1) Rozprawy, dotyczące Zagadnień doby bieżącej; 2) Streszczenia nowych większych dzieł wybitnej wartości.

Prenumerata: W Warszawie rocznie rb. 7, kwartalnie rb. 1. kop 75, miesięcznie kop. 60. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 9, kwartalnie rb. 2 kop. 25.

Adres: Warszawa, Złota 26.

Numer okazowy na żądanie bezpłatnie franco.

WYDAWNICTWA „GŁOSU“.

Belot i Gide: Miłosierdzie, sprawiedliwość i dobór naturalny 30 kop.
Ferrero: Czynniki postępu moralnego 30 kop.; *Münsterberg*: Nauka w stosunku do życia i sztuki 30 kop.; *Cunow*: Chiny, rozwój społeczny i ekonomiczny 20 kop.

Ribot: o wyobraźni twórczej.

Do nabycia w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim
(Niecała Nr. 7)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

za rok 1887, 1888, 1889, 1891, 1892, 1893,
1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899 i 1900.

Cena kop. 75 (za każdy rok oddzielnie).

GAZETA LEKARSKA,

PISMO TYGODNIOWE,

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej,

wychodzi w r. 1901, a 36-ym od założenia Gazety,

według tegoż samego programu, co i dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty:

w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3 kop. 50,
z przesyłką pocztową i zagranicą rocz. rub. 8, półr. rub. 4
Redaktor odpowiadz.: Dr. Wł. Gajkiewicz (*Marszałkow. 115*).

Wydawca Dr. J. Pruszyński (*Hoża Nr. 50*).

GAZETA BOTKINA

wychodzi raz na tydzień w objętości 2 $\frac{1}{2}$ —3 arkuszy

pod redakcją

prof. M. M. Wołkowa i prof. Dr. N. J. Ketezera.

ROK 12.

Od roku 1897 powiększyliśmy objętość i rozszerzyliśmy program gazety, tak że stoi ona na wysokości zagranicznych wydawnictw lekarskich. Od roku 1901 wprowadzamy nowy dział. „Sprawy szpitalne i społeczno - higieniczne w Rosyi i zagranicą“. W kronice umieszczać będziemy bieżące fakty z życia lekarskiego w Rosyi i zagranicą. Gazeta więc w roku 1901 zawierać będzie następujące działy: 1) Artykuły oryginalne dotyczące się wszystkich gałęzi medycyny i pokrewnych jej nauk; 2) Sprawy szpitalne i społeczno-higieniczne; 3) Referaty i przeglądy prac rosyjskich i zagranicznych; 4) Korespondencye; 5) Sprawozdania z posiedzeń szpitalnych, Towarzystw lekarskich, Zjazdów, z rozpraw Akademii Wojennej lekarskiej i wydziałów lekarskich w Rosyi. Gazeta drukuje oficjalne protokoły posiedzeń Towarzystwa lekarzy rosyjskich i Towarzystwa lekarzy chorób dziecięcych w Petersburgu. 6) Krytyka i bibliografia; 7) Przegląd spraw bieżących.

PRENUMERATA WYNOŚI:

Na rok z przesyłką 8 rb.

„ 1/2 roku „ 4 rb. 50 kop.

Prenumeratę nadsyłać należy do księgarni N. Feny i C^o (Petersburg, Newski prospekt 90).

Od d. 1 Listopada 1897 r. wychodzi w Warszawie

„PRZEGLĄD FILOZOFICZNY“

piśmo, mając na celu:

- 1) Dać ogółowi inteligentnemu poważną lekturę oraz zawiadomić go o ruchu filozoficzno-naukowym w kraju i zagranicą.
- 2) Zachęcić młode siły do badań filozoficzno-naukowych.
- 3) Zachęcić specjalistów do uwzględnienia zasadniczych teoretycznych podstaw z ich specjalności.
- 4) Przyczynić się do skupienia sił naukowych.

Treść pisma stanowić będą:

Artykuły oryginalne z psychologii, teorii poznania, logiki, metodologii, etyki, estetyki, socjologii, historii filozofii, oraz ze wszystkich nauk specjalnych, o ile w nich będzie się ujawniał pierwiastek filozoficzny.

Jednym z głównych zadań „Przeglądu Filozoficznego“ jest roztrząsanie kwestyi, wywołanych życiem praktycznym, o ile te kwestye znajdują się w ściślejszym związku z zagadnieniami filozofii.

Dział sprawozdawczy będzie obejmował cały ruch filozoficzno-naukowy z wyżej wymienionych dziedzin umysłowości ludzkiej i zawierał, Krytykę, Sprawozdania rzeczowe, Przegląd czasopism, Wiadomości bieżące, Notatki filozoficzne, Bibliografię.

Do najbliższych numerów złożyli już swoje prace następujący autorowie:

Edward Abramowski. Karol Appel. Dr. Władysław Biegański. Prof. D-r Piotr Chmielowski. Samuel Dickstein. Prof. D-r Ludwik Gumpłowicz. Napoleon Hirszbard. Zygmunt Heryng. Władysław M. Kozłowski. Adam Mahrburg. D-r Leon Marchlewski. D-r Maryan Massonius. D-r Julian Ochorowicz. Józef K. Potocki. Zenon Przesmycki. D-r Rafał Radziwiłłowicz. Prof. D-r Ludwik Stein. Prof. D-r Kazimierz Twardowski. Feliks Wermiński. Władysław Weryho.

Nadto przyrzekli już swoje współpracownictwo: Prof. D-r Jan Baudouin de Courtenay. Jan Władysław Dawid. D-r Konstanty Górski. Władysław Gosiewski. D-r Władysław Heinrich. Prof. D-r Henryk Hoyer. D-r Bolesław Epstein. D-r Maksymilian Flaum. D-r Jan Karłowicz. Stanisław Karpowicz. Prof. D-r Józef Kowalski. Tadeusz Korzon. Władysław Kozłowski (ze Lwowa). Stanisław Kramsztyk. Antoni Krasnowolski. Ludwik Krzywicki. Floryan Łagowski. Jan Lorentowicz. Prof. D-r Władysław Natanson. Prof. D-r Teodor Masaryk. D-r Władysław Olechnowicz. D-r Władysław Ołtuszewski. Salomon Posner. Ludwik Przysiecki. Prof. D-r Henryk Struve. D-r Aleksander Świętochowski. D-r Antoni Złotnicki.

„Przegląd filozoficzny“ wychodzi co kwartał obejmując od 8 do 10 arkuszy druku.

WARUNKI PRENUMERATY:

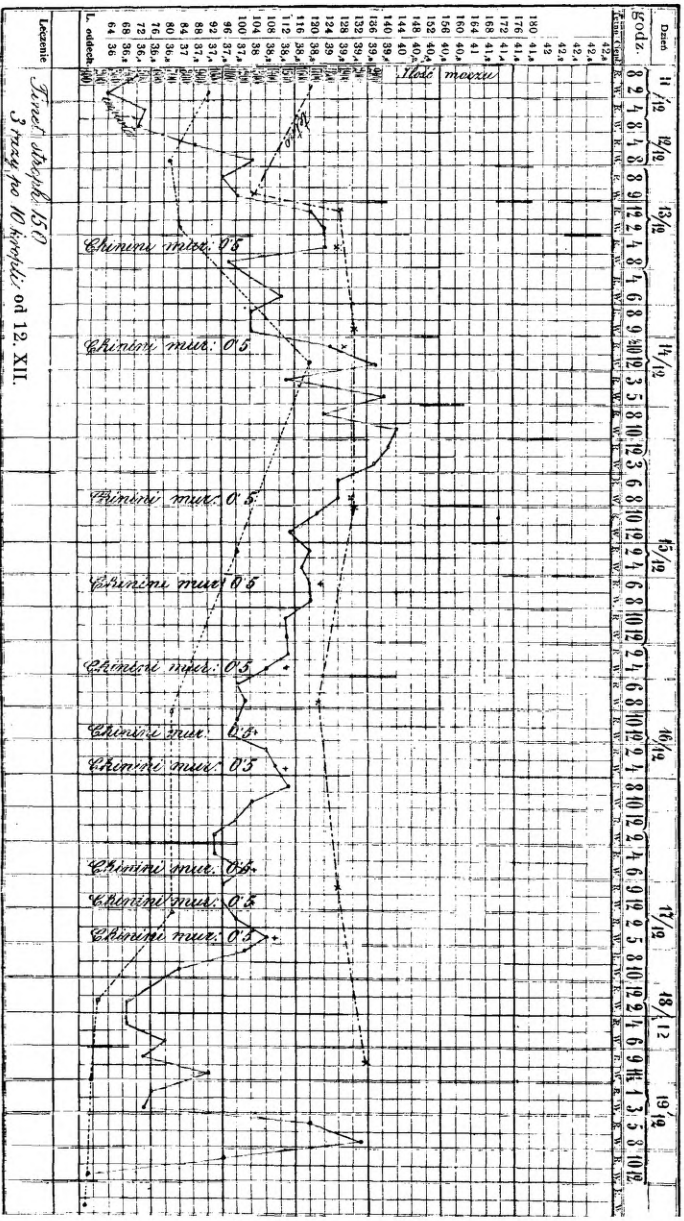
W Warszawie: rocznie	rs. 4
półrocznie	2
Z przesyłką pocztową: rocznie	5
półrocznie	2 kop. 50.

Prenumeratory roczni otrzymają, jako dodatek bezpłatny, dwa odczyty Emila du Bois Reymond'a p. t.: „O granicach poznania natury“ i „Siedem zagadek wszechświatowych“, w tłumaczeniu i ze wstępem d-ra Marjana Massoniusa.

REDAKTOR I WYDAWCA
D-r Władysław Weryh^o
Warszawa, Krucza 46.

Surzycki. Ośrodkach nasercowych.
TABLICA A.

R. K. Aneurysma aortae. Pneum. group. [do str. 627].



Temperatura: — Temperatura — Ilość mocz —

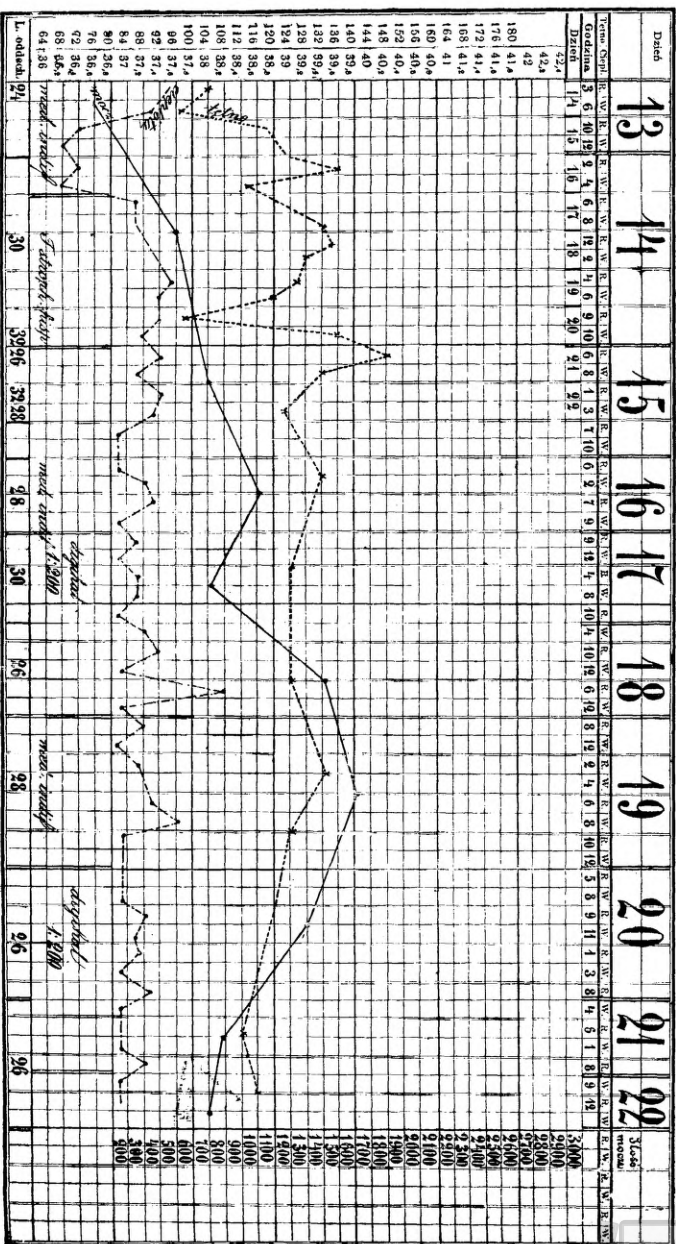
Temperatura 15.0
3 razy po 10 minut od 12. XII.

† dn. 19. XII. 4 rano.

Surzycki. O środkach nasercowych.

TABLICA B. [do str. 635].

B. E. *Pericarditis esuvulata traumatica in gravida c. metrorrhagia.*



Data	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Tem. Śred.	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
Guadana	40	39	41	40	39	41	40	39	41	40
Diastol.	17	15	16	17	18	19	20	21	22	23

42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
175	175	175	175	175	175	175	175	175	175	175
168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168
164	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
156	156	156	156	156	156	156	156	156	156	156
152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152
148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
144	144	144	144	144	144	144	144	144	144	144
140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
136	136	136	136	136	136	136	136	136	136	136
132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132
128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128
124	124	124	124	124	124	124	124	124	124	124
120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
116	116	116	116	116	116	116	116	116	116	116
112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112
108	108	108	108	108	108	108	108	108	108	108
104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64