

PAMIĘTNIK  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO  
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCYĄ

**Stanisława Kamińskiego,**

Ordyn. Szp. Dzieciątka Jezus.

ROK 1902

Ogólnego zbioru Tom XCVIII.

---

Pamiętnik wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących najmniej 10 ark. druku z drzeworytami i tablicami.

Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów zarówno w Warszawie jak i na prowincyi, z odnośzeniem i przesyłką wynosi rocznie rb. 3.

Prenumerować można w Kancelaryi Towarzystwa, Niecała 7, we wszystkich redakcyach pism lekarskich warszawskich oraz we wszystkich księgarniach.

WARSZAWA.

DRUK J. KOWALEWSKIEGO, MAZOWIECKA 8.

—  
1902

Biblioteka Główna  
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

**Дозволено Цензурою,  
Варшава, 2 Января 1903 г.**

# SPIS RZECZY

zawartych w tomie 98 „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ za rok 1902.

## Część literacka:

1. **Giedroyc Fr.** Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce . . . 73, 262, 520
2. **Kijowski Fr.** O wycinaniu płuc . . . 35, 233, 465, 681
3. **Landau A.** Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych . . . . . 411; 625
4. **Marischler Jul.** O wpływie chlorku sodowego na wydzielanie chorych nerek . . . . . 1
5. **Surzycki Dr.** O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń . . . . . 103, 295, 499
6. **Szleifstein Jul.** Ankylostomiasis et ankylostomum duodenale. (Tęgoryjec dwunastnicy). . . . . 201, 443, 718  
Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1901 [w seszycie II]. . . . . 1—391

## Część urzędowa:

Rocznik Zarządu Tow. Lekarskiego Warszawskiego . . .	315
Protokoły posiedzeń od 9 Stycznia do 4 Marca 1902 r. .	131
„ „ od 4 Marca do 29 Kwietnia 1902 r. .	379
„ „ od 29 Kwietnia do 16 Września 1902 r. .	551
„ „ od 16 Września do 30 Grudnia 1908' r. .	769

Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH PROF. D-ra A. GLUZIŃSKIEGO WE LWOWIE.

---

## O WPŁYWIE CHLORKU SODOWEGO NA WYDZIELANIE CHORYCH NEREK.

JULES MARISCHLER. De l'action du chlorure de sodium sur la sécrétion des reins malades.

podał

**D-r Juljusz Marischler** [asystent kliniki].

---

Pracę tę podjęto w tym celu, aby z jednej strony zastanowić się nad sprawą t. zw. przepuszczalności nerek przy ich zapaleniu, z drugiej strony, by zbadać wpływ chlorku sodowego na czynność chorej nerki.

Licznymi doświadczeniami nad przemianą materii i badaniami doświadczalnemi stwierdzono, że chora nerka jest skłonna do zatrzymywania wszystkich składników moczu, z tem jednak zastrzeżeniem, że to zatrzymywanie w pewnych postaciach zapalenia nerek dotyczy więcej wody, w innych odnosi się do stałych składników. Pokazało się wkrótce, że w zwykłym zapaleniu miąższowem nerek o zupełnej nieprzepuszczalności — naturalnie z wyjątkiem przypadków bezmoczu (*anuria*) mowy niema, gdyż poszcze-

Pam. Tow. Lek. T. 98. Z. I.

1

gólne składniki wydzielać się mogą prawidłowo mimo wybitnego zapalenia nerek.

Dowodem tego doświadczenia ACHARD'a, CASTAIGNE'a <sup>1)</sup>, DREYFUS'a <sup>2)</sup>, BARD'a <sup>3)</sup>, MARROJAMIS'a, VIDAL'a <sup>4)</sup>, CZYCHLARZ'a i DOŃATH'a <sup>5)</sup>, Fr. MUELLER'a <sup>6)</sup> i innych nad przechodzeniem błękitu metylowego przez chorą nerkę.

Nie posiadamy również pewnych danych co do wydzielanych zwykle z moczem soli. Chlorki, fosforany, sole ammonowe znajdowano już to w ilości zmniejszonej, już to bardzo często także w prawidłowej, a nawet w zwiększonej, szczególnie przy mięszszowych formach zapalenia nerek [FLEISCHER, <sup>7)</sup>, BARTELS <sup>8)</sup>, NOORDEN i RITTER <sup>9)</sup>, PRIOR <sup>10)</sup>, BOHME <sup>11)</sup>, HOFFMAN <sup>12)</sup>].

Co się tyczy chlorku sodowego, to według badania LIMBECK'a <sup>13)</sup> i DRESSER'a <sup>14)</sup> chlorek sodu wprowadzony do ustroju działa na zdrowe nerki silnie moczopędnie, wywierając swój wpływ wprost na aparat wydzielający wodę w nerce [DRESSER].

Gdy więc w danym przypadku stwierdzimy, że w zapaleniu nerek NaCl nie wydziela się w odpowiedniej ilości, to musimy się zapytać, czy źródło tego leży w nieprzepuszczalności samej nerki, czy też przyczyna tego zatrzymania nie leży w równoczesnem zatrzymaniu wody w ustroju

<sup>1)</sup> Gaz. des hopitaux 1898 W. 66. und Gaz. hebdomad 1897.

<sup>2)</sup> Lyon méd. 1898.

<sup>3)</sup> Gaz. hebdomad. 1897 W. 42.

<sup>4)</sup> Semaine med. 1900 W. 5.

<sup>5)</sup> Wien. klin. Woch. 1899 W. 24.

<sup>6)</sup> Deutsches Archiv f. klin. med. B LXIII.

<sup>7)</sup> Arch. f. klin. Med. XXIX!

<sup>8)</sup> Handbuch d. Nieren krankheiten.

<sup>9)</sup> Zeitschrift f. klin. Med. XIX.

<sup>10)</sup> Zeitschrift f. klin. Med. XVIII.

<sup>11)</sup> Fortschritte d. Med. 15. 1897.

<sup>12)</sup> Deutsch. Arch. f. klin. Med. LXI. 1898.

<sup>13)</sup> Arch. f. experiment Pathol. B, XXV.

<sup>14)</sup> Arch. f. experiment Pathol. B. XXIX 1892.

z jakichś innych przyczyn. Chcąc związek ten nieco bliżej wyjaśnić przeprowadziłem w siedmiu przypadkach zapalenia nerek badanie przemiany materii, przyczem oznaczałem ilościowo N, Cl, P, Ca.

Obok tych składników oznaczałem i  $\text{NH}_3$  w moczu. Metody były używane zwyczajne. Każde doświadczenie podzieliłem na 3 równe okresy po trzy dni. W pierwszym starałem się doprowadzić chorego do równowagi azotowej. W drugim podawano choremu obok tej samej ilości pokarmu 6 gr. NaCl pro die w proszku z wodą albo bez niej, albo rozpuszczone w 1 litrze wody przekroplonej. Trzeci okres służył do kontroli możliwych następstw.

### PRZYPADEK I.

R o z p o z n a n i e: *Nephritis chronica interstitialis subs., hypertrophia cordis sinistri. Tumor lienis et hepatis malaricus.*

J. B. Portyer, 41 lat przyjęty do kliniki 27 Kwietnia 1899 r. Dziedziczości nie można było wykazać w żadnym kierunku. W 5 roku życia przebył chory—jak podaje—zapalenie płuc, w 10 roku życia tyfus brzuszny, w 14 roku życia zirańnię. W 20 roku życia przebył rzeżączkę cewki moczowej bez powikłań. Chory jest żonaty, ma 4 zdrowych dzieci, żona nie ronila nigdy. Przyznaje się do używania napoi wyskokowych. Obecna choroba zaczęła się od początku roku 1898. Chory skarżył się wówczas na odbijania kwaśne i pił wielką ilość wody z powodu męczącego pragnienia. Równocześnie spostrzegł zwiększanie się dziennej ilości moczu. W ostatnich czasach skarżył się na bóle głowy i wymioty. Apetyt mierny, oddawanie stolca regularne.

*Status praesens:* Budowa i odżywianie mierne. Badanie płuc wykazuje małego stopnia rozedmę płuc i nieznaczny niezbyt oskrzeli w dolnych tylnych częściach. Uderzenie końca serca w VI przestworze międzyżebrowym, drugi ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Tętno sprychowe do brzo napięte, 80, tętnice skroniowe prawidłowe. Wątroba

daje się wymacać 2 palce poniżej łuku żebrowego, miękka, śledziona powiększona 2 palce poniżej łuku żebrowego namacalna. Ciężota ciała 36.2, oddech 16. Ilość dobowa moczu wynosiła niespełna 2000 ctm. sz., białka 1‰. W osadzie skąpa ilość wałeczków szklistych i ziarnistych.

W celu przeprowadzenia badania przemiany materji podawano choremu ściśle wazone pożywienie składające się z 1300 ctm. sz. mleka, 700 grm. kaszki na mleku, 150 grm. chleba białego, 6 jaj i 3 grm. soli.

Wprowadzaną wodę kontrolowano ściśle; w tym jednak przypadku pozwolonem było choremu pić dowolnie.

TABLICA I.

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie	Uwagi
			Ilość	%	pro die			
I. Okres	N 16,784	2200	2450	0,434	10,546	Ciężar 1100 g., pro die N 2,346, Cl. 0,173 P 0,923, Ca 1,733.	+3,892	
	Cl 8,777			0,198	4,83		+3,774	
	P 3,176			0,0292	0,709		+1,544	
	Ca 3,565			0,0032	0,077		+1,715	
	NH <sub>3</sub>			0,0038	0,093			
	N 16,784	400	2230	0,483	10,77		+3,668	
	Cl 7,314			0,216	4,827		+2,314	
	P 3,176			0,0402	0,896		+1,357	
	Ca 3,398			0,0052	0,116		+1,509	
	NH <sub>3</sub>			0,0024	0,054			
	N 16,784	800	1540	0,511	7,869		+6,569	
	Cl 7,176			0,209	3,225		+3,775	
	P 3,176			0,042	0,645		+1,605	
	Ca 3,379			0,0055	0,084		+1,522	
	NH <sub>3</sub>			0,0038	0,0502			

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie	Uwagi
			Ilość	%	pro die			
Okres II	N 16,584	1200	2320	0,497	11,53	Ciężar 0,827 Cl 0,651, P 0,827	+ 0,365	Wymioty Cl 0,561
	Cl 11,703			0,204	4,74		+ 5,751	
	P 3,176			0,043	1,001		+ 1,348	
	Ca 3,379			0,0045	0,106		+ 0,49	
	NH <sub>3</sub>			0,0038	0,089			
	+ 3,636 Cl							
	N 16,784	2000	2490	0,458	11,416	Ciężar N 4,889, Cl 2,836 Ca 2,836	+ 0,479	
	Cl 11,664			0,235	5,866		+ 5,147	
	P 3,176			0,0409	1,02		+ 1,329	
	Ca 3,538			0,0043	0,107		+ 0,595	
	NH <sub>3</sub>			0,0021	0,052			
	+ 3,636 Cl							
N 9,661	800	2120	0,479	10,165	Ciężar 2670 g., pro die N 4,889, Cl 2,836 Ca 2,836	- 5,393		
Cl 7,475			0,266	5,644		+ 1,18		
P 1,987			0,031	0,656		+ 0,504		
Ca 2,335			0,0043	0,091		- 0,592		
NH <sub>3</sub>			0,0024	0,051				
+ 3,636 Cl								
Okres III	N 12,874	1000	1820	0,497	9,045	Ciężar 1734 g., pro die N 3,692, Cl 0,72 P 0,906, Ca 3,086	+ 2,137	
	Cl 6,084			0,241	4,393		+ 1,416	
	P 2,632			0,033	0,611		+ 1,115	
	Ca 3,074			0,0042	0,076		- 0,088	
	NH <sub>3</sub>			0,0042	0,076			
	N 15,352	1400	1700	0,444	7,556	Ciężar 1734 g., pro die N 3,692, Cl 0,72 P 0,906, Ca 3,086	+ 4,104	
	Cl 6,684			0,2201	2,742		+ 3,667	
	P 2,904			0,033	0,57		+ 1,450	
	Ca 3,353			0,0048	0,081		+ 0,186	
	NH <sub>3</sub>			0,0042	0,071			
	N 15,352	1200	2130	0,451	9,616	Ciężar 1734 g., pro die N 3,692, Cl 0,72 P 0,906, Ca 3,086	+ 2,044	
	Cl 6,542			0,216	4,612		+ 1,655	
P 2,906	0,031			0,668	+ 1,332			
Ca 3,327	0,0039			0,083	+ 0,158			
NH <sub>3</sub>	0,0031			0,067				



		N	Cl	P	Ca	NH <sub>3</sub>	
I okres	Mocz	Procent	0,4	0,2	0,037	0,004	0,003
		pro die	9,7	4,2	0,7	0,08	0,06
		moczu	100 : 40	: 6	: 0,7	: 0,6	
Sto- sunek	stolca	ogólnego	100 : 7	: 40	: 70		
		wydziel.	100 : 30	: 13	: 15		
II Okres	Mocz	Procent	0,4	0,2	0,03	0,004	0,003
		pro die	11	5,3	0,8	0,1	0,06
		moczu	100 : 48	: 7	: 0,9	: 0,5	
Sto- sunek	stolca	ogólnego	100 : 12	: 16	: 58		
		wydziel.	100 : 37	: 10	: 18		
III Okres	Mocz	Procent	0,4	0,2	0,03	0,004	0,003
		pro die	8,7	3,9	0,06	0,08	0,07
		moczu	100 : 40	: 6	: 0,9	: 0,8	
Sto- sunek	stolca	ogólnego	100 : 7	: 24	: 83		
		wydziel.	100 : 33	: 12	: 25		

Przemiana wody przeciętnie pro die.

		Diureza	H <sub>2</sub> O w stolcu	Wynik
I	2957	2066	300	+591
II	3000	2310	712	-22
III	2922	1883	456	+683

Wprowadzony w drugim okresie doświadczenia NaCl podziałał u tego chorego drażniaco na żołądek. Po przyjęciu trzeciego proszku 1 gramowego soli kuchennej w drugim dniu II-go okresu wystąpiły, mimo przestrogi aby proszku nie brać na pusty żołądek, nudności i wymioty. Cl oznaczony w wymiotach wynosił 0,56 grm., co uwzględniono w bilansie. Na drugi dzień chory czuł się nieco osłabiony przyjął 1300 ctm. sz. mleka i tylko 350 grm. kaszki, nie chciał jednak spożyć jaj. Ten brak apetytu trwał choć w mniejszym stopniu przez cały trzeci okres, gdzie chory spożył w pierwszym dniu 2 jaja, w drugim

i trzecim 4 jaja, każde z 1 gr. soli. Mleko wypijał jak zawsze 1300 grm. Tyle do wyjaśnienia wahań w składzie pożywienia. Rozpatrując tablicę wyżej podaną widzimy, że drugi okres podawania  $\text{H}\text{a}\text{Cl}$  odznacza się w tym przypadku zwiększeniem się wydzielania wody, w mniejszej ilości przez nerki a w większej przez przewód pokarmowy. Skład % mocz u pozostał bez zmian. Bezwzględne wydzielanie się  $\text{N}$ ,  $\text{Cl}$ ,  $\text{P}$ ,  $\text{Ca}$  przez nerki powiększyło się, a przy zmniejszonym doprowadzaniu  $\text{NaCl}$  w III-im okresie znowu się zmniejszyło.

## PRZYPADEK II.

R o z p o z n a n i e: *Nephritis chronica parenchymatosa in individuo cum endocarditide chronica sub forma insuffitientiae valvulae mitralis, subs. hypertrophia cordis totius.*

M. T. rzeźnik 47 lat, przyjęty na klinikę 23 Kwietnia 1899 r.

Przed 15 laty lewostronne zapalenie płuc. W jesieni r. 1896 skarżył się na napady zawrotu głowy, zresztą nie było ani bólu głowy ani bicia serca; zmiany w ilości moczu nie zauważył. Obecnie skarży się na upadek sił.

*Status praesens:* Mężczyzna słuszny miernie zbudowany i odżywiany. Widzialne błony śluzowe sinawo zabarwione. Klatka piersiowa długa, lewa strona mniej ruchoma, dołek nadobojczykowy lewy zapadnięty. W lewym szczyście płuc lekkie przytłumienie jak również w dolnych częściach tylnych klatki piersiowej. Wszędzie szmery oddechowe zaostrome z suchymi rżęczeniami. Plwocina skąpa. Stłumienie serca sięga na lewo na 2 palce po za linię sutkową, na prawo do linii mostkowej prawej. Uderzenie wierzchołka serca w 5 przestworze międzyżebrowym. Przy osłuchiowaniu szmer dmuchający u wierzchołka serca. Drugi ton tętnicy płucnej i głównej zaakcentowany. Tętno sprychowe napięte regularne 96. Wątroba 3 ctm. poniżej łuku żebrowego, dająca się wymacać nieco twardsza niebolesna. Na kończynach dolnych lekki obrzęk, palce nóg nieco sine. Ilość moczu do 1300 ctm. sz., mocz jest barwy winno żółtej,

C. wł. 1018 z 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub> białka. W osadzie liczne wałeczki szkliste i ziarniste. Wziernikiem wykazać się daje *Retinitis albuminurica*. Pożywienie w I i II okresie: 1000 grm., mleka, 200 gr. chleba białego, 6 jaj, 3 grm. soli kuchennej. W III okresie 1500 grm. mleka, 350 grm. chleba białego, 4 jaja, 2 grm. soli. Jeżeli chory czegoś z tej diety nie zjadł, ważono dokładnie, dlatego otrzymaliśmy małe wahania w codzielną kontrolowaną ilość pożywienia. Jak w przypadku I tak i w tym wystąpiły w pierwszym dniu podawania na Cl wymioty w ilości 482 grm. z 1·96 N, 0·25 Ph i 0·176 Ca, co uwzględniono w bilansie.

TABLICA II.

Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie	Uwagi
		Ilość	%	pro die			
N 13,022	800	1270	0,72	9,779	Ciężar 581 g., pro die N 2,357, Cl 0,075, Pa 1,042, Ca 1,543.	+0,886	
Cl 4,661			0,514	6,54		-1,954	
P 2,139			0,0589	0,748		+0,349	
Ca 1,503			0,0132	0,168		-0,208	
NH <sub>3</sub>			0,0168	0,213			
N 12,477	600	1190	0,941	11,204		-1,084	
Cl 4,386			0,376	4,477	-0,166		
P 2,086			0,0436	0,519	+0,525		
Ca 1,44			0,0129	0,153	-0,256		
NH <sub>3</sub>			0,019	0,237			
N 13,526	600	1340	0,885	11,8657		-0,6967	
Cl 4,636			0,348	4,6186	-0,0576		
P 2,246			0,078	1,045	-0,159		
Ca 1,580			0,0108	0,144	-0,107		
NH <sub>3</sub>			0,016	0,2204			

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie	Uwagi
			Ilość	%	pro die			
II Okres.	N 13,022 Cl 8,581 P 2,139 Ca 1,556 NH <sub>3</sub> + 3,636 Cl	1200	1320	0,84 0,284 0,048 0,0061 0,0203	11,088 3,749 0,633 0,805 0,267	Ciężar 0,86, Cl 0,068, P 0,86, N 1,636, Ca 1372 pro die N 3,4, Ca 1372	-1,662	Wymioty N 1,96 Cl 0,67 P 0,25 Ca 0,17
	N 11,183 Cl 7,893 P 1,927 Ca 1,507 NH <sub>3</sub> + 3,636 Cl	1300	1140	0,948 0,34 0,055 0,0111 0,0203	10,813 3,884 0,627 0,127 0,231		-1,266 +3,941 +0,44 +0,008	
	N 13,022 Cl 8,510 P 2,139 Ca 1,543 NH <sub>3</sub> + 3,636 Cl	1100	1239	0,955 0,372 0,058 0,0129 0,017	11,752 4,584 0,713 0,159 0,215		-0,366 +3,868 +0,566 +0,012	
	N 15,832 Cl 5,138 P 2,470 Ca 2,127 NH <sub>3</sub>	1000	1230	0,962 0,298 0,0576 0,012 0,0238	11,838 3,667 0,708 0,147 0,292		+0,594 +1,5207 -0,034 -0,808	
	N 15,832 Cl 4,854 P 2,472 Ca 2,073 NH <sub>3</sub>	600	1450	0,917 0,223 0,0502 0,0084 0,018	13,296 3,242 0,728 0,122 0,268		+0,864 -1,5617 -0,054 -0,837	
	N 15,832 Cl 4,712 P 2,470 Ca 2,047 NH <sub>3</sub>	400	1670	0,903 0,237 0,051 0,0086 0,0126	15,08 3,972 0,852 0,144 0,2104		-2,648 +0,6897 -0,178 -0,885	

		N	Cl	P	Ca	NH <sub>3</sub>	
I Okres	Mocz	Procent	0,8	0,37	0,05	0,01	0,017
		pro die	10,9	5,01	0,7	0,15	0,22
	Sto- sunek	stolca ogólne	100 : 40	: 6	: 1	: 2	
		wydziel.	100 : 38	: 12	: 12		
II Okres	Mocz	Procent	0,9	0,33	0,05	0,01	0,02
		pro die	11,1	4	0,6	0,1	0,2
	Sto- sunek	stolca ogólnego	100 : 36	: 5	: 0,9	: 1,8	
		wydziel.	100 : 30	: 11	: 11		
III Okres	Mocz	Procent	0,9	0,24	0,05	0,008	0,017
		pro die	13,3	3,6	0,7	0,1	0,2
	Sto- sunek	stolca ogólnego	100 : 27	: 5	: 0,7	: 1,5	
		wydziel.	100 : 21	: 15	: 16		

Przemiana wody przeciętnie pro die.

		Diureza	H <sub>2</sub> O w stolca	Wynik
I	1824	1266	152	+ 406
II	2364	1230	96	+ 1038
III	2316	1450	184	+ 682

Podanie zatem w tym przypadku 6 gr. NaCl pro die obok poprzedniej diety spowodowało odwrotnie jak w I-ym przypadku zmniejszenie się wydzielania składników oznaczanych w moczu jak i w kale. W II okresie nie mamy mimo zwiększania się dziennego dowozu płynów o 540 ctm. sz. wody—powiększenia się ilości moczu na dobę, dopiero w III-cim okresie w którym ilość pożywienia powiększono o 500 ctm. sz. podniosła się ilość dzienna moczu przeciętnie o 184 ctm. sz. pro die w porównaniu z I okresem.

### PRZYPADEK III.

R o z p o z n a n i e. *Nephritis chronica parenchymatosa, sclerosis renum secundaria incipiens subs. hypertrophia cordis sinistri minoris gradus.*

T. P. służący 40 lat, przyjęty 25 listopada 1899 r. Chory, podaje, że jego cierpienie nerkowe datuje się od 10 lat—w którym to czasie miał przebyć czerwonkę. Wtedy nie miał obrzęków i powiada, że nie zauważył zmiany w ilości i zabarwieniu wydzielanego moczu. Skarżył się tylko na bóle krzyża i głowy. Po 5 miesiącach czuł się chory o tyle lepiej, że mógł się oddawać swojej pracy. W Sierpniu 1899 r. nastąpiło pogorszenie jego stanu. Bóle krzyża i głowy zwiększyły się, wystąpił ogólny obrzęk, który po 4 tygodniach ustąpił. Obecnie skarży się chory na bóle głowy i ogólne osłabienie.

*Status praesens:* Mężczyzna miernie odżywiony; tkanka mięśniowa dobrze rozwinięta. Badanie płuc wykazuje suchy nieżyt oskrzeli miernego stopnia. Uderzenie wierzchołka serca w V przestworze międzyżebrowym na linii sutkowej. Tony serca czyste, II ton nad tętnicą główną nieco silniejszy. Tętno sprychowe dobrze napięte 78. Wątroba prawidłowa, śledziona powiększona, dająca się wymacać, dość twarda, kończyny dolne nie okazują obrzęku. Ciepłota ciała prawidłowa 36,2. Ilość moczu 1200 ctm. sz., mocz barwy jasno-żółtej. Ciężaru gatunkowego 1018 z 0,5‰ białka. W osadzie dość liczne ciałka białe i wałeczki ziarniste. Pożywienie składało się z 1100 ctm. sz. mleka, 300 grm. chleba białego, 3 jaj, 360 grm. kaszki na mleku—w I i III okresie dostawał chory 800 ctm. sz., w II 1200 ctm. sz. wody.

TABLICA III.

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie
			Ilość	%	pro die		
I Okres	N 13,784	800	1170	0,805	9,418	Ciężar 477 g., pro die N 1,721, Cl —, P 0,618, Ca 1,669	+2,645
	Cl 5,415			0,312	3,655		+1,760
	P 2,368			0,058	0,684		+1,066
	Ca 2,513			0,0042	0,049		+0,795
	NH <sub>3</sub>			0,0045	0,0532		
	N 14,661	800	1790	0,7875	14,098		-1,158
	Cl 5,488			0,275	4,924		+0,568
	P 2,469			0,069	1,2426		+0,6084
	Ca 2,543			0,0033	0,059		+0,815
	NH <sub>3</sub>			0,0115	0,206		
	N 14,661	800	1550	0,815	12,64		+0,3
	Cl 5,488			0,2769	4,292		+1,196
	P 2,469			0,069	1,082		+0,769
	Ca 2,543			0,0037	0,057		+0,817
	NH <sub>3</sub>			0,0227	0,352		
II Okres	N 14,661	1200	1650	0,815	13,455	Ciężar 8259 g., pro die N 1,946, Cl 0,226 P 0,909, Ca 2,887	-1,26
	Cl 9,238			0,379	6,257		+2,755
	P 2,469			0,078	1,296		+0,264
	Ca 2,645			0,6055	0,0907		-0,3327
	NH <sub>3</sub>			0,014	0,231		
	N 14,661	1200	2150	0,6615	14,222		-1,507
	Cl 9,238			0,397	8,548		+0,464
	P 2,469			0,064	1,388		+0,172
	Ca 2,645			0,0051	0,109		-0,338
	NH <sub>3</sub>			0,0015	0,331		
	N 14,661	1200	2240	0,623	13,955		-1,24
	Cl 9,238			0,419	9,383		-0,371
	P 2,469			0,062	1,388		+0,172
	Ca 2,645			0,0043	0,096		-0,338
	NH <sub>3</sub>			0,018	0,415		

	Pożywienie	Woda do piecia	Mocz			Stolec	Zestawienie	
			Ilość	%	pro die			
III Okres	N 15,367	800	2110	0,623	13,145	Ciepłota 781 g., pro die N 1,848, Cl 0,258 P 0,745, Ca 2,488	+ 0,374	
	Cl 5,547			0,362			7,64	- 2,351
	P 2,551			0,059			1,252	+ 0,554
	Ca 2,566			0,0048			0,101	- 0,023
	NH <sub>3</sub>			0,0147			0,31	
	N 15,367	800	1610	0,7854	12,644		+ 0,875	
	Cl 5,547			0,394			6,344	- 1,055
	P 2,551			0,073			1,187	+ 0,610
	Ca 2,566			0,0061			0,097	- 0,019
	NH <sub>3</sub>			0,0098			0,157	
	N 15,367	800	1860	0,707	13,15		+ 0,369	
	Cl 5,547			0,28			5,216	+ 0,073
	P 2,551			0,067			1,26	+ 0,546
	Ca 2,566			0,0049			0,071	+ 0,006
	NH <sub>2</sub>			0,022			0,41	

		N	Cl	P	Ca	NH <sub>3</sub>	
I Okres	Mocz	Procent	0,8	0,28	0,06	0,003	0,012
		pro die	12	4,2	1	0,055	0,18
		moczu	100 : 35	: 8	: 0,4	: 1,5	
Sto- sunek	stolca	ogólnego	100 : —	: 35	: 94		
		wydziel.	100 : 30	: 11	: 12		
II Okres	Mocz	Procent	0,7	3,9	0,06	0,004	0,01
		pro die	13,8	8	1,01	0,09	0,32
		moczu	100 : 58	: 7	: 0,6	: 2,3	
Sto- sunek	stolca	ogólnego	100 : 10	: 47	: 147		
		wydziel.	100 : 52	: 12	: 18		
III okres	Mocz	Procent	0,7	0,34	0,06	0,005	0,015
		pro die	12,9	6,3	1,1	0,08	0,29
		moczu	100 : 48	: 8	: 0,6	: 2,2	
Sto- sunek	stolca	ogólnego	100 : 14	: 40	: 133		
		wydziel.	100 : 44	: 12	: 21		



## Przemiana wody przeciętnie pro die.

		Diureza	H <sub>2</sub> O w stolcu	Wynik
I	2250	1500	120	+630
II	2650	2010	216	+424
III	2250	1860	208	+182

W tym przypadku spowodowało podawane NaCl powiększenie się wydzielania wody tak przez nerki jako też i przez kiszki. Tak samo powiększyła się bezwzględna ilość wydzielanych wszystkich oznaczanych składników a Cl także procentowo.

## PRZYPADEK IV.

R o z p o z n a n i e: *Nephritis chronica parenchymatosa, anasarca, ascites hydrothorax.*

A. T. szewc 17 lat przyjęty 4 Stycznia 1900 r. Ojciec chorego umarł na chorobę choremu nieznaną. Matka i rodzeństwo żyją i są zdrowi. W 11 roku życia przebył szkarlatynę podczas której, jak podaje, miał twarz spuchniętą. Obecna choroba rozpoczęła się w Grudniu 1899 r., dreszczem, gorączką, bólem głowy, kluciem w lewej połowie klatki piersiowej i suchym kaszlem. Po kilku dniach spostrzegł on występowanie obrzęków najpierw na twarzy, potem na tułowiu i na kończynach dolnych. Choroba zmusiła go w połowie Grudnia do udania się do szpitala, skąd dnia 4 Stycznia przeniesiono go do kliniki.

*Status praesens:* Chory wzrostu małego, średnio odżywiany. Na twarzy i na dolnych kończynach wyraźny obrzęk. Badanie klatki piersiowej wykazuje w dolnych jej ujściach obustronne nagromadzenie płynu sięgającego na 2 palce poniżej dolnego kąta łopatki i ogólny nieżyt oskrzeli z suchymi rżeniami. Uderzenie końca serca niewidzialne, stłumienie sięga na lewo na 1 ctm. na wewnątrz linii sutkowej, na prawo do środka mostka. Przestrzeń TRAUBE'go daje wypuk lekko przytłumiony. Wysłuchiwanie

wierchołka serca wykazuje I-szy nieczysty ton, drugi jest czysty; nad tętnicą główną II-gi ton jest zaakcentowany. Tętno sprychowe regularne 80, dobrze napięte. Wątroba sięga 1 ctm. niżej łuku żebrowego, z trudnością wyczuć się daje. Śledziona nie powiększona W dolnych częściach brzucha da się wykazać wolny płyn. Ilość moczu wynosiła w czasie badania około 700 ctm. sz. Mocz barwy pomarańczowej kwaśny, C. g. 1019 z 0,5% białka. W osadzie wielka ilość ciałek czerwonych, ciałek wypocinowych i bardzo skąpa ilość wałeczków.

TABLICA IV.

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie
			Ilość	%	pro die		
I Okres	N 13,305	200	890	0,63	5,607	Ciężar 1,920 g., pro die N 1,896, Cl 0,462, P 0,841, Ca 1.14.	+5,802
	Cl 3,601			0,6745	6,003		-2,864
	P 2,050			0,068	0,613		+0,596
	Ca 1,722			0,032	0,028		+0,554
	NH <sub>3</sub>			0,0022	0,195		
	N 13,305	200	660	0,787	5,194		+6,215
	Cl 3,601			0,557	3,676		-0,537
	P 2,050			0,083	0,547		+0,662
	Ca 1,722			0,0028	0,0249		+0,5571
	NH <sub>3</sub>			0,021	0,138		
	N 14,397	200	520	1,26	6,552		+5,949
	Cl 4,415			0,546	2,839		+1,114
	P 2,322			0,137	0,712		+0,769
	Ca 2,168			0,0043	0,0223		+1,0057
	NH <sub>3</sub>						

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie	
			Ilość	%	pro die			
II Okres	N 13,397	1200	830	1,445	11,993	Ciężar 1000 g., pro die N 2,35, P 0,778, Ca 2,42	+0,169	
	Cl 8,051			0,5			4,154	+3,834
	P 2,322			0,088			0,73	+0,814
	Ca 2,168			0,0044			0,036	-0,288
	NH <sub>3</sub>			0,0308			0,255	
	+ 3,636 Cl							
	N 14,397	1200	1410	0,91	12,831			-0,669
	Cl 8,051			0,4624			6,519	+1,469
	P 2,322			0,075			1,064	+0,48
	Ca 2,168			0,0044			0,062	-0,314
	NH			0,022			0,315	
	+ 3,636 Cl							
N 14,397	1200	1450	0,868	12,586		-0,424		
Cl 8,051			0,422		6,119	+1,869		
P 2,322			0,0707		1,025	+0,519		
Ca 2,168			0,0034		0,049	-0,301		
NH <sub>3</sub>			0,0248		0,359			
+ 3,636 Cl								
III Okres	N 14,397	200	1220	1,053	12,846	Ciężar 840 g., pro die N 1,994, P 0,587, Ca 1,652	-0,423	
	Cl 4,415			0,452			5,514	-1,158
	P 2,322			0,083			1,0126	+0,7224
	Ca 2,168			0,0043			0,052	+0,464
	NH <sub>3</sub>			0,043			0,529	
	N 14,397	200	680	1,438	9,778			+2,625
	P 4,415			0,369			2,509	+1,847
	Cl 2,322			0,118			0,702	+1,033
	Ca 2,168			0,0038			0,0258	+0,4902
	NH <sub>3</sub>			0,0346			0,235	
	N 14,397	1000	700	1,1515	8,06			+4,343
	P 4,642			0,29			2,03	+2,553
Cl 2,322	0,088			0,616		+1,119		
Ca 2,372	0,0028			0,0196		+0,7004		
NH <sub>3</sub>	0,0318			0,222				

O wpływie chlorku sodowego na wydzielanie chorych nerek. 17

		H	Cl	P	Ca	NH <sub>3</sub>	
I Okres	Mocz	Procent	0,76	0,53	0,07	0,004	0,01
		pro die	10,5	8,6	0,98	0,07	0,17
	Sto- sunek	moczu	100	: 81	: 9	: 0,6	: 1,6
		ogólnego wydziel.	100	: 2,5	: 20	: 63	
II Okres	Mocz	Procent	1,5	0,58	0,12	0,009	0,02
		pro die	11,8	8,5	1,3	0,11	0,22
	Sto- sunek	moczu	100	: 55	: 11	: 0,9	: 1,8
		ogólnego wydziel.	100	: 5	: 25	: 85	
III Okres	Mocz	Procent	1,3	0,5	0,13	0,017	0,04
		pro die	12,4	4,7	1,08	0,14	0,3
	Sto- sunek	moczu	100	: 37	: 8	: 1,1	: 2,4
		ogólnego wydziel.	100	: 4	: 17	: 5,5	

Przemiana wody przeciętnie pro die.

		Diureza	HO <sub>2</sub> w stolcu	Wynik
I	1586	1566	264	-244
II	2319	1126	336	+857
III	1586	840	264	+482

Wprowadzenie 6 grm. NaCl pro die z 1000 ctm. sz., wody spowodował jedynie małe podniesienie się wydzielenia moczu na dobę. Bezwzględna ilość wydzielanych składników podniosła się. Procentowo wzmożła się ilość Cl i P zmniejszyła się. Stosunek N do Cl zmniejszył się także w II i III okresie na niekorzyść Cl w porównaniu do I okresu.

PRZYPADEK V.

R o z p o z n a n i e: *Néphritis chronica parenchymatosa, hydrops universalis.*

J. M. mularz lat 27, przyjęty 18 Stycznia 1900 roku. W lecie 1898 r. miał chory żółtaczkę trwającą dwa miesiące.  
Pam. Tow. Lek. T. 98, Z. I.

ce. Obecna choroba rozpoczęła się w Styczniu roku zeszłego gorączką, bólami głowy i krzyża. Drugiego już dnia choroby spostrzegł chory, wystąpienie obrzęku na twarzy na brzuchu i na kończynach dolnych.

*Status praesens:* Chory dość dobrze zbudowany i odżywiany o barwie skóry nieco bladej. Badanie płuc wykazuje suchy nieżyt oskrzeli miernego stopnia. Granice serca prawidłowe, II ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Wątroba prawidłowej wielkości, śledziona nie daje się wymacać. W dolnych częściach brzucha da się wykazać nieco wolnego płynu. Na kończynach dolnych w granicy kostek nieznaczny obrzęk. Mocz jest barwy winno-żółtej, kwaśny, C. wł. 1016, w ilości około 1500 ctm. sz. na dobę, z 1‰ białka. Osad w ilości skąpej zawiera wałeczki szkliste i ziarniste, leukocyty i komórki nabłonkowe kanalików nerkowych.

Pożywienie składało się z 1000 ctm. sz. mleka, 300 grm. kaszki na mleku, 4 jaj i 2 gr. soli. W II gim okresie dostawał chory 6 gr. NaCl w proszku i w pierwszym dniu tego okresu pozwolono mu wypić 800 ctm. sz., w następnych dniach tylko po 400 ctm. sz. wody sodowej.

TABLICA V.

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie
			Ilość	%	pro die		
I Okres	N 14,487	200	1830	0,483	8,838	Ciężar 1000 g., pro die N 1,852, Cl 0,045, P 0,368, Ca 1,15	+3 797
	Cl 5,062			0,6354	11,628		-6,611
	P 2,335			0,038	0,710		+1,257
	Ca 2,19			0,0045	0,082		+0,758
	NH <sub>3</sub>			0,0101	0,185		
	N 14,487	200	1840	0,532	9,728		+2,907
	Cl 5,062			0,514	9,47		-4,453
	P 2,335			0,053	0,975		+0,992
	Ca 2,19			0,0045	0,0828		+0,96
	NH <sub>3</sub>			0,0094	0,173		
	N 14,487	200	1030	1,273	13,112		-0,477
	Cl 5,062			0,475	4,892		-0,875
	P 2,332			0,123	1,266		-0,701
	Ca 1,19			0,0048	0,049		+0,991
	NH			0,016	0,164		

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie
			Ilość	%	pro die		
II Okres	N 14,487	1000	1160	0,932	10,811	Ciężar 1265 g., pro die N 2,069, Cl 0,102, P 0,513, Ca 1,741	+1,607
	Cl 8,924			0,373	4,326		+4,496
	P 2,335			0,1178	1,366		+0,456
	Ca 2,394	0,0073	0,084	+0,569			
	NH <sub>3</sub>	0,0106	0,238				
	+ 3,636 Cl						
	N 14,487	600	1120	1,088	12,185		+0,233
	Cl 8,811			0,692	7,75		+0,959
	P 2,335			0,131	1,467		+0,355
Ca 2,292	0,011	0,123	+0,428				
NH <sub>3</sub>	0,025	0,28					
+ 3,636 Cl							
N 14,487	600	1100	1,151	12,661	-0,243		
Cl 8,811			0,685	7,535	+1,174		
P 2,335			0,124	1,364	+0,458		
Ca 2,292	0,0145	0,159	+0,392				
NH <sub>3</sub>	0,0204	0,157					
+ 3,636 Cl							
III Okres	N 14,487	200	600	—	—	Ciężar 990 g., pro die N 2,077, Cl 0,091, P 0,346, Ca 1,171	+1,221
	Cl 5,062			0,625	3,75		+1,143
	P 2,335			0,141	0,846		+0,9182
	Ca 2,19	0,0168	0,1008				
	NH <sub>3</sub>	0,039	0,234				
	N 14,487	200	1100	1,228	13,508		-1,098
	Cl 5,062			0,549	6,009		-1,068
	P 2,335			0,113	1,240		+0,746
	Ca 2,19	0,0174	0,191	+0,828			
HN <sub>3</sub>	0,042	0,462					
N 14,487	200	820	1,393	11,422	+0,988		
Cl 5,062			0,525	3,305	+0,666		
P 2,335			0,143	1,172	+0,817		
Ca 2,13	0,185	0,152	+0,867				
NH <sub>3</sub>	0,042	0,344					

		N	Cl	P	Ca	NH <sub>3</sub>	
I Okres	Mocz	Procent	0,76	0,53	0,07	0,004	0,01
		pro die	10,5	8,6	0,98	0,07	0,17
		moczu	100	: 81	: 9	: 0,6	: 1,6
I Okres	Sto-	stolca	100	: 2,5	: 20	: 63	:
	sunek	ogólnego	100	: 70	: 10	: 10	
		wydziel.					
II Okres	Mocz	Procent	1,5	0,58	0,12	0,009	0,02
		pro die	11,8	6,5	1,3	0,11	0,22
		moczu	100	: 55	: 11	: 0,9	: 1,8
II Okres	Sto-	stolca	100	: 5	: 25	: 85	
	sunek	ogólnego	100	: 47	: 13	: 13	
		wydziel.					
III Okres	Mocz	Procent	1,3	0,5	0,13	0,017	0,04
		pro die	12,4	4,7	1,08	0,14	0,3
		moczu	100	: 38	: 8	: 1,1	: 2,4
III Okres	Sto-	stolca	100	: 4	: 17	: 5,5	
	sunek	ogólnego	100	: 32	: 10	: 9	
		wydziel.					

## Przemiana wody przeciętne pro die

		Diureza	N <sub>2</sub> O w stolcu	Wynik
I	1586	1566	264	-244
II	2310	1126	336	+857
III	1586	840	264	+482

Wprowadzenie 6 grm. NaCl spowodowało w tym przypadku podniesienie się tak procentowej jak bezwzględnej ilości oznaczonych składników. Ilość moczu na dobę zmniejszyła się w porównaniu z okresem pierwszym. Dość znaczna ilość wydzielanego na dobę moczu w pierwszych dwóch dniach I-go okresu, stoi w związku z ustępowaniem obrzęków. Zajmującym jest tu procentowe wydzielanie się N, który to składnik dopiero w 3-cim dniu tego okresu mimo zmniejszenia się ilości moczu wydzielił się więcej niż w podwójnej ilości.

## PRZYPADEK VI.

**R o z p o z n a n i e:** *Nephritis chronica parenchymatosa in individuo cum emphysemate pulmonum, bronchitide diffusa hydrops universalis.*

S. K. dozorca 41 lat, przyjęty 27 Lutego 1900 roku. W r. 1880 i 1882 przebył zapalenie płuc, kilka razy napady zimnicy, ostatni w r. 189J z typem czwartaczkowym.

Choroba obecna zacząć się miała w końcu Lutego zeszłego roku. Chory poczuł ogólne osłabienie i wkrótce potem zauważył opuchnięcie twarzy, dolnej części brzucha i kończyn dolnych. Żadnych zmian w ilości i zabarwieniu moczu nie zauważył. Chory kaszle od 2 lat i uskarża się na duszność szczególnie podczas ruchów.

*Status praesens:* Mężczyzna dobrze zbudowany i miernie odżywiany, o bladym zabarwieniu skóry. Badanie płuc wykazuje obustroną rozedmę, lewostronne zrosty opłucnowe i rozległy niezbyt oskrzeli z drobnobańkowymi wilgotnymi rżęczeniami, świstami i furczeniami. Słumienie serca prawidłowe, II-gi ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Tętno sprychowe dobrze napięte 64. Wątroba sięga na 3 palce niżej łuku żebrowego, daje się niekiedy wymacać miękka. Śledziony wymacać niepodobna. W dolnych częściach brzucha da się wykazać wolny płyn. Mocz w 1 dniu 1300 ctm. sz., jasno żółty, mętny, kwaśny z 4‰ białka. W osadzie znajdują się bardzo liczne wałeczki szkliste i ziarniste, leukocyty i komórki nabłonkowe kanalików moczowych. Ciepłota wahała się w czasie obserwacji między 36.3 a 38.0, co też zaznaczono dokładnie na tablicy.

Pożywienie składało się z 1000 ctm. sz. mleka, 400 grm. chleba białego, 4 jaj, 370 grm. kaszki na mleku 2 grm. soli. Badanie tu podzielono na 4 okresy. W II i IV dostawał chory 6 grm. NaCl bez wody, a w IV rozpuszczone w 1000 ctm. sz. wody przekroplonej. Chory był wstanie przez cały czas badania zadowolnić się ściśle wymierzoną i przeznaczoną dla niego ilością wody.



TABLICA VI.

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie	Uwagi
			Ilość	%	pro die			
I Okres	N 15,534		1900	0,588	11,171	Ciężar 1340 g., pro die N 2,186, Cl 0,008, Ca 1,54	+2 176	Ciepłota 36.5—37.6 Δ1,39
	Cl 5,401			0,742	14,098		-9,004	
	P 2,452			0,066	1,254		—	
	Ca 2,317			0,0071	0,1349		+0,6421	
	NH <sub>3</sub>			0,016	0,304			
	N 16,01		1640	0,504	0,907		+4,017	Ciepłota 36.2—38 2 Δ1,41
	Cl 5,518			0,781	12,808		-7,548	
	P 2,508			0,0466	0,764		—	
	Ca 2,349			0,0056	0,0918		+0,7172	
	NH <sub>3</sub>			0,013	0,213			
	N 16,01		1060	0,927	9,826		+3,998	Ciepłota 36.7—37 Δ1,46
	Cl 5,518			0,739	7,822		-2,612	
P 2,508		0,1103		1,169	—			
Ca 2,349			0,0067	0,071	0,738			
NH <sub>3</sub>			0,021	0,222				
II Okres	N 16,01		1270	0.805	10,223	Ciężar 865 g., pro die N 2,567, Cl 0,265, P 1,075, Ca 2,15	+3,22	Ciepłota 36.5—37 Δ1,66
	Cl 5,518			0,83	10,54		-1,651	
	P 2,558			0,087	1,104		+0,329	
	Ca 2,349			0,006	0,076		+0,123	
	NH <sub>3</sub>			0,018	0,288			
	+ 3,636 Cl							
	N 16,01		970	0,864	8,283		+5,16	Ciepłota 36.3—38 Δ1,70
	Cl 5,518			0,781	7,575		+1,314	
	P 2,508			0,083	0,805		+0,628	
	Ca 2,349			0,0043	0,041		+0,158	
	NH <sub>3</sub>			0,024	0,200			
	+ 3,636 Cl							
N 16,01		1180	0,959	11,316	+2,127	Ciepłota 36.5—37.5 Δ1,70		
Cl 5,518			0,749	8,838	+0,051			
P 2,508			0,114	1,345	+0,088			
Ca 2,349			0,0048	0,056	+0,143			
NH <sub>3</sub>			0,023	0,271				
+ 3,636 Cl								

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie	Uwagi
			Ilość	%	pro die			
III Okres	N 16,01		1210	1,039	12,572	Ciężar 911 g., pro die N 2,83, Cl 0,371, P 1,197 Ca 213.	+0,608	Ciepłota 36,3—37,1 Δ 1,72
	Cl 5,518			0,717	8,675		-3,528	
	P 2,508			0,109	1,319		+0,192	
	Ca 2,344			0,0066	0,079		+0,14	
	NH <sub>3</sub>			0,0029	0,35			
	N 16,01		1050	1,155	12,127		+1,053	Ciepłota 36,4—37,4 Δ 1,67
	Cl 5,518			0,66	6,90		-1,783	
	P 2,508			0,116	1,218		+0,990	
	Ca 2,349			0,0043	0,054		+0,174	
	NH <sub>3</sub>			0,035	0,367			
N 16,01		1020	1,179	12,025		+1,155	Ciepłota 36,5—36,8 Δ 1,60	
Cl 5,518			0,515	5,253		-0,106		
P 2,508			0,127	1,295		+0,016		
Ca 2,349			0,0061	0,052		+0,167		
NH <sub>3</sub>			0,015	0,153				
IV Okres	N 16,01	1000	1430	0,994	14,214	Ciężar 1250 g., pro die N 5,138, Cl 0,47 P 1,12, Ca 3,408	-3,342	Ciepłota 37,5—36,5 Δ 1,36
	Cl 5,518			0,539	7,709		+0,977	
	P 2,508			0,087	1,244		+0,244	
	Ca 2,349			0,0052	0,074		-1,133	
	NH <sub>3</sub>							
	+ 3,636 Cl							
	N 16,01	1000	1290	1,004	12,952		- ,208	Ciepłota 36,6—37,5 Δ 1,41
	Cl 5,518			0,578	7,456		+1,228	
	P 2,508			0,072	0,928		+0,46	
	Ca 2,349			0,0052	0,067		-1,126	
	NH <sub>3</sub>			0,041	0,527			
	+ 3,636 Cl							
N 16,01	1000	1465	0,959	14,001		-3,1 9	Ciepłota 36,5—7	
Cl 5,518			0,578	8,467		+0,217		
P 2,508			0,059	0,864		+0,524		
Ca 2,349			0,007	0,102		-1,161		
NH <sub>3</sub>			0,028	0,41				
+ 3,636 Cl								

		N	Cl	P	Ca	NH <sub>3</sub>
I Okres	Mocz	Procent 0,69	0,75	0,07	0,006	0,017
		pro die 10,02	11,56	1,05	0,09	0,24
I Okres	Sto- sunek	moczu 100	: 113	: 10	: 0,8	: 2,3
		stolca 100	: 14	: —	: 80	
		ogólnego				
		wydziel. 100	: 96	: —	: 13	
II Okres	Mocz	Procent 0,87	0,78	0,09	0,004	0,021
		pro die 9,9	: 8,9	1,1	0,05	0,22
II Okres	Sto- sunek	moczu 100	: 90	: 11	: 0,5	: 2,2
		stolca 100	: 10	: 42	: 86	
		ogólnego				
		wydziel. 100	: 73	: 17	: 17	
III Okres	Mocz	Procent 1,12	0,63	0,11	0,005	0,026
		pro die 12,2	6,9	1,27	0,058	0,28
III Okres	Sto- sunek	moczu 100	: 55	: 10,4	: 0,4	: 2,3
		stolca 100	: 13	: 42	: 76	
		ogólnego				
		wydziel. 100	: 48	: 8	: 14	
IV Okres	Mocz	Procent 0,98	0,59	0,07	0,005	0,033
		pro die 13,7	7,8	1	0,087	0,47
IV Okres	Sto- sunek	moczu 100	: 56	: 7	: 0,6	: 0,3
		stolca 100	: 9	: 20	: 66	
		ogólnego				
		wydziel. 100	: 40	: 11	: 18	

## Przemiana wody przeciętnie pro die

		Diureza	H <sub>2</sub> O w stolcu	Wynik
I	1600	1533	352	-285
II	1600	1140	224	+236
III	1600	1003	240	+267
IV	2000	1400	328	+882

W tym przypadku badaliśmy wpływ NaCl bez i z równoczesnym wprowadzeniem wody. Oznaczano także punkt zamarzania moczu przyrządem BECKMANN'a.

W drugim okresie mamy do zaznaczenia zwiększenie się ilości procentowej oznaczanych składników jak również

i drobinowego zagęszczenia moczu, w czwartym okresie zwiększenie się dziennego wydzielania przez nerki i kiszki. Zagęszczanie w tym okresie zmniejszyło się, natomiast ilość moczu wzrosła w porównaniu z III okresem o 400 ctm. sz.

## PRZYPADEK VII.

R o z p o z n a n i e: *Nephritis syphilitica recens, ulcus durum ad praeputium penis. Hydrops universalis.*

B. K. wieśniak. lat 20, przyjęty 4 Stycznia 1900 roku. Przy końcu Listopada 1899 wrzód twardy na napletku członka, dnia 27 Grudnia obrzęk twarzy, w trzy dni później także na kończynach dolnych na tułowiu.

*Status praesens:* Chory wzrostu średniego, dobrze odżywiany, zabarwienie skóry blade. Na klatce piersiowej świeża wysypka syfilityczna, charakterystyczne obrzmienie wszystkich gruczołów limfatycznych. Na napletku członka wrzód zaczynający się goić o zbitości chrząstkowatej. Twarz nieco obrzękła. Klatka piersiowa długa, przy badaniu płuc da się wykazać obustronne nagromadzenie się płynu sięgające aż do dolnego końca łopatki. Serce prawidłowe. Brzuch nieco powiększony, w dolnych częściach brzucha można wykazać wolny płyn. Wątroba prawidłowa. Śledziona nieco powiększona, nie dająca się wymacać. Kończyny dolne silnie obrzękłe. Ilość moczu wynosiła pierwszego dnia 860 ctm. sz. Mocz pomarańczowo żółty, kwaśny, ciężar gatunkowy 1033 z 12<sup>o</sup>/<sub>00</sub> białka. W osadzie bardzo liczne ciała białe, wałeczki ziarniste, obłożone częściowo komórkami nabłonkowymi kanalików moczowych. Ciężota ciała w czasie badania stale prawidłowa 39.5° C, Pożywienie składało się z 1000 ctm. sz. mleka, 300 gr. chleba białego, 340 grm. kaszki na mleku 4 jaj i 2 gr. soli. W 2-gim okresie dostawał chory 800 ctm. sz. wody sodowej, obok 6 gr. NaCl.

TABLICA VII.

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie
			Ilość	‰	pro die		
I Okres	N 14,487	140	860	1,995	17,157	Ciężar 5429 g., pro die N 1,881, Cl 0,4225 P 1,144, Ca 2,057	-4,551
	Cl 5,062			0,6177	5,312		-0,2725
	P 2,335			0,126	1,0889		+0,1021
	Ca 2,19			0,0073	0,062		+0,071
	NH <sub>3</sub>			0,029	0,2498		
	N 14,487	140	840	1,655	13,906		-1,3
	Cl 5,062			0,5218	4,3835		+0,656
	P 2,335			0,126	1,063		+0,122
	Ca 2,19			0,0077	0,064		+0,069
	NH <sub>3</sub>			0,029	0,243		
	N 14,487	140	2200	0,70	16,94		-4,334
	Cl 5,062			0,337	7,414		-2,3745
	P 2,335			0,057	1,254		-0,063
	Ca 2,19			0,005	0,11		+0,033
	NH <sub>3</sub>			0,0178	0,391		
II Okres	N 14,487	940	2620	0,637	16,689	-3,833	
	Cl 9,1529			0,497	13,021	-3,8914	
	P 2,335			0,0497	1,302	-0,031	
	Ca 2,598			0,0067	0,175	+0,2	
	NH <sub>3</sub>			0,0112	0,293		
	+ 3,636 Cl						
	N 14,487	940	2840	0,525	14,91	-2,054	
	Cl 9,1529			0,514	14,597	-5,4674	
	P 2,335			0,04	1,138	+0,133	
	Ca 2,598			0,0067	0,190	+0,185	
	NH <sub>3</sub>			0,0119	0,337		
	+ 3,636 Cl						
	N 14,487	940	3650	0,385	14,052	-1,196	
	Cl 9,1529			0,461	16,844	-7,7144	
	P 2,335			0,025	0,930	+0,341	
Ca 2,598	0,0077			0,281	+0,094		
NH <sub>3</sub>	0,003			0,293			
+ 3,636 Cl							

	Pożywienie	Woda do picia	Mocz			Stolec	Zestawienie
			Ilość	%	pro die		
III Okres	N 14,487	140	2520	0,595	14,994	Ogółar 455 g, pro die N 2,146, Cl 0,0287 P 1,395, Ca 1,84	-2,653
	Cl 5,062			0,468	11,803		-6,7697
	P 2,335			0,048	1,221		-0,281
	Ca 2,19			0,0078	0,196		+0,154
	NH <sub>3</sub>			0,0157	0,396		
	N 14,487	140	2010	1,053	13,397		-1,038
	Cl 5,062			0,528	6,718		-1,6847
	P 2,335			0,092	1,180		-0,24
	Ca 2,19			0,011	0,146		+0,204
	NH <sub>3</sub>			0,025	0,328		
	N 14,487	140	2010	0,833	16,743		-4,402
	Cl 5,062			0,564	11,345		-6,3117
	P 2,335			0,06	1,211		-0,271
	Ca 2,19			0,0093	0,186		+0,164
NH <sub>3</sub>	0,020			0,415			

		N	Cl	P	Ca	NH <sub>3</sub>
I Okres	Mocz pro die	1,4	0,4	0,09	0,006	0,025
		15,9	5,7	1,13	0,07	0,29
		100 : 35 : 7 : 0,4 : 1,8				
I Okres	Sto-sunek ogólnego wydziel.	100	1,2	63	113	
		100	32	12	15	
II Okres	Mocz pro die	0,51	0,49	0,038	0,007	0,01
		15,2	14,8	1,12	0,21	0,3
		100 : 97 : 7 : 1,3 : 2				
II Okres	Sto-sunek ogólnego wydziel.	100	1,4	66	137	
		100	88	13	14,3	
III Okres	Mocz pro die	0,82	0,51	0,07	0,009	0,02
		14,9	9,9	1,19	0,17	0,37
		100 : 66 : 8 : 1,1 : 2,4				
III Okres	Sto-sunek ogólnego wydziel.	100	1,3	66	86	
		100	58	15	11,8	

## Przemiana wody przeciętnie pro die.

		Diureza	H <sub>2</sub> O w stolcu	Wynik
I	1536	1300	144	+ 92
II	2336	3037	120	— 821
III	1536	1933	120	— 517

W pierwszych dwóch dniach I-go okresu znajdujemy znaczne nasycenie moczu. Pomimo małej ilości dziennej moczu znajdował się chory w ujemnym bilansie azotowym. W chwili zjawienia się większej ilości moczu zmniejszyła się odsetkowa koncentracja, dzienne atoli wydzielanie pozostało niezmiennie. W II-gim okresie wystąpiła na pierwsze miejsce jeszcze bardziej wzmożona ilość oddawanego moczu. Dzielne wydzielanie N i P pozostało bez zmiany, wydzielanie Cl zwiększyło się znacznie, a chory wydzielal nie tylko 3,6 gram. Cl podanego obok swej dyety, ale był także w stanie Cl przedtem zatrzymany w zupełności wydzielić. Mamy więc w tym przypadku przykład nagłej poprawy przepuszczalności nerek, gdzie składniki, poprzednio zatrzymane, wydzieliły się nagle, niejako krytycznie [przełomowo].

Przeglądając stosunki ilościowego wydzielania składników w naszych przypadkach oznaczanych znajdujemy zgodnie z v. NOORDEN'em i RITTER'em <sup>1)</sup>, że wydzielanie N w I-ym okresie naszych doświadczeń nie da się ująć w żadne prawidła. Wybitne zatrzymanie N da się jedynie wykazać w przypadku I, IV i VI. W pozostałych przypadkach występowała raz utrata, raz znów zatrzymanie N. W przypadku VII (*Nephritis syphilitica*) mamy do zaznaczenia utratę N zaraz z początku pomimo małej ilości moczu na dobę.

<sup>1)</sup> Op. cit.

W okresie II, w okresie powiększonego przyjmowania NaCl, znajdujemy prawie we wszystkich przypadkach raczej wzmoczenie się wydzielenia N, w żadnym zaś przypadku nie mogliśmy stwierdzić, aby podana sól kuchenna wpłynęła na zmniejszenie wydzielenia N. Chcąc ocenić stosunki wydzielenia się N w II-gim okresie, należy różnić działanie NaCl w czasie równoczesnego przyjmowania wody i bez tego. Jak to widać z zestawienia przeciętnych obliczeń, ilość tak bezwzględna jak i odsetkowa N wzrasta prawie we wszystkich tych przypadkach, w których obok NaCl podawano także wodę. W tych przypadkach można także stwierdzić zwiększenie się wydzielenia N drogą przewodu pokarmowego. Żałować muszę, że mam tylko jeden przypadek, w którym podawano NaCl bez wody [przyp. VI]. W tym przypadku [VI] znajdujemy tylko odsetkowe powiększenie się ilości wydzielanego N w moczu; dobowe wydzielenie się zaś pozostało niezmienione.

Co się tyczy drugiego składnika Cl, można stwierdzić we wszystkich przypadkach z wyjątkiem I i III w pierwszym okresie zwiększenie się wydzielenia Cl.

Sprawą wydzielenia się Cl przez chorą nerkę zajmowano się od dłuższego już czasu. Pomijając twierdzenia FRERICHS'a, BARTELS'a, FLEISCHER'a, ROSENSTEIN'a i NOORDEN'a, według których chora nerka, przynajmniej w niektórych przypadkach, ma być przepuszczalna dla chlorków, pojawiły się w ostatnich czasach, dwie prace których wyniki są ze sobą wprost niezgodne— a mianowicie: Jul. BOHME'go <sup>1)</sup> i A. HOFMANN'a <sup>2)</sup>. Na podstawie badań doświadczalnych i rozbiórów moczu u chorych na zapalenie nerek, dochodzi BOHME do przekonania, że odkrył przyczynę stanów komatycznych [(np. *Coma carcinomatousum*) i mocznicy (*uraemia*) w zatrzymaniu się chlorków w ustroju; HOFMANN zaś przeciwnie doszedł do wyniku, że zatrzymanie Cl przy zapaleniu nerek nie stoi w żadnym związku przyczynowym z objawami mocznicowymi i że nerka, w zapaleniu śródmiąższowem przepuszcza NaCl prawidłowo.

<sup>1)</sup> i <sup>2)</sup> Op. cit.



Istnieją także prace w których autorowie chcieli wyjaśnić doświadczalnie tę sprawę. BECK i GŁUZIŃSKI <sup>1)</sup> przekonali się, że nerka, zmieniona przez podwiązanie na pewien czas moczowodów, mniej wydzielala NaCl niż druga zdrowa. To samo potwierdził także LEPINE <sup>2)</sup>.

Przypatrzmy się teraz zachowaniu się Cl w naszych przypadkach w drugim okresie. Chorzy dostawali jak przedtem wspomniano, 6 grm. NaCl dziennie i to albo bez równoczesnego podawania im wody, albo pili ją w dowolnej ilości, albo wreszcie podawano im do picia rozczyn 6 grm. NaCl w 1000 ctm. sz. destylowanej wody.

Pokazało się tedy, że NaCl podana w proszku wywoływała w 3 pierwszych przypadkach uczucie pragnienia. Odsetkowa zawartość Cl w moczu pozostała w przypadku I i II bez znaczniejszej zmiany—dzienne wydzielanie Cl wzrosło nieco w I przypadku, w II zaś zmniejszyło się ono w ten sposób, że chory nie tylko 3.5 Cl dziennie zatrzymywał, lecz nawet przeszedł z ujemnego bilansu Cl w dodatni. W III przypadku podniosła się tak odsetkowa jak i całkowita ilość bezwzględna wydzielanego Cl i tu musimy raz jeszcze wspomnieć, że ilość moczu na dobę w przypadku III zwiększyła się znacznie, jak to widać z porównania przyjętej wody z wydzieloną.

W przypadku IV możemy stwierdzić tylko nieznaczne zwiększenie się ilości moczu, bezwzględne wydzielanie się Cl zwiększyło się, chory jednak zatrzymał połowę NaCl z podanej mu w większej ilości, to jest 14 grm.

W V przypadku podawano NaCl z małą ilością wody, a więc o wyższym nasyceniu. W przypadku tym ilość 24 godzinna moczu nie uległa przemianie a ilość wydzielanego Cl zwiększyła się tak odsetkowo jak i bezwzględnie. Mimo to z 26.5 grm. podanego w drugim okresie Cl zatrzymał chory 7.2 grm.

W przypadku VI dostawał chory 6 grm. NaCl bez wody. Odsetkowe i dzienne wydzielanie jakoteż ilość mo-

---

<sup>1)</sup> Anzeiger der Akademie der Wissenschaften in Krakau 1894.

<sup>2)</sup> Lyon med. 1898.

czu pozostały bez istotnej zmiany. Chory wydzielał całą ilość wprowadzonego NaCl. W IV okresie, w którym podawano choremu 6 grm. NaCl w litrze wody przekroplonej, wzrosła wprawdzie ilość przeciętnie o 300 ctm. sz., natomiast wystąpiło, chociaż niewielkie, zatrzymanie się Cl.

W przypadku VII chory traci chlor tak przy małej ilości wydzielanego moczu [w pierwszym okresie], jak w II okresie, gdy ilość dzienna moczu znacznie się podniosła. Z badań naszych widzimy więc, że mięszszowo schorzała nerka skłonna jest w ogólności do zatrzymywania Cl, że jest jednak w możności wydzielać go dość dobrze, nawet przy zmniejszonej dobowej ilości moczu.

Równoczesne oddawanie większej ilości Cl i wody wywołuje tylko małe powiększenie się ilości moczu. We wszystkich tych przypadkach zatrzymywała się bowiem woda i Cl w ustroju. Gdy jednak wprowadzimy NaCl bez lub z małą ilością wody, to nie mamy wprawdzie żadnego, zwiększenia się ilości moczu, ale Cl wydziela się prawie w zupełności—[przyp. V i VI drugi okres]. Jeżeli teraz przejdziemy do działania moczopędnego NaCl w zapaleniu nerek, to formy mięszszowe i śródmięszszowe musimy osobno rozpatrywać. Przy przeważnie mięszszowem zapaleniu nerek widzimy, że 6 grm. NaCl równocześnie podawane z dostateczną ilością wody może wyrzeć tylko mierne moczopędne działanie. Z wyjątkiem przypadku VII, w którym w drugim okresie przyszło do utraty wody i przypadku III, w którym w tym samym okresie mimo większego doprowadzenia, mniej wody się zatrzymało, we wszystkich innych przypadkach wystąpiło zwiększenie się zatrzymania wody w ustroju. W przypadku natomiast I [śródmięszszowe zapalenie nerek następcze] w drugim okresie mamy bez zwiększenia dowozu wody, dość znaczne zwiększenie się wydzielania ilości wody tak przez nerki jako też i przez kiszki. Pomimo tego Cl zatrzymał się tu w znacznej ilości, odsetkowe też nasycenie moczu naturalnie wcale nie wzrosło.

Za mała to wprawdzie liczba badań, aby móżdź wyciągnąć daleko sięgające wnioski, sędzę jednak, że doświadczenia nasze nasuwają myśl, iż chlorki przy mięszszowem zapaleniu nerek zatrzymują się z powodu równoczesnego

zatrzymywania się wody i że przy tej formie chorobowej występuje na plan pierwszy upośledzenie czynności wydzielniczej wody przez nerki, w przeciwieństwie do t. zw. form śródmiąższowych, gdzie zdolność wydzielania wody jest utrzymana, nawet wzmożona.

Sprawę wydzielania fosforu przez chore nerki możemy streścić jak następuje: Wyniki nasze zgadzają się zupełnie z wynikami FLEISCHER'a <sup>1)</sup>). P uległ zatrzymaniu we wszystkich przypadkach. W przypadku III i V znajdujemy w drugim okresie mniejsze zatrzymanie się fosforu w ustroju niż w pierwszym i trzecim okresie. Wydaje się więc, jak gdyby wydzielanie P zwiększało się pod wpływem NaCl. Wiadomą jest rzeczą, że zwiększanie się zawartości Cl w ustroju wpływa podniecająco na wydzielanie się P [MORACZEWSKI] <sup>2)</sup>). Jeśli więc znajduje się dostateczna ilość chlorków w ustroju, to fosforany wydzielają się w większej ilości. W naszych przypadkach jednak nie widzimy dostatecznej równoległości między zatrzymaniem się Cl w ustroju a wydzielaniem się P—raczej możnaby powiedzieć, że mimo zwiększenia się wydzielania Cl przez nerki, P ulega tylko nieznacznym wahaniom.

Dla wydzielania wapna, nie możemy postawić żadnych prawideł. W naszych przypadkach przeważnie możemy zauważyć zatrzymanie się Ca. W niektórych przypadkach [VII] wydaje się, jakoby razem z polepszeniem się ogólnego stanu, poprawiało się również i wydzielanie Ca przez nerki. W przypadku III, IV, V, VI wystąpiło w okresie drugim [wprowadzenie większe NaCl] zwiększenie się wydzielania Ca, i to możnaby uważać za skutek działania NaCl; dotyczy ono atoli więcej wydzielania Ca przez przewód pokarmowy, aniżeli przez nerki. To samo można powiedzieć o wydzielaniu amoniaku przy zapaleniu nerek. W okresie t. zw. niedostateczności nerek, wydzielano się NH<sub>3</sub> w mniejszej ilości, z polepszeniem zaś ogólnego stanu chorego, wzrasta także dzienna ilość NH<sub>3</sub> w moczu.

<sup>1)</sup> Op. cit.

<sup>2)</sup> Zeitschrift f. klin. Med. XXXIX.

Zastanówmy się teraz, czy mamy wogóle prawo mówić, przy miąższowym przewlekłym zapaleniu nerek, o nieprzepuszczalności tychże dla składników oznaczonych w tych doświadczeniach, czy też zatrzymanie tychże składników zawisło od innych przyczyn, a nie od choroby samej nerki. Przeglądając tablice, uderza nas fakt, że ze składników moczu tylko woda napewno się zatrzymuje. I tak widzimy w przypadku VII w pierwszych dniach bardzo skąpe wydzielanie się moczu [850 ctm. sz.] przyczem odsetkowa zawartość N i Cl jest wysoka. Mocz się dość prawidłowo wydziela w kłębkach i zagęszcza w kanalikach. W każdym przypadku musimy wypowiedzieć to przypuszczenie, że czynność kanalików nerkowych i kłębków nie jest do tego stopnia zmienioną, aby przez samą tę zmianę można wyjaśnić zatrzymanie się składników moczu. Już COHNHEIM <sup>1)</sup> i NOORDEN <sup>2)</sup> wskazują na to, że przyczyn obrzęków nie należy szukać w niedostateczności pod względem wydzielania wody, lecz raczej w tworzeniu się składników trujących, które upośledzają wymianę między krwią a sokami tkanek ustroju. Także, doświadczenia wykonane w ostatnich czasach przez KORANY'ego <sup>3)</sup>, przemawiałyby za tworzeniem się jakichś ciał trujących w ustroju, które w pierwszej linii ulegają wydzieleniu przez nerki. Jeżeli bowiem zatrujemy zwierzę kurarą i ograniczymy w ten sposób rozpad białka w ustroju, udaje się, według KORANY'ego zwierzęta po obustronnem wycięciu nerek dłużej przy życiu utrzymać, aniżeli zwierzęta w tych samych warunkach, bez zatrucia kurarą. Tak samo i spostrzeżenia kliniczne stwierdzają nieraz, że nawet duże obrzęki przy zapaleniu nerek ustępują przez samo położenie chorego do łóżka, a więc prawdopodobnie także przez ograniczenie przemiany materii.

Na podstawie więc tego możnaby przypuścić, że w zapaleniu nerek obok innych przyczyn chodzi również o ja-

<sup>1)</sup> Allgemeine Pathologie 1890.

<sup>2)</sup> Pathol. des Stoffwechsels.

<sup>3)</sup> Berliner klin. Woch. 1899

kieś trujące ciała, które nie mogą się przez nerki wydzieląć z ustroju. Mielibyśmy tu więc pewną analogię z chorobami zakaźnymi. W chorobach zakaźnych znajdujemy przecież zatrzymanie chloru i fosforu, jako następstwo zatrzymania wody w ustroju [Karol SCHMIDT]. Widzieliśmy, że, przez zwiększenie zagęszczenia soków za pomocą podawania NaCl, wywołano podwyższenie wydzielania N a po części i P. Według tego wszystkiego byłoby zatrzymanie wody, pierwszorzędnym i dominującym objawem w mięszowym zapaleniu nerek. Nie śmiałbym twierdzić, że to zapatrywanie może być zastosowane do każdego przypadku zapalenia nerek a szczególnie do tych przypadków, które przebiegają z zanikiem mięszu nerkowego. W każdym razie i w tych przypadkach grają zapewne jakąś rolę trucziny ustrojowe, jak tego dowodzą doświadczenia KORANRZ'ego nad działaniem kurary. Wyniki mej pracy dadzą się streścić w następujących zdaniach:

1) W zapaleniu mięszowym nerka, nawet przy małej ilości wydzielanego moczu jest dobrze przepuszczalną dla NaCl.

2) Zmniejszenie się ewentualne wydzielania chlorków, znajduje swe wyjaśnienie w zatrzymaniu się wody.

3) W mięszowym zapaleniu nerek, nawet przy równoczesnem podwyższeniu ilości podanej wody, chlorek sodu nie wpływa odpowiednio do ilości wypitej wody na podwyższanie ilości wydzielanego moczu. W formach śródmięszowych przeciwnie, może przyjść nawet pod wpływem chlorku sodowego do utraty wody.

Gdy praca ta była już przygotowana do druku ogłosili G. KOVESI i ROTL-SCHULTZ wyniki swych badań nad zaburzeniami w czynności wydzielania wody przez nerki w zapaleniu tychże. Autorowie otrzymali mianowicie na innej drodze podobne do naszych wyniki, odnośnie do zmian w czynności wydzielania wody w mięszowym i śródmięszowym zapaleniu nerek.

# O WYCINANIU PŁUC

(„*de pneumectomia*“)

Skreślił

**Fr. Kijewski**

Ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

---

(Dalszy ciąg)

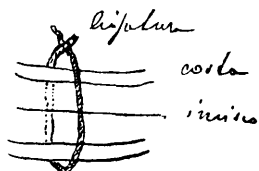
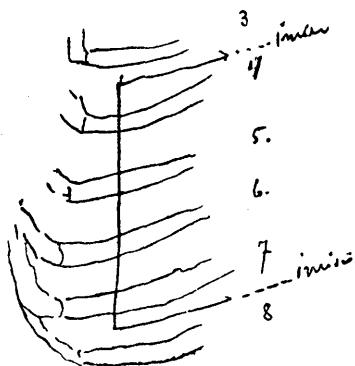
D o ś w i a d c z e n i e XXXVI.

Królik laciasty, wagi = 1,78 kilogr.

23. XI. 97. *Injectio subcutanea morphii acet.* *Operatio* z lewej strony. Cięcie części miękkich równoległe do środkowej linii ciała w pobliżu połączeń chrząstek z żebrami. Po obnażeniu żeber w przestrzeni międzyżebrowej pod 7 żebrzem cięcie równoległe do żebra przez mięśnie i opłucną, długości 3 ctm. W miejscu tem przepona brzuszna szczelnie przylegała do ścian klatki piersiowej; przez nieostrożność przeponę przeciąłem, otworzyłem otrzewną, nałożyłem też zaraz szew na przeponę.

Do jamy opłucnej wprowadziłem nożyczki i przeciąłem kolejno 7, 6, 5 i 4 żebro w pobliżu połączeń z chrząstkami; nad 4 żebrzem znowu cięcie w przestrzeni międzyżebrowej, poziome. Tym sposobem z żeber i mięśni powstał płat, który odciągnąłem ku górze i skutkiem tego szeroko rozwarłem jamę opłucnej. Całe lewe płuco wydobyłem na zewnątrz, podwiązałem ligaturą jedwabną i obciąłem; pozostały kikut starałem się obszyć, jak to czynimy niekiedy z szypułą po *ovariotomi*. Szypułę wpuściłem do jamy opłucnej, żebra nasunąłem na swoje miejsce i w odpowiednim położeniu starałem się utrzymać je za pomocą szwów. Ponieważ przy szyciu mięśnie międzyżebrowe łatwo się rozrywały,

przeto dla utrzymania żeber ligaturą, obejmowałem dwa sąsiednie żebra—3 i 4 i 7 z 8. Szew na mięśnie i skórę oddzielnie. Rana zewnętrzna zalana *collodium*.



Po operacji bezpośrednio oddech—76 ua minutę, powierzchniowy. Sinica dosyć wyraźna. Waga wyciętego płuca=2,5 gm.

24. XI. 97. Zwierzę nie chce jeść, leży spokojnie w klatce, oddycha bardzo szybko. Waga—1,62.

25. XI. 97. Królik chodzi po klatce, je cokolwiek.

27. XI. 97. Zwierzę zachowuje się spokojnie. Oddech bardzo szybki, sinicy niema.

2. XII. 98. Waga królika 1,55 kilogr. Ciepłota po południu 38,2°. Oddech bardzo szybki.

15. XII. 97. Królik biega po klatce, je wybornie, waży 1,87. Ciepłota rano 37,5°.

19. XII. 97. Waga 1,90 kilogr.

3. I. 98. Waga 1,92. Zwierzę jest zawsze tak strwożone, że oddechu zliczyć niepodobna [126].

26. I. 98. Waga 2,05.

30. I. 98. Waga 2,05. Ciepłota wieczorna w *rectum* 39,5°

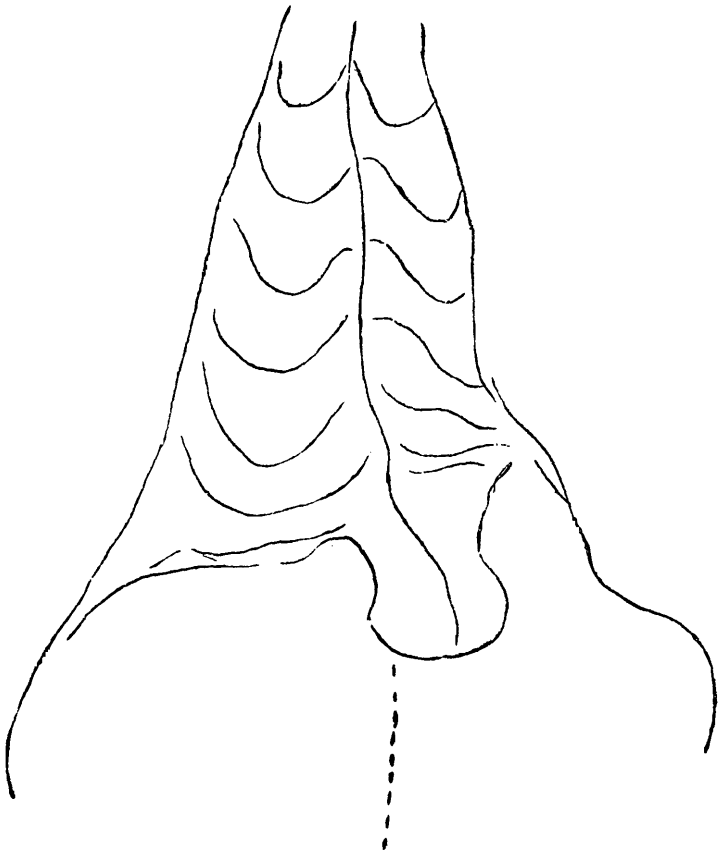
13. IV. 98. Waga 2,10 kilogr.

6. IX. 98. Waga 2,37 kilogr.

7. IX. 98. Królik zabity po upływie 9 i pół miesięcy po operacji.

Badanie pośmiertne. Przy obmacywaniu klatki piersiowej można wyczuć z lewej strony w dolnej części lekkie zapadnięcie. Po obnażeniu klatki piersiowej wykazuje się znaczna deformacja lewej strony w porównaniu z prawą. Dolne żebra z lewej strony uniesione cokolwiek ku górze; w miejscu ope-

rowancm zapadnięcie żeber, 6 żebro złane z 7-em. Prawe przestrzenie międzyżebrowe wypukłone, lewe zapadnięte.



Rysunek szematyczny skrzywienia klatki piersiowej po wycięciu płuca z lewej strony. Pneumektomia 23. XI. 97. Śmierć 7. XI. 98. Wielkość naturalna.

Przepona brzuszna podniesiona najwyżej z prawej strony na linii połączenia żeber z chrząstkami na d 5 żebrem, z lewej—poniżej 4-go, na linii zaś pachowej tylnej z prawej na 9 żebrze, z lewej na 8-em, wogóle niewielka różnica w podniesieniu przepony z obydwóch stron. Z lewej strony od 12 do 9 żebra cały ten dolny odcinek klatki piersiowej zrośnięty z przeponą i tym sposobem dolny odcinek lewej jamy opłucnej zniesiony, a skutkiem tego cała jama znacznie zmniejszona.



Prawe płuco bladurózewo, brzegi ma rozdęte, miejscami dosyć silnie. Część dolnego płata i cały środkowy przesunęły się na lewą stronę klatki piersiowej, odsuwając *vena cava inf.* ku górze, a całe *mediastinum*—do przeciwległej strony. *Mediastinum posticum* przyrosło do lewej ściany klatki piersiowej na wysokości 7 żebra. Tym sposobem znaczną część jamy lewej połowy klatki piersiowej zajmują dwa zrazy prawego płuca. W pozostałej części jamy lewej opłucnej znajdujemy resztkę lewego płuca, wielkości orzecha laskowego, mocno rozdętą. Kikut ten przyrósł do wewnętrznej powierzchni klatki piersiowej i do osierdzia.

Serce—skurczone, twarde; ściana prawego serca dosyć gruba. Szerokość serca = 2,8 cm.; długość serca = 2,9 cm.

Wątroba, śledziona, nerki i inne narządy nie przedstawiają zmian.

### D o ś w i a d c z e n i e XXXVII.

Królik szary, wagi 2,0 kilogram.

24. XI. 97. *Injectio subcutanea morphii acet.* 0,06. Operacja z prawej strony; technika jak w poprzednim przypadku. Cięcie pomiędzy 7 i 8 żebrem oraz pomiędzy 4 i 5, przecięciem 7, 6 i 5 żebro. Cały płat żeber z mięśniami odsunąłem ku górze. Płuco wydobyłem na zewnątrz i, nałożywszy dwie jedwabne podwiązki, obciąłem. Kikut wpuściłem do jamy opłucnej. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę oddzielnie. Waga obciętego płuca—2,5 grm. Oddech bezpośrednio po operacji powierzchowny, 82 na minutę. Sinica.

25. XI. 97. Zwierzę leży nieruchomo, jeść nie chce, oddech bardzo szybko.

26. XI. 97. Stan bez zmiany; królik je kapustę

27. XI. 97. Królik nieruchomy, zupełnie zimny, oddech szybki, sinica.

Śmierć o 2-iej po południu czyli w 3 dni po operacji.

Badanie pośmiertne wykazało znaczną rozedmę lewego płuca i niewielkie wynaczynienie do *mediastin. antic.* Żołądek mocno wypełniony pokarmem. Innych zmian niema. Śmierć zatem nastąpiła skutkiem silnej rozedmy lewego płuca, oraz wstrząśnienia, jakie spowodowała operacja, gdyż zwierzę po operacji było ciągle w stanie zapaści.

## D o ś w i a d c z e n i e XXXVIII.

Królik szary, wagi=1,8 kilogr.

26. XI. 97. *Injectio subcutanea morphii acetici* 0,06. Operacja z lewej strony. Cięcie koliste na *linea axill. post.*; otworzyłem 3 i 6-te międzyżebrze, 6, 5 i 4 żebro przecięte. Cały płat żeber z mięśniami odsunąłem ku górze, płuco wyjąłem na zewnątrz, podwiązałem *en masse* jedną ligaturą i obciąłem. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę, jak w poprzednich przypadkach.

Po operacji oddech—40 na minutę.

Waga wyciętego płuca=1,5 grm.

27. XI. Oddech bardzo szybki [100], powierzchowny. Zwierzę nie chce jeść.

2. XII. 97. Waga 1,68. Oddech bardzo szybki. Sinicy niema. Ciepłota w południe 38,8°.

4. XII. 97. Zwierzę je dobrze, biega po klatce, za zbliżeniem się do klatki niezmiernie jest strwożone.

8. XII. 97. Stan coraz lepszy. Ciepłota 38,0.

12. XII. 97. Waga 2,02 kilogr. Oddech 90 na minutę.

3. I. 98. Waga 2,00 kilogr.

30 I. 98. Waga 2,15 kilogr. Ciepłota w kiszce stolcowej 39,1°.

19. II. 98. Waga 2,15 kilogr.

13. IV. 98. Waga 2,15 kilogr.

6 IX. 98. Waga 2,52 kilogr.

9 IX. 98. Królik zabity po upływie 9½ m. po operacji.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Skrzywienie klatki piersiowej bardzo nieznaczne, w miejscu operowanem żebra cokolwiek zapadnięte, zrosty kostne żeber zupełne; przestrzenie międzyżebrowe z lewej strony spłaszczone, z prawej wypukłone.

Przepona brzuszna z obydwóch stron podniesiona do jednakowej wysokości, przy połączeniu chrząstek z żebrami dochodzi z prawej i lewej strony powyżej 5 żebra, a na *linea axillar post.*—nad 9. Z lewej strony przepona brzuszna zrosnięta z wewnętrzną powierzchnią klatki piersiowej w całym dolnym odcinku aż do 7 żebra.

*Mediastinum posticum* przesunięte na lewo i przyrośnięte za pomocą luźnych błoniastych zrostów z klatką piersiową na wysokości 6 żebra.

W lewej jamie opłucnej w pozostałej górnej części znajdujemy resztkę podwiązanego płuca, niezmiernie rozdętą—i rozciągniętą w postaci płaskiego języka—*emphysema bullosum*; odcinek ten przyrośnięty z jednej strony do klatki piersiowej, a z drugiej do osierdzia.

Prawe płuco—blado różowe, po brzegach rozdęte. W odsuniętem *mediastinum* nad aortą i przełykiem, a pod *vena cava ascendens* przesunął się środkowy zraz i część dolnego prawego płuca na lewą stronę; zrazy te zajęły środkową część lewej połowy klatki piersiowej.

Serce w podłużnym rozmiarze=2,4 ctm.,

w poprzecznym „ =2,7 „

Wątroba, nerki i inne narządy nie przedstawiają zmian.

### D o ś w i a d c z e n i e XXXIX.

Pies—mops, wagi—4,98 kilogramm.

1. XII 97. Po uprzednim zastrzyknięciu morfiny 0,09 wykonałem operację z lewej strony. Cięcie koliste w pobliżu połączeń żeber z chrząstkami. Przeciąłem 3 i 6 przestrzenie międzyżebrowe, od chrząstek przeciąłem 4, 5 i 6 żebro. *Pneumectomia*—usunąłem dolny i środkowy zrazy, na dolny nałożyłem dwie ligatury, a na środkowy jedną [dolny zraz przebiłem igłą i podwiązałem]. Po podwiązaniu część nad ligaturą obszyłem. Szew na opłucną, mięśnie i skórę.

2. XII. 97. Oddech—22, bardzo głęboki. T<sup>o</sup>. M. 39,0—V.—39,2. Pies je i pije.

3. XII. 97. Zwierzę oddycha bardzo ciężko, leży spokojnie w klatce, jeść nie chce.

4. XII. Śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. *Pleuritis sereso-fibrinosa duplex*.

Górny zraz lewego płuca bezpowietrzny.

Prawe płuco uciśnięte przez wysięk.

Zmętnienie wątroby i nerek.

### D o ś w i a d c z e n i e XL.

Piesek czarny, wagi—6,05 kilogr.

3. XII. 97. Po zastrzyknięciu podskórnoem morfiny 0,09 operacja z lewej strony. Cięcie zewnętrzne koliste w pobliżu połączeń chrząstek z żebrami. Przeciąłem 4 i 6 międzyżebra, a następnie 5 i 6 żebro. *Pneumectomia*—na wszystkie zrazy 2 ligatury. Z dolnego zraza ligatura spadła, skutkiem czego powstał znaczny krwotok, schwyciłem tedy zraz szczypczykami i ponownie przewiązałem. Cały kikut obszyłem i wpuściłem do klatki piersiowej. Szew na mięśnie i skórę.

Waga wyciętego płuca=11,0 grm.

4. XII. 97. Zwierzę leży nieruchomo, stęka, jeść i pić nie chce, oddycha bardzo ciężko.

## 5. XII. 97. Śmierć zwierzęcia.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. *Pleuritis haemorrhagica sinistra*,—wysięku w lewej jamie około 100,0. Kikut podwiązane-  
nego płuca pokryty włóknikiem, twardy, bezpowietrzay. P r a w a  
o p ł u c n a i p ł u c o b e z z m i a n.

Zmętnienie wątroby i nerek.

## D o ś w i a d c z e n i e X L I.

Królik szary z białą prążką na karku [samica], wagi 1,22 kilgr.

6. XII. 97. O p e r a c y a z l e w e j s t r o n y p o u p r z e-  
daniem zastrzyknięciu 0,06 morfiny; przecięciem 7 między żeb-  
r z e i o t w o r z y ł e m o p ł u c n ą. Przez nieostrożność przecięciem  
przeponę brzuszną, która w tem miejscu przylegała do klatki pier-  
siowej i otworzyłem otrzewną; zaraz też na diafragmę nałożyłem  
szew. Następnie przecięłem 7, 6 i 5 żebro i odsunąłem ku górze,  
skutkiem czego otrzymałem otwór trójkątny, dostateczny do wy-  
dobycia płuca. Płuco przy wydobywaniu rwało się, nałożyłem  
2 oddzielne podwiązki. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skó-  
rę, jak w poprzednich przypadkach.

Oddech po operacji—62. Waga wyciętego płuca—2,0 gm.

7. XII. Królik zachowuje się spokojnie, nie chce jeść.

8. XII. Zwierzę cokolwiek je, chodzi po klatce.

10. XII. 97. Królik je niewiele, po klatce biega; sinicy nie-  
ma. Oddech bardzo szybki.

15. XII. 97. Waga zwierzęcia—1,13 kilogr. Ciepłota w po-  
łudnie—38,2. Oddech szybki.

19. XII. 97. Waga 1,22 kilogr. Królik biega po klatce,  
zachowuje się, jakby zupełnie nie przeżył tak ciężkiej operacji.  
Oddycha bardzo szybko, gdyż jest niezmiernie wystraszony.

3. I. 98. Waga 1,35. T<sup>o</sup>. w kiszce stolcowej 39,5<sup>o</sup>.

7. II. 98. Waga 1,44.

13. IV. 98. Waga 1,95.

14. VIII. 98. Samica okociła się, miała 5 młodych.

6. IX. 98 Waga 2,22 kilogr.—4 młodych pożarły szczury,  
jedno żyje i dobrze się chowa.

21. II. 99. Waga 1,67. Zwierzę zabite po upływie 1 ro-  
ku 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> m.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Żebra zrosnięte zupełnie.  
Deformacja klatki piersiowej nieznaczna, lewa strona zapadnięta,  
lewy łuk żebrowy uniesiony ku górze.

P r z e p o n a b r z u s z n a d o s i ę g a

z p r a w e j s t r o n y	z l e w e j
na <i>l. paraster.</i> do 5 ż.	do 4 ż.
<i>l. axill.</i> 7 „	„ 6 „
w pobliżu kręgosłupa 10 „	„ 9 „

Z lewej strony na linii połączeń chrząstek z żebrami przepona przyrośnięta na wysokości 4 żebra.

Serce posiada wymiary: podłużny=27 mml, poprzeczny=32 mml, grubość=19 mml, grubość ściany lewej kom.=6 mml, prawej=1,5 mml.

Lewej jamy opłucnej niema, górną część zajmuje serce, dolna zniesiona skutkiem przyrośnięcia przepony, a środkową zajmują przesunięte zrazy prawego płuca.

Lewego płuca zupełnie niema, pozostał kikut z ligaturami.

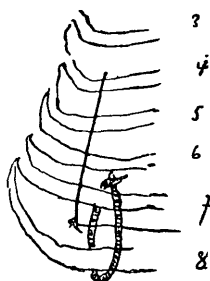
Prawe płuco mocno rozdęte. Dolny zraz przewędrował na lewą stronę przez workowato wypukłone *mediastinum posticum*, które całkowicie przyklejone do wewnętrznej powierzchni lewej strony klatki piersiowej.

Wątroba i nerki nie przedstawiają widocznych zmian.

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

Królik szary, samiec, wagi 1,3 kilogr.

7. XII. 97. Po zastrzyknięciu 0,06 morfiny królik śpi wybornie. Operacja z lewej strony. Cięcie koliste przy połączeniu żeber z chrząstkami, *incisio* 7-go międzyżebrza, przecięte 7, 6, 5 i 4 żebro, żebra te odsunięte ku górze—do stęp do płuca nadwyzwyczajnie dogodny. Nałożyłem jedwabną przewiązkę na wnękę płuca i całkowicie płuco usunąłem. Szew na żebra, mięśnie i skórę jak poprzednio.



Oddech po operacji=60.

Waga odciętego płuca=3,0 grm.

8. XII. 97. Królik leży spokojnie, oddycha szybko, nie chce jeść.

9. XII. Zwierzę cokolwiek **raźniejsze**, je niewiele.

15. XII. 97. Królik biega po klatce, apetyt mu wrócił.  
Waga 1,23 kilogr.

19. XII. 97. Waga 1,23. T°. w kiszce stolcowej 37,8.

3. I. 98. Waga 1,4 kilogr. Oddech=105.

8. I. 98. " 1,34 " " = 90.

13. I. 98. " 1,37 " " =112.

18. I. 98. " 1,20 " " = 84.

20. I. 98. " 1,26 " żywność i warunki pomieszczenia poprawione, gdyż królik z wolna tracił na wadze.

30. I. 98. Waga 1,60. T°. 39,6°.

7. II. 98. " 1,62.

19. II. 98. " 2,75.

20. III. 98. Śmierć przypadkowa, skutkiem tego że królik włożył głowę pomiędzy szczeble klatki, nie mógł jej wydobyć i udusił się.

Śmierć zatem nastąpiła po upływie niemal 3 miesięcy.

21. III. 98. Badanie pośmiertne. Klatka piersiowa spłaszczona, przestrzenie międzyżebrowe zapadnięte.

Przepona brzuszna uniesiona ku górze jednakowo z obydwóch stron, najwyższy punkt w miejscu połączenia chrząstek z żebrami — na 4 żebrze.

Prawe płuco — umiarkowanie rozdęte po brzegach środkowy zraz odsunął *mediastinum* na lewą stronę, które przyrosło do ściany wraz ze zrazem na wysokości 5 i 6 żebra, zraz ten przesunął się pomiędzy aortą i przełykiem z jednej strony, a *vena cava ascend.* z drugiej.

Lewa strona klatki piersiowej wolnej jamy opłucnej nie zawiera, dolny odcinek jamy od 8 żebra aż do 12 zniesiony przez przyrost przepony. Serce przesunięte cokolwiek na lewo i przyrosnięte do klatki piersiowej. Pomiedzy sercem, klatką piersiową i diafragmą powstał otorbiony ropień, wielkości średniego orzecha laskowego. W górnej części ropnia tego znajdujemy ligaturę, zupełnie odsznurowane oskrzele i *art. pulm.*, które się kończą pod postacią okrągłych (*cul-de-sac*) worków ślepych, jak palce od rękawiczki.

W innych narządach zmian niema.

## Doświadczenie XLIII.

Piesek żółty, wagi 5,00 kilogr.

8. XII. 97. Zastrzyknałem 0,18 morfiny i zachloroformowałem psa. Operacja z lewej strony. Cięcie zewnętrzne blisko połączeń chrząstek z żebrami. Otworzyłem opłucną w 3 i 6 międzyżebrow; przeciąłem 4, 5 i 6 żebro od strony chrząstek.

*Pneumectomia*—na 3 płaty nałożyłem nprzednio 3 oddzielne ligatury.

Klatkę piersiową zamknąłem; szew na mięśnie i skórę. Waga wyciętego płuca=11,0 grm. Oddech bezpośredni po operacji=42.

9. XII. 97. Śmierć zwierzęcia.

Badanie pośmiertne. Zmian w opłucnej zupełnie niema. Kikut nie przedstawia nic szczególnego.

Prawe płuco—brzezi mocno rozdęte, wybroczyny liczne; znaczny obrzęk pozostałych części płuca.

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

Królik biały z łatkami czarnymi, wagi=1,15 kilogram.

9. XII. 97. *Injectio subcutanea morphii* 0,09. Operacja z prawej strony. Cięcie koliste w pobliżu połączeń chrząstek z żebrami, przeciąłem 4 i 7 przestrzzenie międzyżebrowe, a następnie żebra 7, 6 i 5. Płuco wydobyłem na zewnątrz, podzieliłem na 2 części, na każdą nałożyłem oddzielną ligaturę i płuco obciąłem. Krew z jamy opłucnej wydobyłem tamponami z gazy jodoformowej. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę oddzielnie jak w poprzednich przypadkach.

Waga obciętego płuca=2,5 grm.

Oddech po operacji=90!

10. XII. 97. Królik leży spokojnie, jeść niechce, oddycha szybko.

11. XII. 97. Zwierzę cokolwiek je, zachowuje się bardzo spokojnie, siedzi w kącie klatki.

12. XII. 97. Stan bez zmiany. Oddech niezmiernie szybki.

15. XII. 97. Waga królika = 0,89 kilogram. Ciężota w kiszce stolcowej 38,0°.

19. XII. 97. Waga=0,95 kilogram. T° 37,0 [w południe].

Oddech zawsze szybki; nie można oznaczyć ilości oddechów, gdyż zwierzę niezmiernie jest strwożone.

3. I. 98. Waga=1,00 kilogram. Oddech 90.

13. I. 98. " =1,12.

20. I. 98. " =1,17 kilogram. T° w odbytnicy 39,4° po poł.

7. I. 98. " =1,27 "

19. II. 98. " =1,40 "

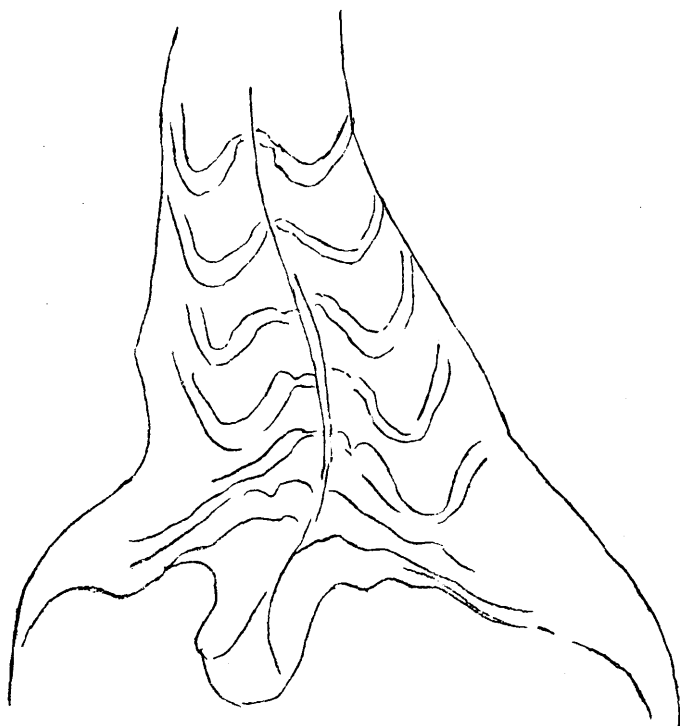
1. IV. 98. Królik mało je, chudnie.

11. IV. 98. Śmierć po wpływie 4 miesięcy po operacji.

Badanie pośmiertne. Królik wychudzony, waży 1,02 kilogram.

Prawa strona klatki piersiowej mocno zniepodobniona, na miejscu operowanem—silne zapadnięcie; niema twardego kostnego

zrostu pomiędzy przeciętymi [6 i 7] żebrami. Przestrzenie międzyżebrowe zapadnięte. Lewa strona klatki piersiowej wypukłona. Linia mostka zupełnie wykrzywiona [rysunek].



Szematyczny rysunek zmian klatki piersiowej królika po wycięciu płuca prawego. *Pneumectomia* 9. XII. 1897. Śmierć 11. V. 1898, czyli po upływie 4 miesięcy. Wielkość naturalna.

Przepona brzuszna z lewej strony uniesiona ku górze na linii sutkowej do 5 żebra, na linii pachowej tylnej do 9 żebra, z prawej strony na linii sutkowej do 4 żebra, a ku dołowi i tyłowi klatki piersiowej przepona dociera do guza wielkości dużego orzecha włoskiego.

Serce przesunięte na prawą stronę i przyrośnięte [osierdzie] do prawej ściany klatki piersiowej.

W prawej jamie opłucnej zuczynając od 5 do 9 żebra wzdłuż kręgosłupa ropień owalny, otorbiony, który wypukłał przeponę brzuszną. Tym sposobem cała jama prawej opłucnej zajęta jest przez serce i ropień wyżej wspomniany.



Lewo płuco nadmiernie rozdęte, miejscami jak pęcherz.  
Wątroba, śledziona i nerki blade.

### Doświadczenie XLV.

Królik łącisty [samica] wagi=1,15 kilogr.

13. XII. 97. Po zastrzyknięciu 0,09 morfiny, operacja z lewej strony jak w poprzednim przypadku. Na lewe płuco u podstawy nałożyłem ligaturę i płuco obciąłem. Szew jak wyżej.

Waga odciętego płuca=2,0 grm.

Ilość oddechów po operacji=42.

14. XII. Zwierzę jeść nie chce, leży spokojnie, oddycha szybko.

15. XII. Królik chodzi po klatce, cokolwiek je. Ciepłota po południu w odbyticy 37,5°, oddech szybki. Sinicy niema.

19. XII. Waga 1,20 kilogr. Królik je wybornie, zachowuje się, jakby nie przeżył tak ciężkiej operacji.

22. XII. Zwierzę wygląda bardzo dobrze. Skontrolowanie częstości oddechu nader utrudnione, gdyż zwierzę niezmiernie wystraszone, liczba oddechów dochodzi do 140 na minutę, nawet wtedy, gdy zdaleka liczyć poruszenia klatki piersiowej.

3. I. 98. Waga=1,37 kilogr. Oddech 120.

26. I. 98. " =1,43 "

7. II. 98. " =1,47 "

19. II. 98. " =1,60 "

13. IV. 98. " =1,79 "

15. VIII. 98. Okociła się, ma 6 młodych.

6. IX. 98. Waga 2,87 kilogr.; małe chowają się wybornie.

23. II. 99. Waga=1,80 kilogr. Zwierzę zabite.

Badanie pośmiertne. Lewa strona klatki piersiowej zapadnięta, płaska, 5, 6 i 7 żebro mają kostną nieprawidłowość, szeroką; deformacja klatki piersiowej znaczna.



Przepona brzuszna uniesiona:		
	z prawej strony	z lewej
	na <i>linea paraster.</i> do 6 żebra	do 5 żebra
	<i>l. axillaris</i> 8 „	8 „
w pobliżu kręgosłupa pomiędzy 9 i 10	8 „	8 „

Serce posiada poprzeczny wymiar=30 mml., podłużny =27 mml., grubość=18 mml. Grubość ściany lewej komórki =6 mml. prawej=2 mml.

Lewej jamy opłucnej nie ma, górną część jamy zajmuje serce przyrośnięte do lewej ściany klatki piersiowej; do 8 żebra od dołu przyklejona przepona za pomocą słabych zrostów.

*Mediastinum posticum*, przesunięte na lewo i przyklejone do wewnętrznej strony lewej ściany klatki piersiowej, tworzy tym sposobem rodzaj worka, w którym się mieści część dolnego i część środkowego zraza prawego płuca.

Prawe płuco nadmiernie rozdęte; brzegi tego płuca przedstawiają się pod postacią rozdętych powietrzem pęcherzy.

Lewego płuca nie ma, pozostał niewielki guzik zawierający grube oskrzela i naczynia krwionośne.

Wątroba i nerki na oko nie przedstawiają zmian.

## Doświadczenie XLVI.

Suczka szaro-żółta, wagi=6,7 kilogr.

18. XII. 97. Zastrzyknąłem pod skórę 0,06 morfiny, następnie uspiłem zwierzę mieszaniną chloroformu, eteru i alkoholu. Zwierzę spało spokojnie.

Operacja z prawej strony. Cięcie łukowate, wypukłością zwrócone do środkowej linii ciała w pobliżu połączeń chrząstek z żebrami. 3 i 6 między żebrza przecięte jak również 4, 5 i 6 żebro od strony chrząstek. Dolny zraz płuca wydobyłem na zewnątrz, u podstawy przebiłem igłą i nałożyłem z 2 stron prowizoryczną ligaturę dla powstrzymania krwotoku. Następnie wyciąłem klin z tego zraza [wagi 3,0 grm.] i nałożyłem szew na pozostałą część. Szwy głębokie przez całą grubość płuca, jednak na tylnej powierzchni opłucnej nie przebijałem [ze strony przeciwnej]. Nałożyłem takich szwów 5. Płuco odwróciłem i z przeciwnej strony nałożyłem na ranę jeszcze kilka mniej głębokich szwów. Ligaturę prowizoryczną usunąłem, nieznaczne krwawienie było tylko z miejsc naddartych, lecz wkrótce samo się uspokoiło; na miejscu zaś ligatury utworzyła się krwawa linia.

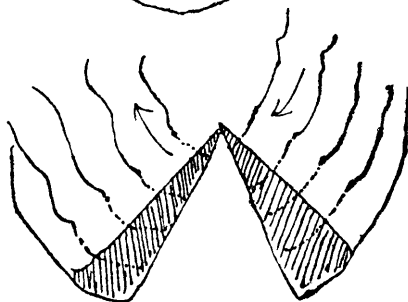
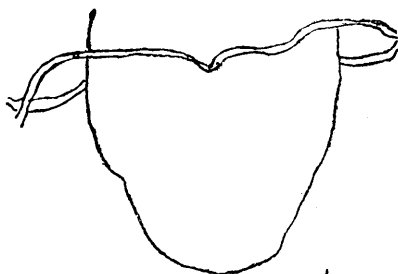
Płuco wpuściłem do klatki piersiowej. Szew na żebra jak w poprzednich przypadkach. Szew na mięśnie i skórę oddzielnie,

Po operacji liczba oddechów=18.

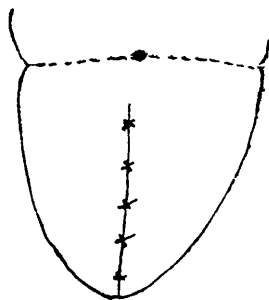
19. XII. 97. Zwierzę zachowuje się spokojnie. Cokolwiek je i pije. Oddech 32, dosyć swobodny. T<sup>o</sup>. 39,2<sup>o</sup>.

20. XII. 97. Tętno 76. Oddech 48. T<sup>o</sup>. 39,1.

Ligatura prowizoryczna



Szew na płuco.



Płuco po wycięciu klina i zaszyciu.

21. XII. 97. Zwierzę je niewiele. Wypuszczone z klatki biega po sali.

22. XII. 96. Stan zwierzęcia dobry. Oddech swobodny. Apetyt wraca.

28. XII. 97. Stan ogólny dobry. Pies je dobrze, oddycha swobodnie.

3. I. 98. Waga—6,35 kilogr. Oddech—56. Rana zagojona zupełnie, *per primam*; szwów nie usuwałem.

8. I. 98. Waga—5,85 kilogr. (!!) Oddech 40.

11. I. 98. Waga—5,67 „ (!!). Oddech 28.

13. I. 98. Waga—5,64 „ (!!). Oddech 34.

17. I. 98. Waga—5,50 „ (!!). Oddech—22. Pomi-mo to, że zwierzę je dobrze, waga ciała ciągle się obniża.

26. I. 98. Waga—5,35 kilogr. Zwierzę żywione wy-bornie, apetyt ma.

5. II. 98. Waga—5,50 kilogram, T<sup>o</sup>. M.=38,9<sup>o</sup>. Od-dech—20, g ł ę b o k i, r ó w n y.

Postanowiłem na tem zwierzęciu wykonać rezekcyę płuca z l e w e j s t r o n y.

Po zastrzyknięciu podskórnem 0,18 morfiny, narkozę pod-trzymywałem eterem. Zwierzę śpi wybornie.

Otworzyłem opłucną w 4 międzyżebżu, przeciąłem 4 i 5 że-bro. Górny zraz płuca wydobyłem na zewnątrz i u podstawy na-łożyłem ligaturę. Waga wyciętego płuca=1,5 grm. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Oddech po operacyi=20, g ł ę b o k i, r ó w n y.

6. II. 98. *Emphysema subcutaneum* zajmuje cały lewy bok i zachodzi na brzuch. Wieczorem śmierć zwierzęcia.

7. II. 98. B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Z obciętej czę-ści płuca było nieznaczne krwawienie.

Płuco lewe nie przedstawia nic szczególnego. Zanu-rzyłem je w wodę i przez rurkę szklaną wprowadzoną do os-krzela nadąłem. Okazało się, że przez oskrzele podwiązanego i obciętego zraza przechodzi powietrze. To było powodem *pneumothorax* i *emphysema subcutaneum*.

P r a w e p ł u c o—dolny zraz brzegiem przednim przyro-śnięty do klatki piersiowej, do żeber przeciętych. [Żebra zroś-nięte dobrze, *callus* zupełny]. Blizna na miejscu wyciętego klina w płucu rozciągnęła się i doskonale daje się spostrzegać ów brak. Płuco po brzegach rozdęte.

## D o ś w i a d c z e n i e XLVII.

Pies łaciasty, wagi=7,75 kilogr.

19. XII. 67. *Injectio subcutanea morphii* 0,18. Nar-koza mieszana chloroformem, eterem i alkoholem. Operacya z l e w e j s t r o n y. Przeciąłem 4 i 6 międzyże-brza, oraz 5 i 6 żebro od strony chrząstek. Z dol-

Pam. Tow. Lek. T. 98, Z. I.

4

nego z rąza wyciąłem klin, wagi=8,0 grm. Szew na płuco jak w przypadku poprzednim. Po operacyi oddech—14, bardzo głęboki.

20. XII. 97. Pies oddycha ciężko, leży spokojnie. Jeść nie chce, pije wodę.

21. XII. 97. Oddech ciężki. Zwierzę cokolwiek je.

23. XII. 97. Pies chodzi po sali. Oddycha spokojnie.

27. XII. 97. Śmierć.

Badanie pośmiertne. Zmian w opłucnej niema. Płat rezekowany twardy, suchy, bezpowietrzny. Górny zraz ma brzegi mocno rozdęte.

Prawe płuco — wszystkie zrazy nadmiernie rozdęte blade.

W innych narządach widocznych zmian niema.

### D o ś w i a d c z e n i e XLVIII.

Królik czarny, wagi—1,6 kilogr.

20. XII. 97. *Injectio subcutanea morphii* 0,09. Operacja z lewej strony. Cięcie koliste, przecięciem 6 międzyżebrowe i 6, 5 oraz 4 żebro. Na lewe płuco nałożyłem 3 oddzielne przewiązki, pozostał maleńki kawałek płuca. Szew na klatkę piersiową, jak wyżej. Oddech po operacyi=65.

21. XII. Królik jeść nie chce, siedzi spokojnie, oddycha szybko.

22. XII. Zwierzę cokolwiek je; porusza się z trudnością.

23. XII. Oddech szybki, zwierzę raźniejsze. Sinicy niema.

3. I. 98. Waga zwierzęcia=1,5 kilogr. Liczba oddechów 156.

8. I. 98. Waga=1,4. Oddech=108.

13. I. 98. Waga=1,37. Oddech=120. Skutkiem ustawicznego obniżania się wagi zwierzę otoczono troskliwą opieką, oddzielnie pomieszczono i staranniej żywiono.

20. I. 98. Waga=1,38.

30. I. 98. Waga=1,50 kilogr. T° 39,8°.

7. II. 98. Waga=1,58 kilogr.

19. II. 98. Waga=1,59 kilogr.

13. IV. 98. Waga=1,52 kilogr.

3. IX. 98. Królik zabity po upływie 8 1/2 miesiąca po operacyi.

Badanie pośmiertne. Klatka piersiowa zapadnięta z lewej strony, zapadnięcie to jednak nie jest zbyt wielkie. Przestrzenie międzyżebrowe z lewej strony wklęsnięte. Kostne zrosty 4, 5 i 6 żebra mocne.

Prawe płuco — znaczna rozedma szczególniej brzegów [jak pęcherze].

*Mediastinum posticum* przesunięte aż do lewej strony klatki piersiowej i tam na wysokości 6 żebra przyrośnięte. Środkowy zraz i część dolnego prawego płuca za *mediastinum* przewędrowały na lewą stronę nad aortą i przełykiem, — a pod *vena cava ascendens*. Z lewej strony dolny odcinek jamy opłucnej zniesiony przez przyrośnięcie przepony brzusznej od 7 aż do 12 żebra, środkową część zajmują zrazy prawego płuca, a w górnej części przyrośnięte serce [do przedniej części klatki piersiowej].

### Doświadczenie XLIX.

Królik szary, wagi—1,5 kilogr.

20 XII. 97—*injectio subcutanea morphii* 0,09. Operacya z prawej strony. Cięcie koliste, otworzyłem 7 międzyżebrze, przeciąłem 7, 6 i 5 żebro. Na płuco nałożyłem 3 oddzielne ligatury i wyciąłem. Sinica znaczna. Szew klatki piersiowej, mięśni i skóry.

Waga wyciętego płuca=2,5 grm.

Liczba oddechów po operacyi=80 !!

W godzinę po operacyi śmierć.

Bada nie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian.

### Doświadczenie L.

Piesek żółty, młody, wagi—5,6 kilogramm.

20. XII. 97. *Injectio subcutanea* 0,09 *morphii*. Narkoza mieszana [chloroformem, eterem i alkoholem].

Operacya z lewej strony. Cięcie zewnętrzne koliste w pobliżu połączeń chrząstek z żebrami. Przeciąłem 6 międzyżebrze, oraz 6, 7 i 8 żebro. Dolny płat wydobyłem na zewnątrz, przebiłem igłą i przeprowadziłem ligaturę prowizoryczną dla powstrzymania krwotoku. Następnie wyciąłem klin [wagi=8,5 grm.] i nałożyłem na płuco szew jak w poprzednich doświadczeniach. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Po operacyi liczba oddechów na minutę=17, oddech głęboki.

21. XII. 97. Pies jeść nie chce, leży spokojnie.

22. XII. 97. Zwierzę pije mleko, chodzi po klatce. Oddech—22, głęboki.

23. XII. 97. Stan coraz lepszy. Pies je mięso.

24. XII. 97. Pies wypuszczony z klatki biega po sali. Apetyt mu wraca.

28. XII. 97. Stan ogólny bardzo dobry. Szew na klatce piersiowej wybornie trzyma (*prima intentio*). Oddech swobodny=24.

3. I. 98. Waga—5,90 kilogr. Oddech—30.

8. I. 98. Waga—5,95 kilogr. Oddech—42.

11. I. 98. Pies biega i skacze po sali; je wybornie. Oddech—52. Rana w zupełności zagojona.

18. I. 98. Waga—6,6 kilogr. Oddech=26.

26. I. 68. Waga—6,34 kilogr.

7. III. 98. Pies zabity [otruty chloroformem].

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Klatka piersiowa cokolwiek płaska z lewej strony. Żebro 6, 7 i 8 zrosnięte dobrze.

O p ł u c n a l e w a gładka, błyszcząca; na miejscu odpowiadającym przecięciu żeber, zgrubiała.

L e w e p ł u c o—d o l n y z r a z m a ł y, w i e l k o ś c i o r z e c h a l a s k o w e g o, n a m i e j s c u w y c i ę t e g o k l i n a z n a j d u j e m y w y r a ż n e b l i z n o w a t e z g r u b i e n i e i w t e m m i e j s c u z r a z p r z y r o ś ł d o ś c i a n y ś r ó d p i e r s i a t y l n e g o. D w a g ó r n e z r a z y s ą z u p e ł n i e s w o b o d n e, b l a d e, m o c n o r o z d ę t e, z w ł a s z c z a n a b r z e g a c h p r e d s t a w i a j ą s i ę j a k p i a n a z d o s y ć w i e l k i m i p ę c h e r z y k a m i.

P r a w a o p ł u c n a—b e z z m i a n; p r a w e p ł u c o o p r ó c z n i e w i e l k i e g o r o z d ę c i a b r z e g ó w n i e p r e d s t a w i a z m i a n.

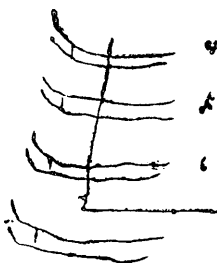
*Mediastinum posticum* tworzy rodzaj workowatego wypuklenia do lewej strony jamy opłucnej i w tem wypukleniu mięści się jeden ze środkowych zrazów prawego płuca, który przesunął się pomiędzy *vena cava infer.* i aortą.

S e r c e, ś l e d z i o n a, w ą t r o b a, n e r k i i i n n e n a r z ą d y n i e p r e d s t a w i a j ą z m i a n.

### D o ś w i a d c z e n i e L I.

Królik szary, [samica], wagi=1,22 kilogr.

31. XII. 97. *Injectio subcutanea 0,09 morphii.* Operacja z lewej strony. Cięcie koliste na linii pachowej przedniej. Jamę opłucnej otworzyłem w 6 międzyżebżu. Przeciąłem 6, 5 i 4 żebro od strony chrząstek. Przecięte żebra odsunąłem ku górze jak wachlarz, płuco wydobylem na zewnątrz i u podstawy nałożyłem ligaturę, oprócz tego oddzielnie przewiązałem jeszcze raz dolny zraz. Szew klatki piersiowej, mięśni i skóry. Waga wyciętego płuca = 1,5 grm. Oddech bezpośredni po operacji = 37.



1. I. 98. Królik siedzi spokojnie, je cokolwiek.  
 3. I. 98. Oddech—90 na minutę, powierzchowny. Waga =1,10 kilogr.

6. I. 98. Waga=1,17 kilogr. Oddech bardzo szybki.

13. I. 98. Waga=1,24 kilogr. Oddech bardzo szybki, powierzchowny; królik tak wystraszony, że liczby oddechów oznaczyć niepodobna.

18. I. 98. Waga=1,24 kilogr. Oddech=90. Na boku w miejscu operowanem utworzył się guz wielkości orzecha włoskiego, chełboczący. Guz ten otworzyłem i opróżniłem z zawartości ropnej.

20. I. 98. Waga=1,27 kilogr. Rana się oczyściła. Pokrywa się ziarniną.

26. I. 98. Waga=1,30 kilogr.

30. I. 98. Waga=1,30 kilogr. Rana się zablizniła.

13. IV. 98. Waga=1,55 kilogr.

6. IX. 98. Waga=1,62 kilogr.

12. X. 98. Waga=1,42 kilogr. Zabity po upływie 9 m. i 12 d.

Badanie pośmiertne. Lewa strona klatki piersiowej zapadnięta, zrosty żeber miękkie, na miejscu odpowiadającym zrostom żeber otorbiona serowata masa.

Przepona uniesiona ku górze:

	z prawej strony	z lewej
przy połączeniu żeber z chrząst. do 5		do 5 żebra
na l. <i>axill.</i>	7	pod 6 „
w pobliżu kręgosłupa pod	10	nad 9 „

Serce—*synechia totalis pericardii*; wymiar serca poprzeczny=24 mml., podłużny=26 mml.

Lewej jamy opłucnej niema, zajęta przez serce w górnej części i ropień otorbiony wielkości orzecha laskowego, oraz przez prawe płuco. *Mediastinum posticum* przesunięte na lewo i przyrośnięte do klatki piersiowej tworząc workowate zagłębienie w którym znajdują się części środkowego i dolnego zrazów prawego płuca. *Mediastinum anticum* również przesunięte na lewo.



**Prawe płuco**—posiada brzegi rozdęte we wszystkich zrazach: w górnym zrazie kilka guzków serowatych; dolny zraz z niemal całym stwardniały, usiany przez ogniska serowate.

Wątroba i nerki przedstawiają zmętnienie.

## D o ś w i a d c z e n i e LII.

Królik szary, wagi—1,19.

3. I. 98. *Injectio subcut.* 0,09 *morphii*. Operacja z lewej strony. Otworzyłem opłucną w 7 międzyżebrow, przeciąłem 7, 6 i 5 żebro i odsunąłem je ku górze. Płuco byłem na zewnątrz, podzieliłem na 2 części i każdą oddzielnie podwiązałem, następnie obciąłem. Waga obciętego płuca=1,5 grm. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Oddech operacyi—52, d o s y ć g ł ę b o k i.

4. I. 98. Królik nie chce jeść; siedzi spokojnie. Oddech przyśpieszony.

6. I. 98. Waga—1,05 kilogr. Oddech bardzo szybki, wyżej 100. Królik je dobrze, biega po klatce.

8. I. 98. Waga—1,02. Oddech—120.

18. I. 98. Waga—1,22 kilogr. Oddech—130, zwierzę niezmiernie wystraszone.

18. I. Waga—1,22 kilogr.

20. I. " —1,27 "

30. I. " —1,29 "

1. II. Królik osowiały, mało je.

2. II. Jeść nie chce, siedzi spokojnie.

3. II. 98. Śmierć zwierzęcia—po upływie miesiąca od czasu operacyi.

**Badanie pośmiertne.** Lewa strona klatki piersiowej cokolwiek spłaszczona. Przecięte żebra zrosły się dobrze.

W górnej części lewej jamy opłucnej znajdujemy serce przylegające do ściany klatki piersiowej, kikut z ligaturami otorbiony, zropiały, wielkości orzecha laskowego, oraz jeden z przesuniętych zrazów prawego płuca. Pozostała część jamy opłucnej zniesiona przez podniesienie ku górze przepony brzusznej.

**Prawa opłucna**—błada bez zmian.

**Prawe płuco** nadmiernie powiększone, rozdęte—*emphysema*. Środkowy zraz odsunął *mediastinum posticum* na lewo, i docierając do samej ściany klatki piersiowej, zajął miejsce lewego płuca [przesunął się nad aortą a pod *vena cava ascendens*].

W wątrobie — *coccygia*. Nerki — granice piramid mocno zaczerwienione. Badanie mikroskopowe wykazało *nephritis*.

### D o ś w i a d c z e n i e LIII.

Królik szary, wagi—1,44 kilogr.

5. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,09 *morphii*. Operacja z lewej strony. Otworzyłem opłucną w 6 międzyżebżu przeciąłem 6, 5 i 4 żebro od strony chrząstek. *Pneumectomia* — ligatura na wnękę płuca. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Oddech po operacji=37.

W nocy śmierć zwierzęcia.

Badanie pośmiertne oprócz miejscowych przekrwień w prawym płucu nie wykazuje innych zmian.

### D o ś w i a d c z e n i e LIV.

Królik wagi—1,05 kilogr.

6. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,09 *morphii*. Operacja z prawej strony. Otworzyłem opłucną w 7 międzyżebżu, przeciąłem 7, 6 i 5 żebro od strony chrząstek. *Pneumectomia* — na płuco nałożyłem 3 ligatury. Szew klatki piersiowej, mięśni i skóry.

Po operacji oddech—60, następnie—74, a później jeszcze niezmiernie częsty i powierzchowny.

Waga wyciętego płuca=2,3 grm.

Śmierć po kilku godzinach.

Badanie pośmiertne oprócz miejscowych przekrwień w lewym płucu nie wykazuje innych zmian.

### D o ś w i a d c z e n i e LV.

Suczka żółta wagi—8,5 kilogr.

7. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,09 *morphii*. Chloroform. Operacja z prawej strony. Otworzyłem opłucną w 6 międzyżebżu, przeciąłem 6, 5 i 4 żebro od strony chrząstek blisko ich połączenia z żebrami. Wyciąłem klin z dolnego zraza, szew na płuco z katgut. Przed wycięciem klina na płuco nałożyłem prowizoryczną ligaturę. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę.

8. I. 98. Zwierzę jeść nie chce, pije tylko wodę, leży w klatce spokojnie, oddycha ciężko.

9. I. 98. Pies weselszy, biega po sali wypuszczony z klatki. Cokolwiek je.

10. I. 98. Szew skórny puścił, rana rozeszła się. Oddech=32, nierówny.

11. I. 98. Waga — 7,5 kilogr. Oddech—29, głęboki, nierówny. Zwierzę chodzi po sali; mięsa jeść nie chce, je tylko płynne pokarmy,—mleko z kaszą.

13. I. 98 Rana otwarta, wydzielina z niej obfita, powietrze jednak do klatki piersiowej nie dostaje się.

18. I. 98. Waga —7,12 kilogr. Oddech—42, głęboki. Z rany wydzielina obfita. Zwierzę je dobrze, wypuszczone z klatki biega po sali.

26. I. 98. Rana na boku zwolna się zabliznia. Waga—6,7 kilogr., zatem stopniowo się zmniejsza pomimo dobrego żywienia.

1. II. 98. Rana po operacji zablizniała się.

Zwierzę pomimo doskonałego utrzymania ciągle traciło na wadze.

12. III. 98. Waga—5,35 kilogr. Zwierzę zabite.

Badanie pośmiertne. Żebra z prawej strony nie zrosły się, powstała miękka kostnina.

Przepona brzuszna podniesiona z obydwóch stron jednakowo, najwyższy punkt na 6 żebrze.

Lewa opłucna bez zmian. Lewe płuco rozdęte mocno, miejscami przedstawia wyraźne pęcherzyki—*emphysema bullosum*.

Prawe płuco wszystkie zrazy zrosnięte ze sobą, od przodu mocny zrost z klatką piersiową, takiż zrost z przeponą, od tyłu i z boków płuco wolne od zrostów. Zraz środkowy w kształcie języka, rozdęty mocno, odsunął *mediastinum posticum* i przesunął się na lewą stronę.

Inne narządy oprócz bladeści nie przedstawiają zmian.

## D o ś w i a d c z e n i e LVI.

Suczka czarna, wagi—7,14 kilogr.

9. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,36 *morphii*, następnie chloroform. Operacja z lewej strony. Opłucna otworzona w 6 międzyżebrzu; 6, 5 i 4 żebro przecięte w pobliżu połączeń z chrząstkami. Płuco wydobyłem i nałożyłem 3 przewiązki. *Pneumectomia*. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Waga wyciętego płuca=19,0. Oddech po operacji—27, równy, głęboki. Sinica.

10. I. 98. Oddech—21, równy. Na stronie operowanej obrzęk powietrzny podskórny.

11. I. 98. Oddech—22, równy, bardzo głęboki. Tętno niezmiernie szybkie. Zwierzę cicho postępuje, jeść nie chce, pije wodę i mleko. Obrzęk powietrzny zajmuje cały lewy bok. Skórę przeciąłem i powietrze wypuściłem.

12. I. 98. Stan gorszy. Zwierzę się nie podnosi, leży nieruchomo.

13. I. 98. Śmierć nad rauem, czyli 4 dnia po operacji.

Badanie pośmiertne. W lewej jamie opłucnej około 60,0 grm. płynu krwistego, mętnego. Opłucna zaczerwieniona. Kikut wraz z przewiązkami przyklejony do klatki piersiowej od przodu i pokryty szarym nalotem.

Prawa opłucna nie przedstawia zmian.

Prawe płuco—w dolnym zrazie na znacznej przestrzeni *collapsus*, płuco w tem miejscu jak skóra, bezpowietrzne. Środkowy zraz przekrwiony, obrzęknięty.

Śledziona cokolwiek powiększona, twarda, ciemna.

Wątroba i nerki zmętniały.

### D o ś w i a d c z e n i e L V I I .

Królik biały z czarną pręgą na grzbiecie, wagi—1,14 kilog.

10. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,09 *morphii*. Operacja z lewej strony. Opłucna otworzona w 6 międzyżebżu; 7, 6, 5 i 4 żebro przecięte. Na płuco nałożyłem 3 ligatury, na każdy zraz oddzielnie. *Pneumectomia*. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Waga wyciętego płuca—2,0 grm. Oddech po operacji—67.

11. I. 98. Królik siedzi w klatce dosyć spokojnie; cokolwiek je. Oddech bardzo szybki—120.

12. I. 98. Oddech—80. Królik chodzi po klatce.

13. I. 98. Oddech bardzo szybki. Waga—0,98 kilogr.

17. I. 98. Oddech—90. Waga—0,90 kilogr.

20. I. 98. Pomimo dobrego pożywienia zwierzę ciągle traci na wadze, która obecnie wynosi 0,87 kilogr. (!)

25. I. 98. Waga—1,00.

30. I. 98. Waga—1,07 kilogr. T.<sup>o</sup> M. 39,8<sup>o</sup>—V. 40,0<sup>o</sup>

1. II. 98. " —1,07 " " " 39,0<sup>o</sup>— " 40,0<sup>o</sup>

4. II. 98. " —1,09 " " " 40,1<sup>o</sup>— " 40,0<sup>o</sup>

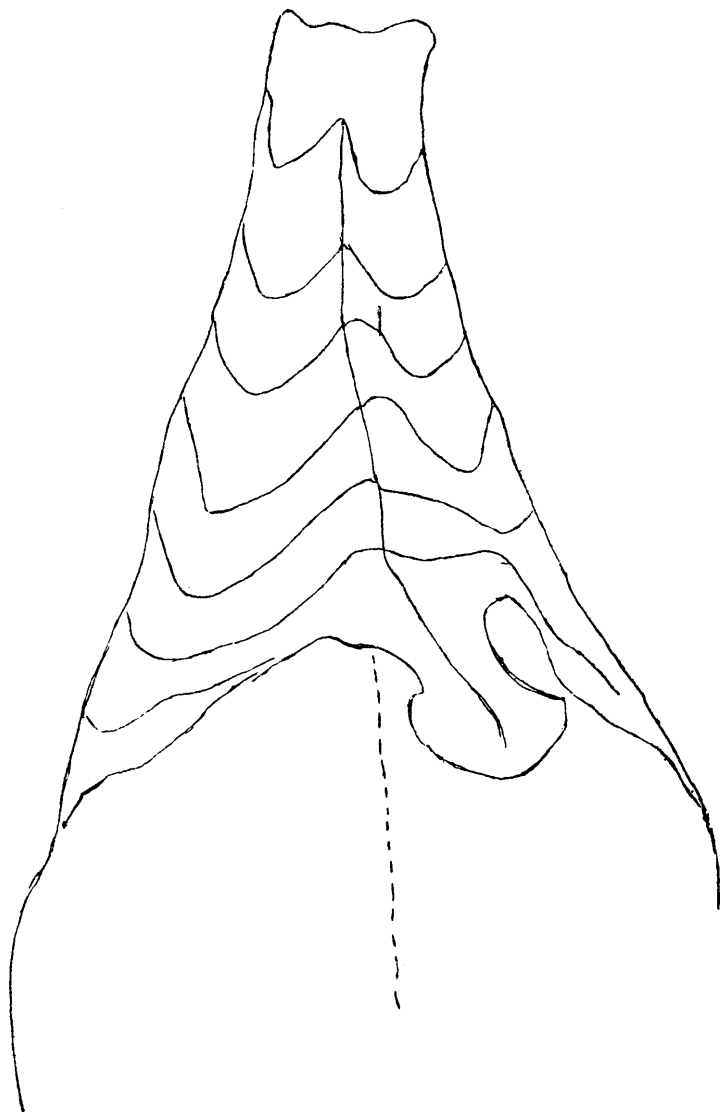
7. II. 98. " —1,12 " " " 39,8<sup>o</sup>— " 40,0<sup>o</sup>

19. II. 98. " —1,29 "

13. IV. 98. " —1,60 "

6. IX. 98. Waga—1,75 kilogr. Królik zabity.

Badanie pośmiertne. Klatka piersiowa z lewej strony zapadnięta, zniekształcenie dosyć znaczne. Linia mostkowa wraz z wyrostkiem mieczykowatym znacznie wygięte [rysunek]. Przestrzenie międzyżebrowe z lewej strony zapadnięte. Przecięte żebra zrosły się dobrze.



Rysunek szematyczny zmian klatki piersiowej u królika po wycięciu  
płuca z lewej strony, *Pneumectomia* 10. I. 1898. Śmierć 6. IX. 1898.  
Wielkość naturalna.

Przepona brzuszna znajduje się od przodu z prawej strony poniżej 5 żebra, z lewej—na 4 żebrze; na linii pachowej z prawej—nad 7 żebrzem, z lewej—na 6 żebrze; w pobliżu kręgosłupa z prawej nad 7 żebr., a z lewej na 6 żebrze.

Prawa opłucna bez zmian.

Prawe płuco—brzegi mocno rozdęte; środkowy zraz i część dolnego odsuwają *mediastinum posticum* na lewą stronę klatki piersiowej i zajmują część lewej jamy opłucnej. *Mediastinum posticum* przesunięte na lewo przyrosło na wysokości 6 żebra. W lewej połowie klatki piersiowej kikut po podwiązaniu płuca wraz z osierdziem przyrósł do ściany, skutkiem tego górna część lewej jamy opłucnej wypełniona, w przestrzeni zaś wolnej właśnie mieszczą się zrazy prawego płuca.

Serce w wymiarze podłużnym na przedniej powierzchni =2,5 ctm.; w wymiarze poprzecznym na przedniej powierzchni =3,0 ctm. Serce zatem powiększone.

Śledziona, wątroba, nerki i inne narządy nie przedstawiają widocznych zmian.

### D o ś w i a d c z e n i e LVIII.

Królik szary, wagi=1,12 kilogr.

11. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,09 *morphii*. Operacja z lewej strony. Opłucna otworzona w 6 międzyżebrzu; 6, 5 i 4 żebro przecięte od strony chrząstek. Na dwa górne zrazy płuca nałożyłem jedną ligaturę, drugą zaś na dolny zraz. *Pneumectomia*. Szew klatki piersiowej, mięśni i skóry. Waga wyciętego płuca=2,0 grm. Oddech po operacji—60.

12. I. 98. Królik siedzi spokojnie w klatce, oddycha bardzo szybko, powierzchownie.

13. I. 98. Waga—1,04. Oddech—130.

26. I. 98. " —1,32. Królik je wybornie, biega po klatce.

3. II. 98. " —1,39.

19. II. 98. " —1,49.

13. IV. 98. " —1,55.

6. IX. 98. " —2,48.

10. X. 88. " —2,10.

12. X. 98. " —2,15. Zabity po nplywie 9 miesięcy.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Lewa strona klatki piersiowej zapadnięta, spłaszczona; lewy łuk żebrowy uniesiony ku górze.

Przepona dochodzi:

	z prawej strony	z lewej
przy połączeniu chrząstek z żebr. do 4 ż.		do 4 ż.
na <i>lin. axill. ant.</i>	" 6 "	" 6 "
w pobliżu kręgosłupa	nad 10 "	" 8 "

Na linii pachowej tylnej z lewej strony przepona przyklejona do ściany klatki piersiowej na wysokości 8 żebra.

W lewej opłucnej znajdujemy resztkę lewego płuca wielkości orzecha laskowego, niezbyt rozdętą; na wewnętrznym brzegu tej resztki i u dołu rozróżnić można sinawą bliznę i ligaturę. Prawe płuco rozdęte, szczególnie po brzegach.

*Mediastinum posticum* przesunięte na lewo i na całe przestrzeni przyrośnięte do lewej ściany klatki piersiowej. W worku tym znajduje się jeden z zrazów [środkowy] prawego płuca.

Serce podłużny wymiar=24 mml., poprzeczny=23 mml.  
Wątroba i nerki nie przedstawiają widocznych zmian.

### D o ś w i a d c z e n i e LIX.

Piesek młody, wagi—3,95 kilogr.

12. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,15 *morphii*. Chloroform. Operacja z lewej strony. Opłucna otwarta w 7 międzyżebrzu; 7, 6 i 5 żebro przecięte od strony chrząstek. Dolny zraz płuca przebiłem w 2 miejscach i podwiązałem. Na środkowy i górny oddzielne ligatury. *Pneumectomy* [11,0 grm.]. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Oddech „po operacyi bardzo głęboki i powolny, zaledwie 9 o d d e c h ó w na minutę.

13. I. 98. Pies leży spokojnie, nic nie je. Oddech—17, bardzo głęboki.

14. I. 98. Pies leży spokojnie; pije mleko. Oddech—24, głęboki.

15. I. 98. Zwierzę nic jeść nie chce. Oddycha bardzo głęboko.

16. I. 98. Śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. *Pleuritis haemorrhagica sinistra*, wysięku około 30,0 grm.

Kikut lewego płuca bezpowietrzny, cały pokryty złogami włókniaka, na przekroju jak mięso.

P r a w e p ł u c o—mocno rozdęte.

W ą t r o b a i n e r k i—zmętnienie w znacznym stopniu.

## D o ś w i a d c z e n i e L X .

Suczka młoda, wagi—6,7 kilogr.

14. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,25 *morphii*. Chloroform. Oddech—14. Operacja z lewej strony. Opłucna otwarta w 6 międzyżebżu; 6, 5 i 4 żebro przecięte od strony chrząstek. Na dolny płat 2 ligatury, na górny i środkowy—po jednej. *Pneumectomy* [13,0 grm.]. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę Oddech po operacji=17, głęboki.

15. I. 98 Zwierzę leży spokojnie, nic nie je, ciężko oddycha.

16. I. 98. Rano śmierć.

Badanie pośmiertne. *Pleuritis haemorrhagica sinistra*, wysięku około 60,0. Na opłucnej—wyszczynienia.

Prawe płuco nadmiernie rozdęte, miejscami *collapsus*.

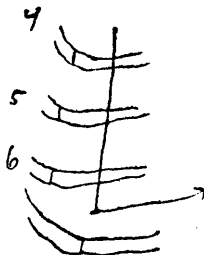
W prawej nerce *eustrongylus gigas*.

Zmętnienie wątroby i drugiej nerki.

## D o ś w i a d c z e n i e L X I .

Królik biały z czarnymi łatami, ważył 2,20 kilogr.

15. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,15 *morphii acetici*. Operacja z lewej strony. Cięcie koliste na linii pachowej tylnej. Otworzyłem opłucną w 6 międzyżebżu i przeciąłem 6, 5 i 4 żebro. Cały płat mięśni i żeber odsunąłem ku górze. Płuco wydobyłem na zewnątrz, rozdzieliłem na 2 części i nałożyłem 2 oddzielne przewiązki u samej wnęki płuca. Waga wyciętego płuca=2,5 grm, Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Oddech bezpośrednio po operacji—30, spokojny, dosyć głęboki.



16. I. 98. Oddech bardzo szybki—94. Królik bardzo mało e. T<sup>o</sup>. M=39,2<sup>o</sup>—T<sup>o</sup>. V.=39,8<sup>o</sup> C.



17. I. 98. Waga—2,05 kilogr. Oddech—120. T° M=38,6°  
V=39,2°.
18. I. 98. Waga—1,98 kilogr. Oddech—108. T° M—38,5°,  
V—39,0°.
19. I. 98. Waga—1,89 kil. Oddech—90. T° M—38,6°,  
V—38,8°.
20. I. 98. Waga—1,97 kilogr. Oddech—104. Królik je  
dobrze, biega po klatce. T° M—38,5°—V—39,0°.
21. I. 98. Waga—2,02 kilogr. Oddech—100. T° M—38,8°  
V—39,2°.
22. I. 98. Waga—2,07 kilogr. Oddech—100. T° M—38,6°  
V—39,4°.
23. I. 98. Waga—2,07 kilogr. Oddech wyżej 100. T.  
M—39,2° V—39,6°.
24. I. 98. Waga—2,09 kilogr. Oddech—100. T° M—  
38,6°—V 39,2°.
25. I. 98. Waga—2,09 kilogr. Oddech—100. T° M—  
38,9°—V 39,4°.
26. I. 98. Waga—2,07 kilogr. Oddech szybki. T° M—  
39,6°—V 39,6°.
27. I. 98. Waga—2,07 kilogr. Oddech szybki. T° M—  
38,8°—V 39,0°.
28. I. 98. Waga—2,07 kilogr. Oddech około 100. T°.  
M—39,0°—V 39,3°.
29. I. 98. Waga—2,10 kilogr.
30. I. 98. Waga—2,10 kilogr. T° V—40,5.
1. II. 98. Waga—2,10 kilogr. T° V—39,0.
2. II. 98. Waga—2,08 kilogr. T° V—39,5.
3. II. 98. Waga—1,12 kilogr.
7. II. 98. Waga—2,10 kilogr.
19. II. 98. Waga—2,12 kilogr.
13. IV. 98. Waga—2,33 kilogr.
1. IX. 98. Waga—2,99 kilogr.
18. IX. 98. Waga—2,95 kilogr. Z a b i t y p o 9 m i e-  
s i ą c a c h.

Badanie pośmiertne. Klatka piersiowa nieco zmieniona, lewa strona płaska, prawa — wypukła; dolny brzeg żeber z lewej strony uniesiony ku górze, skutkiem czego powstało lekkie zakłębienie w miejscu odpowiadającym 5 i 6 żebrowi. Mięśnie międzyżebrowe z lewej strony klatki piersiowej zanikłe, przestrzenie międzyżebrowe zapadnięte. Linia mostka zupełnie skrzywiona, *processus xyphoideus* przechodzi na lewą stronę i zachodzi nawet pod łuk żebrowy.

Przepona brzuszna w pobliżu połączeń żeber z chrząstkami podniesiona nad 5 żebro z obydwóch stron, na linii

pachowej tylnej nad 8, a w pobliżu kręgosłupa z lewej strony nad 9, a z prawej nad 10 żebrzem.

Lewa strona klatki piersiowej. Cały dolny odcinek jamy opłucnej zniesiony przez przyrost diafragmy do żeber,—na linii pachowej tylnej niemal do 8-go a w pobliżu kręgosłupa do 9 żebra. Górna część lewej jamy opłucnej zajęta przez pozostałą szypulkę i serce przyrośnięte do ściany: zatem od góry aż do 4 żebra jama opłucnej zniesiona. Wolna przestrzeń lewej jamy opłucnej ma następujące granice: od 4 do 8 żebra na linii pachowej tylnej, z boku przepona brzuszna od dołu [do 9 żebra] kręgosłup od tyłu. W tej wolnej przestrzeni pomieszczona jest część zrazów od prawego płuca wraz z wypuklonem *mediastinum*.

Prawa strona klatki piersiowej. *Mediastinum anticum* i *posticum* przesunięte zupełnie na lewą stronę i przyrośnięte do klatki piersiowej aż na linii pachowej tylnej. Od dołu środkowy zraz i część dolnego przeszły nad aortą i przełykiem, a pod *vena cava ascendens* na lewą stronę i pomieścili się w wolnej części lewej jamy opłucnej, otoczone są one jak workiem ścianą *mediastini*. Nad *vena cava ascendens* przesunął się górny zraz i zajął część lewej jamy od przodu klatki piersiowej.

Tym sposobem *mediastinum* właściwie niema, a prawe płuco wypełnia prawą i lewą połowę klatki piersiowej.

Prawe płuco ma brzegi mocno rozdęte w postaci pęcherzyków—*emphysema bullosum*; reszta płuca blada, puszysta.

Serce posiada długość=2,6 ctm. bez przedsiónek, szerokość=2,6 ctm..

Śledziona, wątroba, nerki i inne narządy nie przedstawiają zmian.

## D o ś w i a d c z e n i e LXII.

Pies biały, wagi=5,9 kilogr.

15. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,3 (!!) *morphii*. Chloroform. Operacja z lewej strony. Opłucna otwarta w 6 międzyżebżu; 6, 5 i 4 żebro przecięte w pobliżu połączeń z chrząstkami. Dolny zraz płuca wydobyłem na zewnątrz, nałożyłem prowizoryczną ligaturę, wyciąłem klin i płuco zeszyłem ligaturą jedwabną; następnie prowizoryczną przewiązkę usunąłem, a płuco ponownie wpuściłem do klatki piersiowej. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Waga wyciętego klina—5,0 grm. Oddech po operacji—17, g ł ę b o k i.

16. I. 98. Zwierzę ciężko oddycha, leży spokojnie, jeść nie chce.

18. I. 98. Waga=5,19 kil. Oddech—18, ciężki. K a s z e l.

20. I. 98. Zwierzę cokolwiek je. Kaszel się wzmacnia. Oddech ciężki, głęboki.

21. I. 98. Rano śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Lewe płuco słabo przyklejone do ściany klatki piersiowej; powierzchnia jego cała pokryta złoгами włókniaka. Dolny płąt przekrwiony, twardy.

P r a w e p ł u c o—cały dolny zraz stwardniały, z powierzchni przekroju wypływa krwisty płyn, mało zawierający powietrza; także zmiany w dolnej połowie środkowego. Górny zraz miejscami *collapsus*, w pozostałych miejscach znacznie rozdęty.

Zmętnienie wątroby i nerek.

### D o ś w i a d c z e n i e L X I I I.

Piesek łaciasty wagi—4,37 kilogramm.

20. I. 98 *Injectio subcutanea* 0,25 *morphii*. Chloroform. Operacja z lewej strony. Opłucna otwarta w 6 międzyżebżu; 6, 5 i 4 żebro przecięte od strony chrząstek. Środkowy zraz podwiązany i obcięty; z dolnego wyciąłem klin i nałożyłem szew. Podczas operacji z pyska zaczęła wyciekać krew. Zwierzę rzuca się. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Wkrótce po operacji śmierć.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Ze środkowego zraza z brzegu jednego zsunęła się ligatura, nastąpił krwotok do jamy opłucnej. W tem miejscu, gdzie zsunęła się ligatura, znajdowało się oskrzele dosyć znacznych rozmiarów; przez oskrzele to zwierzę wyciągało krew, która dostała się do drugiego płuca i pozatykała oskrzela.

P r a w e p ł u c o mocno rozdęte, w wielu bardzo miejscach *collapsus* skutkiem zatkania oskrzeli.

### D o ś w i a d c z e n i e L X I V.

Królik szary, wagi—1,44 kilogr. T<sup>o</sup>. M. przed doświadczeniem=38,7<sup>o</sup> C. [w odbytnicy].

25. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,09 *morphii*. Operacja z lewej strony. Cięcie skórne na linii pachowej tylnej; opłucna otwarta w 7 międzyżebżu; 7, 6 i 5 żebro przecięte od strony chrząstek. Na płuco nałożyłem 2 ligatury. *Pneumectomia*. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Waga wyciętego płuca=2,0. Oddech po operacji 60.—T<sup>o</sup>. V. 39,0<sup>o</sup>.

26. I. 98. Waga 1,32 kilogr. Królik cokolwiek je. Oddech bardzo szybki. T<sup>o</sup> M.=39,2<sup>o</sup>—V. 39,6<sup>o</sup>.

27. I. 98. Oddech bardzo szybki. T<sup>o</sup>. M.—39,0<sup>o</sup>—V.—39,5<sup>o</sup>.

29. I. 98. Królik biega po klatce. T<sup>o</sup>. M.—29,2<sup>o</sup>—V.—39,6<sup>o</sup>.

29. I. 98. Waga—1,37 kilogr. T<sup>o</sup>. M.—39,0<sup>o</sup>—V.—39,2<sup>o</sup>.

1. II. 98. Waga—1,37 kliogr. T<sup>o</sup>. M.—39,0<sup>o</sup>—V.—39,7<sup>o</sup>.

3. II. 98. Waga—1,34 kilogr. T<sup>o</sup>. M.—39,0<sup>o</sup>—V.—39,2<sup>o</sup>.

7. II. 98. Waga—1,41 kilogr.

19. II. 98. Waga—1,50 kilogr. W szwie skórny ropienie.

1. IV. 98. Na klatce piersiowej z lewej strony w miejscu operowanem utworzył się obszerny ropień, który otworzyłem i ognisko oczyściłem. Waga królika=1,40.

Ropienie na klatce piersiowej wciąż się utrzymuje. Zwierzę traci na wadze.

21. V. 98. Waga—0,55. Królik niezmiernie wychudzony zabity.

**B a d a n i e p o ś m i e r t n e.** Na klatce piersiowej ograniczony ropień. Na wewnętrznej powierzchni żeber w lewej jamie opłucnej w miejscu odpowiadającym przecięciu dosyć wielki, twardy żółtawy naciek.

**L e w e p ł u c o**—z górnego zrazu pozostał niewielki odcinek z gwiazdowatą blizną, na pozostałej części dolnego zrazu—blizna, idąca od góry ku dołowi. Resztki tych zrazów są niezmiernie rozdęte.

Prawe płuco nie przedstawia widocznych zmian, za wyjątkiem rozedmy na brzegach.

Inne narządy niezmiernie blade, nie przedstawiają jednak wybitnych zmian.

## D o ś w i a d c z e n i e LXV.

Królik szary, wagi—1,25 kilogr. Ciepłota w odbytnicy—38,6<sup>o</sup>.

26. I. 98. *Injectio subcutanea 0,09 morphii acetici.* Oddech *post injectionem*=11 (!!).

**O p e r a c y a z p r a w e j s t r o n y.** Cięcie koliste na linii pachowej tylnej. Otworzyłem opłucną w 7 międzyżebżu, przeciąłem 7, 6 i 5 żebro. Płuco rozdzieliłem na dwie części i na każdą nałożyłem oddzielną ligaturę i obciąłem. Pozostała niewielka resztką płuca. Waga wyciętego płuca=2,5 grm. Szew klatki piersiowej, mięśni i skóry. Oddech bezpośrednio po operacji—50.

27. I. 97. Królik jeść nie chce, siedzi spokojnie, oddycha bardzo szybko. Ciepłota M.—39,2<sup>o</sup>—V.—39,4<sup>o</sup>.

28. I. 97. Zwierzę cokolwiek je. Zachowuje się spokojnie. T<sup>o</sup>. M.—39,0<sup>o</sup>—V.—39,2<sup>o</sup>.

Pam. Tow. Lek. T. 98, Z. I.

5

30. I. 98. Zwierzę je lepiej; biega po klatce. T<sup>o</sup>. M.—39,2 V.—39,4<sup>o</sup>.

29. I. 97. Waga—1,12 kilogr. Oddech=88. Królik biega po klatce. T<sup>o</sup>. M.—39,1<sup>o</sup>—V. 39,3<sup>o</sup>.

30! I. 98. Zwierzę je lepiej; biega po klatce. T<sup>o</sup>. M.—39,2<sup>o</sup>—V.—30,4<sup>o</sup>.

1. II. 98. Waga—1,16 kilogr. T<sup>o</sup>. M.—39,3<sup>o</sup>—V. 39,9<sup>o</sup>.

2. II. 98. Waga—1,15 kilogr. T<sup>o</sup>. M.—39,3<sup>o</sup>—V. 39,9<sup>o</sup>.

3. II. 98. Stan coraz lepszy, królik je dobrze. Oddech zawsze bardzo szybki. T<sup>o</sup>. M.—39,5<sup>o</sup>—V.—39,7<sup>o</sup>.

7. II. 98. Waga—1,15 kilogr.

19. II. 98. Waga—1,24 kilogr. W szwach skórnych ropienie.

I. IV. 98. Waga—1,40 kilogr. Ciepłota rano — 39,0<sup>o</sup>. Na klatce piersiowej na stronie operowanej utworzył się guz chęłbocący, wielkości orzecha włoskiego. Guz ten przeciąłem, wypuściłem zawartość cuchnącą i wyskrobałem.

13. IV. 98. Rana zupełnie się zabiłniła. Waga królika —1,62 kilogr.

6. IX. 98. Waga—1,77 kilogr.

19. IX. 98. Waga—1,80 kilogr. Królik zabity niemal po 8 miesiącach od czasu operacyi

**B a d a n i e p o ś m i e r t n e.** Klatka piersiowa z prawej strony zapadnięta, szczególnie w miejscu przeciętych żeber. Łuk żebrowy prawy znacznie uniesiony ku górze. Przestrzenie międzyżebrowe w dolnej części klatki piersiowej z prawej strony zapadnięte. Linia mostka i wyrostek mieczykowaty skrzywione.

Przepona brzuszna w miejscu odpowiadającym połączeniu żeber z chrząstkami z prawej strony uniesiona do 4 żebra, a z lewej—do 5-go, na linii pachowej tylnej z prawej—na 7 żebrze, a z lewej pod 8.

Prawa strona klatki piersiowej—dolny odcinek jamy opłucnej zarośnięty, skutkiem przyklejenia przepony brzusznej aż do 7 żebra; nad zrostem znajdujemy ropień otorbiony, wielkości orzecha laskowego; nad ropniem miejsce podwiązania płuca i resztką rozciągnięta w kształcie języka. Resztką ta jest nadmiernie rozdęta. Miejsce, gdzie nałożono ligatury, przyrośnięte do klatki piersiowej i do niego przylega bezpośrednio serce.

Lewo płuco—nadmiernie rozdęte, szczególnie po brzegach, blade. Górny zraz lewego płuca przyrósł jednym brzegiem brzegiem do *mediastinum anticum* i wraz z sercem przesunął się na prawą stronę.

Serce przyrośnięte wraz z kikutem płucnym do prawej strony klatki piersiowej. Wymiar serca podłużny=2,8 ctm., bez przedsiouków, poprzeczny=2,4 ctm.

Lewe serce twarde, skurczone, wielkie; prawe—wiotkie.  
Śledziona, wątroba, nerki i inne narządy nie przedstawiają zmian.

## D o ś w i a d c z e n i e LXVI.

Królik szary, wagi=1,12 kilogr.

26. I. 98. *Injectio subcutanea 0,09 morphii*. Operacja z lewej strony. Opłucna otwarta w 6 międzyżebrow, 6, 5 i 4 żebro przecięto od strony chrząstek. Na całe płuco *en masse* nałożyłem jedną ligaturę. *Pneumectomia*. Waga wyciętego go płuca=2,0, Szew na klatkę piersiową, mięśniei skórę. Oddech po operacji—40, d o s y ć g ł ę b o k i.

27. I. 98. Waga—1,05, oddech bardzo szybki. T° M.—40°—V.—40,5°.

28. I. 98. Oddech szybki. T.° M.—40,2°—V.—40,2°.

29. I. 98. Oddech — 108. T.° M.—39,6°—V.—39,8°.

30. I. 98. Waga—1,07 kil. T.° M.—39,3°—V.—39,5°.

4. II. 98. Waga—1,12 kil. T.° M.—39,3°—V.—39,6°.

7. II. 98. Waga—1,30 kilogr.

19. II. 98. Waga—1,60 kilogr.

13. IV. 98. Waga—1,60 kilogr.

6. IX. 98. Waga—1,80 kilogr.

10. X. 98. Waga—1,6 kilogr. Królik zabity po upływie 8½ miesięcy.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Lewa strona klatki piersowej cokolwiek zapadnięta, lewy łuk żebrowy uniesiony ku górze; sternum—bardzo mało odchylone na lewo. Zmiany w kształcie klatki piersiowej—nieznaczne.

P r z e p o n a uniesiona ku górze:

	z p r a w e j s t r o n y	z l e w e j
na połączeniu chrząstek z żebr. do	5	do 4 ż.
na <i>l. axill.</i>	” do 8	do 7 ”
w pobliżu kręgosłupa	” nad 10	do 9 ”

Serce posiada wymiar podłużny—27 mml., poprzeczny—25 mml.; prawe serce—miękkie, wiotkie.

L e w a o p ł u c n a —górną część jamy opłucnej zajmuje serce i resztką lewego płuca, ś r o d k o w ą część—przesunięty zraz prawego płuca wraz z *mediastinum posticum*, dolna zaś część zniesiona skutkiem podniesienia przepony.

Resztką lewego płuca wielkości małego orzecha laskowego emfizematyczna, na miejscu ligatury szary przeświecający guzik.

P r a w e p ł u c o —emfizematyczne, szczególnie po brzuchach.

W ą t r o b a i n e r k i nie przedstawiają widocznych zmian.

## D o ś w i a d c z e n i e LXVII.

Królik szary wagi 0,92 kilogr.

27. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,06 *morphii*. Operacja z prawej strony. Opłucna otwarta w 6 międzyżebrow, 6 i 4 żebro przecięte w pobliżu połączeń żeber z chrząstkami. Na całe płuco nałożyłem jedną ligaturę. *Pneumectomia*. Waga wyciętego płuca=2,0. Szew na klatkę piersiową mięśnie i skórę. Oddech po operacji—40.

28. I. 98. Waga—0,85. Królik nie je. T° M —39,2° —V.—39,4°.

29. I. 98. Zwierzę siedzi spokojnie w klatce. Oddycha bardzo szybko, liczba oddechów wyżej 100. T° M.—38,7°—V.—39,0°.

30. I. 98. Waga—0,85. T.° M.—39,1°—V.—39,2°.

1. II. 98. Waga—0,86. T.° M.—39,2°—V.—39,4°.

4. II. 98. Waga—0,89. Królik oddycha zawsze bardzo szybko.

7. II. 98. Waga—0,92.

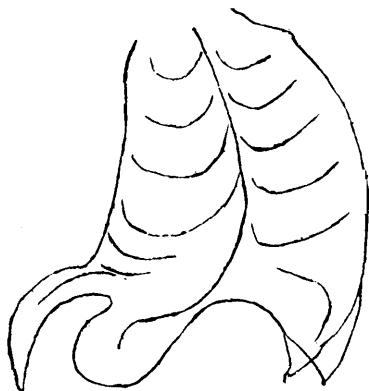
19. II. 98. Waga—0,98.

18. IV. 98. Waga—1,30 kilogr.

6. IX. 98. Waga—1,79 kilogr.

20. IV. 99. Waga—1,92. Królik zabity po upływie 2 m. i 20 dni.

Badanie pośmiertne. Z prawej strony znaczne zniepodobnienie klatki piersiowej. Przestrzenie międzyżebrowe zapadnięte, klatka piersiowa płaska, łuk żebrowy mocno uniesiony ku górze, skutkiem tego na wysokości 6 żebra mocno zapadnięcie. Linia mostkowa skrzywiona esowato. Żebra na miejscu przecięcia mocno przorastaue.



Przepona brzuszna uniesiona ku górze:

	z prawej strony	z lewej
na linii połączeń chrząstek na 4 żebrze		4 żeb.
„ pachowej pod 5 „		pod 6 „
w pobliżu kręgosłupa na 9 „		9 „

Z prawej strony w jamie opłucnej przepona przyrośnięta do klatki za pomocą słabych zrostów aż do 5 żebra na linii pachowej.

Serce posiada wymiar poprzeczny—23 mml., podłużny—mml., grubość—11 mml., grubość ściany lewego serca 4—6 mml. Serce przesunięte na prawo i dosyć mocno przyrośnięte do klatki piersiowej.

Z prawego płuca pozostał tylko niewielki język, który jest nadmiernie rozdęty, potworzyły się na nim pęcherze—*emphysema bullosum*.

Lewe płuco nadmiernie rozdęte szczególnie po brzegach. Przesunięcie lewego płuca na prawą stronę jest niewielkie. Wolna przestrzeń powstała po prawej pneumektomii przeważnie jest usunięta przez uniesienie ku górze przepony, przemieszczenie serca i rozdęty pozostały zraz.

### D o ś w i a d c z e n i e LXVIII.

Piesek łaciasty wagi—6,35 kilogr.

28. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,3 [1] *morphii*. Chloroform. Operacja z lewej strony. Opłucna otwarta w 6 międzyżebrzu, 6, 5 i 5 żebro przecięte przy połączeniu z chrząstkami. Na dolny zraz ligatura prowizoryczna, wyciąłem klin [5,5 grm.], szew na płuco. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Oddech po operacji—15, bardzo głęboki.

29. I. 98. Pies niespokojny, stęka, jeść nie chce, oddycha ciężko.

30. I. 98. Śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało tylko *pleuritis haemorrhagica sin.*

### D o ś w i a d c z e n i e LXIX.

Królik czarny wagi—1,8 kilogr. Ciepłota przed operacją —38,4° C. [w odbyticy].

29. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,09 *morphii*. Operacja z prawej strony. Opłucna otwarta w 6 międzyżebrzu; 6, 5 i 4 żebro przecięte od strony chrząstek. Jedna ligatura *en masse* na wszystkie zrazy płuc. *Pneumectomia* [2,5 grm.]. Szew



klatki piersiowej, mięśni i skóry. Po operacji oddech bardzo szybki,—100 na minutę. W godzinę po operacji śmierć.

Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian.

### D o ś w i a d c z e n i e LXX.

Piesek kawowy wagi—4,8 kilogr. Tętno—120, oddech—22. T° M.—38,6°.

30. I. 98. *Injectio subcutanea* 0,15 *morphii*. Chloroform. Operacja z lewej strony. Zwierzę ułożono na grzbiocie. Cięcia zewnętrzne koliste, wypukłością zwrócone do środkowej linii ciała. Opłucna otwarta w 5 międzyżebżu, 5, 4 i 3 żebro przecięte przy połączeniu z chrząstkami. Płuco wydobyłem na zewnątrz. Zwierzę przestało oddychać. Sztuczny oddech przez dość długi przeciąg czasu. Ligatura *en masse* na płuco. *Pneumectomia*. Pies ponownie przestał oddychać. Sztuczny oddech. Wszystko to znacznie przedłużyło operację. Po zaszytych klatki piersiowej, mięśni i skóry po raz trzeci zmuszony byłem do stosowania oddechu sztucznego. Po operacji oddech—11 bardzo głęboki.

31. I. 98. Śmierć.

Badanie pośmiertne. W lewej jamie opłucnej znaczna ilość płynu krwistego, opłucna sama mocno zaczerwieniona. Prawe płuco—ostra rozedma.

### D o ś w i a d c z e n i e LXXI.

Piesek czarny wagi—6,6 kilogr.

2. II. 98. *Injectio subcutanea* 0,18 *morphii*. Narkoza dalsza etrem; zwierzę śpi dobrze. Operacja z lewej strony. Opłucna otwarta w 6 międzyżebżu; 6, 5 i 4 żebro przecięte przy połączeniu z chrząstkami. Po otworzeniu klatki piersiowej duszność i sinica nader silne, zwierzę oddycha bardzo głęboko i wolno, z przestankami, sądziłem przez chwilę, że zwierzę kończy swój żywot. Po pewnym czasie oddech stał się równiejszym i sinica się zmniejszyła. Na dolny zraz—2 ligatury, na górny i środkowy po jednej *Pneumectomia* [13,0 grm]. Szew na klatkę piersiową, mięśnie i skórę. Oddech po operacji—32, równy.

3. II. 98. Zwierzę leży spokojnie w klatce, jeść nie chce, oddycha równo, spokojnie—30.

5. II. 98. Oddech 46, ciśnienie krwi. T° M.—38,0°.—V. 38,5°. Waga 6,40 kilogr.—Pies je cokolwiek.

7. II. 98. Waga—6,25. Oddech—52 T° M.—38,4°—V—38,4°. Zwierzę stęka, je bardzo mało. Chodzi po klatce.

9. II. 98. Pies przerwał sobie ranę na boku, wypływa z niej obficie surowiczko-krwista wydzielina; jama opłucnej otwarta, powietrze do niej gwałtownie wpada.

12. II. 98. Wydzielina z klatki piersiowej niezmiernie obfita, cuchnąca. T° M.—38,0°—V. 38,2°.

14. II. 98. Rano śmierć t. j. po upływie 12 dni.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Lewa opłucna zgrubiała mocno zaczerwieniona, pokryta szarymi złoгами. W jamie opłucnej niewielka ilość mętnego, szarego płynu. Kikut, pozostały po nałożeniu przewiązek na płuco, sklejony w jedną całość, wielkości orzecha włoskiego, twardy, bezpowietrzny, pokryty cały złoгами włóknika.

Prawa opłucna bez zmian. Prawe płuco nieco rozdęte, szczególnie na brzegach.

Serce nie przedstawia zmian.

Śledziona ciemna, dosyć miękka.

Wątroba i nerki przedstawiają zmętnienie miąższowe.

## D o ś w i a d c z e n i e LXXII.

Gołąb [samiczka] wagi—300,0 grm. Narkoza chloroformem, a następnie eterem.

Operacya z lewej strony. Cięcie || do kręgosłupa w odległości 1 ctm, od grzbietowej linii. Żebra z mięśniami odsunąłem, płuco ostrożnie odseparowałem i nałożyłem na wnękę przewiązkę. Staralem się nałożyć oddzielnie szew na klatkę piersiową, lecz bezskutecznie, skutkiem czego nałożyłem jednocześnie głębokie szwy przez skórę i mięśnie. Przy odseparowaniu płuca skaleczyłem je, krwawienie było dosyć żywe. Po wycięciu płuca sinica wielka, oddech niezmiernie ciężki, nieprawidłowy, gołąb tylko od czasu do czasu robi ruchy oddechowe, zwolna jednak przyszedł do siebie.

8. II. 98. Oddech—60, równy. Gołąb pije wodę. T° M.—40,9°—V. 40,5°.

9. II. 98. Oddech—40. Ptak je pszenicę, groch. T° M.—40,4°—V.—40,7°.

10. II. 98. T° M.—41,0°—V.—41,0°.

11. II. 98. Oddech—56. T° M.—41,3°—V.—41,4°.

12. II. 98. Oddech—40. T° M.—41,2°—V.—41,6°.

13. II. 98. Oddech—36. T° M.—41,0°—V.—41,6°.

14. II. 98. Oddech—26. T° M.—41,0°—V.—40,8°.

15. II. 98. Oddech—24. T° M.—41,3°—V.—40,7°.

16. II. 98. — T° M.—41,0°—V.—40,5°.

17. II. 98. Oddech 40. T° M.—41,7°—V.—41,7°.

18. II. 98. Oddech—46. T° M.—42,0°—V.—41,9°.

19. II. 98.	Waga=290,0 grm.	T° M.—41,9°	V. 41,5°.
20. II. 98.	—	T° M.—41,4°	V.—41,7°.
21. II. 98.	—	T° M.—41,8°	V.—41,3°.
22. II. 98.	—	T° M.—41,3°	V.—41,5°.
23. II. 98.		T° M.—41,2°	V.—41,4°.
24. II. 98.		T° M.—41,2°	V.—41,2°.
25. II. 98.		T° M.—41,2°	V.—42,0°.
26. II. 98.		T° M.—41,1°	V.—40,1°.
27. II. 98.		T° M.—40,1°	V.—41,0°.
28. II. 98.		T° M.—41,5°	V.—41,0°.

4. III. 98. Gołąb porasta pierzami. Waga=270,0.

Do Września 1898 r. zносиła dwa razy jaja, wylęgly się młode, z których tylko jedno żyło.

6. IX. 99. Samiczka zabita.

Lewa strona klatki piersiowej zupełnie płaska, prawa beczkowato wypukłona. Lewej jamy opłucnej niema, cała przestrzeń zarośnięta, skutkiem zapadnięcia klatki piersiowej, można rozróżnić kikut wraz z ligaturą, zabarwiona na ciemno, płuca lewego ani śladu; podwiązane oskrzela przy wnęce kończą się ślepo jak palce od rękawiczki.

Prawe płuco prześwieca przez mięśnie międzybrowe. płuco samo blade-różowe, pęcherzyki jego rozciągnięte. [D. c. n.]

**ŹRÓDEŁA**  
biograficzno-bibliograficzne  
**DO DZIEJÓW MEDYCyny**  
W DAWNEJ POLSCE.

zebrał

**Fr. Giedroyć.**

(Dalszy ciąg).

**BABROWSKI GERARD**

Na wydziale filozoficzno-lekarskim w Bolonii zapisany w roku 1572 Gherardus Babrovius Polonus.

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

**Badurski Jędrzej**

Stopnie filozoficzne uzyskał w Krakowie 19. XI. 1755 i 19. IX. 1758. <sup>1)</sup> W roku 1778 mianowany radcą [konsyliarzem] i lekarzem królewskim.—Spostrzeżenia z własnej praktyki lekarskiej, tudzież wybitniejszych kolegów, spisywał w przeciągu lat 15-tu, przerwawszy pracę dopiero na rok przed śmiercią. Zapewne miał zamiar ogłosić ją drukiem, zebrał bowiem wszystko w jedną księgę i uzupełnił ją przepisami o ostrożnościach, które należy zachowywać przy stosowaniu leków, bacząc mianowicie na charakter cierpienia, porę roku, stan powietrza [*naturam anni, tempestatem*], powikłania choroby i t. p. Rękopis ten posiada biblioteka Uniwersytetu Jagiellońskiego [*N 3348. Kod. pap. w 8-ce, Kart 183*]: <sup>2)</sup> „Liber bibliothecae M. Andr. Badurski, Serenis. reg. Maj. archiatri et cousiliarji. Praecipua ad rem medicam pertinentia ex observatiouibus Cla-

5\*

rissimorum in exercenda praxi virorum nosocomiorum exercitiique sui practici per annos 15 ad hanc diem, qua ex promptuarijs suis hunc in librum simul congerit, adjectis opportunis circa usum modumque praescribendi remedia cautionibus, respective ad naturam morbi aegroti, naturam anni, tempestatem, complicationem affectionis etc. etc. contiueus, a. d. 1785 die 15 mensis **F**ebruarii“.

**N 16.** Officium Medici et Consiliarii S. R. Mtis Nobili Andreae Badurski confertur.

[Varsaviae, d. 9 m. Decembris, A. D. 1778].

„Stanislaus Augustus etc. Significamus praesentibus Literis Nostris, quorum interest Universis et Singulis. Quia Nos commendatum habentes Nobilem Andream Badurski theoretica et practica Artis Medicae peritia optime donatum, faciendum esse duximus, ut ipsi Officium Nostri Medici et Consiliarii daremus et conferremus, prout quidem praesentibus Literis Nostris damus et conferimus ita ut omnibus Juribus et praerogativis libertatibus et immunitatibus officium hocce concernentibus gaudeat et fruatur. Quod omnibus quorum interest praesertim Magnifici Regni et Magni Ducatus Lityaniae Curiaeque Nostrae Marschalcis nec uon caeteris Generosis Nostris Officialibus notum esse volentes, mandamus, quatenus praefatum Nobilem Andream Badurski pro Actuali Nostro Medico et Consiliario habeant, nominent et agnoscant, atque pro Juribus, praerogativis, libertatibus et immunitatibus ad Officium hocce spectantibus, tum ipsi respondeant tum ab aliis responderi curent, pro gratia Nostra Regia. In quorum fidem praesentes manu Nostra subscriptas Sigillo M. D. L. communiri iussimus. Datum Varsaviae die IX Mensis Decembris Anno Dni MDCCLXXVIII Regni vero Nostri XV Anno. Stanislaus Augustus Rex“.

===== Luminare in academia umbris refulgens doctor Joannes Cantius, devota oratione praesentatum. Posnaniae, typ. Acad. 1761. folio, kart 13.

===== Responsio vocationi divinae adaequata, in comparitione pro termino illustris olim clarissimi et adm. Rndi Dni Georgii Zubrzycki in alma Univ. Crac. Philos. doctoris, in inclyta Academia Posnaniensi s. theol. professoris, collegae

minoris vocati, ecclesiae parochialis in Łukowica praepositi, seminarii academico—dioecesani praefecti, dum in ecclesia parochiali S. Margarethae Virginis et M. in Szrodka, ad Posnaniam sita, sub directione Congregationis oratorii S. Philippi Nerii existente, magno omnium dolore, justa ei funebria persolverentur a M. Andrea Badurski in alma Univ. Crac. philos. doctore, in inelyta academia Posnaniensi scholae grammatices professore denuntiata. An. 1761. die 17 Decembris. Posnaniae, typis academicis. folio, k. 7.

—— Sapiens uno minor Jove DD. Comes de Aquino Thomas dr. Angelicus redeunte annua suae festivitatis die in ecclesia celeberrimi conventus Posnaniensis ordinis Praedicatorum praesente illustrissima hospitem corona a M. Andrea Badurski in alma Universitate Cracoviensi philos. doctore, in inelyta Academiae Posnaniensis scholae gramatices profes. demonstratus anno quo aeterna sapientia in Cathedra Mariana salutem nostram peroravit. 1762 die 7 Martis. Posnaniae, typ. Acad. 1762. folio, k. 4.

—— Powinszowanie Jaśnie Oświeconemu Xciu Józefowi Jabłonowskiemu wojewodzie Nowogrodzkiemu etc.—Jaśnie Wielmożnemu IMci Panu Józefowi Wielopolskiemu Kawalierowi orderu s. Stanisława, chorążycowi kor.—Jaśnie Wielm. Imci Panu Józefowi Wielopolskiemu staroście Lanckorońskiemu i Zagoyskiemu, rotmistrzowi pancerney chorągwi.—Jaśnie Wielm. Imci Panu Józefowi Wielopolskiemu margrabczowi Piuczowskiemu. — Oświadczenie uprzejme serca obowiązanego w powinszowaniu doroczney uroczystości Świętego Józefa JO. Xciu IMci i JW. PP. nayszlachetniejszą krwią złączonym Imionom, życzeniem Szkół Nowodorskich Akademii Krakowskiej przez M. Andrzeia Badurskiego, filozof. dokt. kolegę mniejszego, szkoły poetyki profesora wyrażone dnia 19 miesiąca Marca [1766], w 8-ce, kart 7. [Zarówno tytuł jak i wiersze są pisane po jednej stronie w języku polskim, po drugiej w łaćcińskim].

—— Wiersz do Wielmożnego IMci Pana Andrzeja Badurskiego konsyliarza JKM. filozofii y medycyny doktora.

W dzień jego imienin r. 1780 dnia 30 Listopada. W Krakowie, w drukarni Seminarium biskupiego Akademickiego, w 4-ce, kart 4.

**Źr. druk.** 1) Muczkowski. Lib. promot. 411. 414.—2) Dr. Wł. Wisłocki. Katalog rękopisów bib. un. Jagiell. Kraków. 1877—1881.—K. Estreicher. Bibliogr. pols. T. XII, str. 328—329.

### BAGOTI

lekarz w legionach polskich.

**Źr. druk.** K. Wł. Wójcicki. Cmentarz Powązkowski. T. III. Dodatki i przypisy, str. XVI.

### BALTAZAR

W roku 1573 występuje przed urzędem miejskim Starej Warszawy Dorota, wdowa po doktorze Baltazarze. Znamy lekarza Baltazara z tych czasów jednego tylko Rachockiego, ten wszakże umarł dopiero w roku 1603, więc tu o innym mowa. W akcie, z którego czerpię wiadomość, mowa o doktorze Baltizarze [*Balthisar*]; wziąłem to za błąd w pisowni imienia, chociaż jest rzeczą również możliwą, że tak brzmiało nazwisko: B a l t i z a r.

**Źr. rękop.** Akt. Starej Warsz. Lb. 7, fl. 578.

### Bandkowski Kacper

do nauk lekarskich przykładał się w Bolonii, widzimy go bowiem tam wpisanego w roku 1594 na wydziale filozoficzno-lokarskim.

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

### BARANEK JAN

ławnik lwowski, *doctor medicinae et physicae*, konsyljarzem królewskim [radcą] mianowany w roku 1769. [W *Słowniku Kościńskiego* Baranek podany bez imienia, mowa tam wszakże o innym lekarzu, z wieku XIX].

**N 17.** *Consiliariatus Regius Nobili Joanni Baranek Medicinae et Physicae Doctori Scabino Leopoliensi datur.*

[Varsaviae, die 31 m. Octobris, An. 1769].

„Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quia Nos commendatam habentes eximiam Eruditionem Nobilis Joannis Baranek Medicinae et Physicae Doctoris Scabini Civitatis Nostrae Leopoliensis Ipsum in Numerum Consiliariorum Nostrorum recipiendum esse duximus prout quidem recipimus praesenti Privilegio Nostro concedentes Eidem omnes Libertates Immunitates et Praerogativas quaecunq̄ Consiliarijs Nostris de Jure et Consuetudine competunt quibuscunq̄ Consiliarij Nostri gaudere solent. Quod ad Notitiam omnium quorum interest deducendum esse volumus mandantes ut praefatum Nobilem Joannem Baranek Medicinae et Physicae Doctorem pro Consiliario Nostro habeant et agnoscant, Eique de loco et Praerogativis respondeant et responderi curent pro Gratia Nostra Regia. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae Die XXXI Mensis Octobris Anno Domini MDCCLXIX. Regni vero Nostri VI Anno. Stanislaus Augustus Rex”.

**Źr. rękop.** Akta Kanclerskie. Lb. 47, Pars I, fl. 156.—  
Sigill. Lb. 32, fl. 73.

### **Bariensis Jakób Ferdynand**

Jako lekarz dworu pobiera pensyi rocznej fl. 349 gr. 10; strawne na trzy osoby z kuchni i piwnicy królewskiej oraz dwa korce owsa dziennie; w podróży król daje woźnicę, konie zaś i wóz powinien mieć doktor własne. <sup>1)</sup>

—— Jacobi Ferdinandi Bariensis, **Majestatum Poloniae Physici de regimine a peste praeservativo tractatus.** Nunc primum temporis necessitate in lucem editus, ad sanitatem tuendam... Anno Domini MDXLIII. Treść zawarta w rozdziałach następujących: Prohemium in quo praeponuntur obiter, futurae pestis indicia.—Pestis, e quorum morborum sit genere: [trzy źródła wylicza: powietrze nieczyste, wodę zepsutą, nędzę i głód: „prima ex aëris putredine et corruptione provenit, altera ex putrefacta quae bibitur aqua, tertia vero ex poenuria et fame“]. — Quid sit pestis. [Przytoczywszy zdania różnych autorów w tej sprawie, wypowiada wreszcie własne: „pestis definitio propria: est morbus communis et epidemialis ac perniciosissimus, qui nihil aliud est quam mala ac venenosa putredo sive putrefactiua qualitas, in spiritibus maxime vitalibus necnon et humoribus cor ipsum praesertim circumstantibus, ab extrinseci iam cor-



rupti aëris et venenosorum in eo vaporum attractione pro-  
ueniens“ ].—De causis pestis et eiusdem accidentibus, quae  
signa sunt etiam eius demonstrativa.—De prognosticis.—  
De corporibus, complexionibus, aetatibus, sexibus, et tem-  
poribus in quibus magis aut minus pestis dominatur.—Du-  
bia quaedam scitu digna solvuntur.—Secunda pars tracta-  
tus de praeservante a peste Regimine.—De evacuatione et  
repletione.—Antidota a peste praeservantia et primo Pilulae.  
Pulveres et species a peste praeservantes.—Electuaria et  
confectiones a peste praeservantes.—Condita et conservae  
ad praeservandum utiles.—Syrupi et succi ad praecusto-  
diendum iuvantes.—Aquae ad idem conferentes.—De sim-  
plicibus medicinis quarum usus ad pestem praecavendam  
est utilis.—Simplitia ex plantis et primo herbae contra Pe-  
stem.—Flores contra pestem utiles.—Semina ad idem con-  
ferentia.—Radices, ligna et cortices quorum usus tempore  
pestis couenit.—Gummi, quorum usus optimus est contra  
pestem.—Succi, tam concreti quam liquidi ad idem.—Mine-  
ralia sicut metalla, lapides et terrarum genera, contra pe-  
stem optima.—Ex animalibus medicamenta contra pestem.  
—De balneo et Venere.—De exercitio sive motu et quiete.  
—De somno et vigilia.—De animi passionibus sive acciden-  
tibus.—De aëre, ac eius rectificatione.—Z treści rozdziału  
ostatniego, [którego w moim egzemplarzu brak] widać, że  
mowa w nim o potrawach i napojach.

W przytoczonym tu dziełku autor nie poprzestaje na  
podaniu zdań powag uznanych, ale często wygłasza swoje  
własne, z tamtemi nieraz niezgodne. ²)

——— Epistola ad Nicol. Aut. Carmignanum de iunioris Si-  
gismundi contra Valachos expeditione forti et gloriosa.  
[przed r. 1539].

——— Ad inclytum et doctissimum virum Jacobum Ferdi-  
nandum Bariensem, seren. maiestatis Poloniae physicum et  
medicum celeberrimum, Ode gratulatoria. Bez roku i m. dr.  
w 4ce [wiersz w dzień imienin]. ³)

**Źr. druk.** 2) Fr. Giedroyć. *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych*. Warsz. 1899. str. 6.—3) K. Estreicher. *Bibliogr. polsk.* T. XII. str. 373—4.

**Źr. rękop.** 1) *Księgi Skarbowe* Lb. 110, fl. 814/511.—NB. *Spis lekarzy polskich* [Świeżawski i Wenda. *Medycyna*. T. XIX.] podaje go pod **Ferdinandus Jakob**.

### **BART JAN MICHAŁ**

dr. med.; w roku 1774 uzyskał przywilej królewski, nadający mu prawo sporządzenia testamentu podług woli własnej:

*N 18. Facultas testandi et disponendi  
Bonis suis generaliter omnibus No-  
bili Joanni Michaeli Barth Medici-  
nae Doctori datur.*

[R. 1774, d. 27 lipca.]

**Źr. rękop.** Sigill. Lb. 32, fl. 282.

### **BARTŁOMIEJ**

W księgach sekretnych kolegium lekarskiego uniwersytetu Bolońskiego [*Libri Segreti del Collegio Medico*] pod datą 30. I. 1560 zapisano: „Promotio in medicina; **Bart h o l o m e i Silesii**“.

**Źr. druk.** St. Windakiewicz. *Informacya o aktach nniw. Bolońsk.* Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce. T. VII.

### **Bartolan [Bartholanus] Stanisław**

*N 19. Exemptio a functione Officiorum  
Ciuilium Sandomirien. Egregij Sta-  
nislai Bartolani medicinae Doctor. 1)*

[Lublina, in Conventu Regni. An. 1569]. Jako właściciel nieruchomości w Sandomierzu B. mógł być powoływany przez współobywateli do sprawowania urzędów miejskich i pełnienia związanych z nimi obowiązków. Król Zygmunt August, uznawszy, że korzystniej będzie dla mieszkańców miasta, jeżeli dr. B. odda się wyłącznie praktyce lekarskiej, zwolnił go od obowiązku piastowania godności w urzędzie miejskim, nadto zaliczył go do grona sług swoich. Była to oczywiście tym razem godność wyłącznie

*honoris causa*, nadawała wszakże obdarowanemu pewne prawa i przywileje.

„Sigismundus Augustus etc. Significamus etc. Intellexisse nos ex relatione complurium senatorum nostrorum Famatum Stanislaum Bartholan Medicinæ Doctorem Ciuem Sandomiriensium Ciuilium negotiorum et aliorum onerum quae illi nomine bonorum, quae in ea ipsa Ciuitate possidet, frequentius imponantur impediri quo minus libere in tuenda subditorum nostrorum sanitate operam suam nauare possit, quae impedimenta nos ab eo amouere volentes, quo liberius et facilius valetudines subditorum nostrorum qui eius operam hac in parte requirerent curari possit, ipsum ab omnibus officijs, muneribus et functionibus ciuilibus Sandomiriensibus quocunque vocentur nomine eximendum et excipiendum esse putauimus, quod deinceps perpetuis temporibus ad obeunda quaecunque munera ciuilia publica inuitis per quempiam hominum cuiuscunque status, conditionis, Dignitatis et auctoritatis existentium compelli possit, nec debeat, vti eximimus et excipimus hisce literis nostris prorsusque immunem ac liberum ab illis esse debere pronuntiamus, quoniam vero cognouimus eundem Stanislaum Bartholan hac sua arte medica caeteris in eadem facultate excellentibus non esse inferiorem, aliisque bonis animi ornatum, propter quae illum ea gratia, fauore et clementia qua similes quoque viros complecti semper solemus, complectendum duximus, immo vero complectimus, ac coetui nostrorum seruitorum assciscimus ac connumeramus, omniumque libertatum ac immunitatum quibus caeteri seruitores nostri qui nobis fidem, studium, operam et industriam suam probauerunt potiuntur participem facimus, eximentes illum a Iurisdictione et potestate quorumvis Regni nostri Magistratum, in primis vero Ciuitatis nostrae Sandomiriensis, vt omnibus de se querentibus non iam coram Magistratu Ciuili Sandomiriensi sed coram nobis aut Capitaneo nostro Sandomiriensi pro tempore existenti respondeat, ac iudicato sitisfaciat. Quod quidem ad vniuersorum et singulorum hominum cuiuscunque status, Dignitatis et praeeminentiae existentium noticiam deducimus, ac simul ita omnino habere volentes, mandamus, ne praefatum Famatum Stanislaum Bartolau Medicinæ Doctorem Seruitorem nostrum fidelem nobis dilectum ad suscipienda et obeunda aliqua officia Ciuilia, nisi illi vltro sponteque eadem suscipere velit, adigere et compellere, vel aliquod imperium in eum habere audeant. Immo vero in his praerogativis quibus eum ob eximias eius ingenij

dotes ornandum putauimus conseruent, reverentiamque et honorem qui seruitoribus nostris debetur exhibeant. Pro gratia et graui animaduersione nostra“.

Przywilej ten [jak również następne] przeczy wiadomościom, podanym w *Słowniku* Kościńskiego, że B. uzyskał stopnie filozoficzne w Krakowie dopiero w r. 1588 i 1590 [w roku 1569 był już doktorem medycyny i filozofii], jak również, że umarł w roku 1618, mając lat 45 [w takim bowiem razie przyszedłby na świat w roku 1573 i w 1569 nie mógłby być doktorem medycyny.]. Juszyński czerpie [a za nim powtarzają Kościński i inni] szczegóły biograficzne z napisu na nagrobku w kościele św. Ducha w Sandomierzu. Napis ten brzmi: „D. O. M. et Immortalitati. Generosus Dominus S. Bartolanus hic conditus est, vir animi magnitudine, temperantia, fide, constantia insignis. Qui a Musis ad Martem vbi se contulit, omnia virtute meruit, ac Zamoscio Duce, Peditum cohortes bello Valachio, Moldauico, Liuonico, ductauit, tormentis etiam bellicis praefuit, atque idem Legationes in Hispaniam, Angliam, Belgium suscepit, non minus domi sapiens, quam belli strenuus. Obijt Anno Domini 1618. aetatis suae 45. Mense Martio, die 10. cum vixisset, Terram leuem corpori, quietem animae precatur, quae monumentum posuit, moestissima Coniunx“. Jak widzimy napis ten milczy o zawodzie lekarskim osoby, której jest poświęcony, podaje natomiast kilka szczegółów takich, o których nic nie mówi przywilej nobilitacyjny [pod N 22 niżej tu przytoczony] doktora B. Wobec tego wszystkiego staje się rzeczą niewątpliwą, że nagrobek podany przez Starowolskiego nie jest nagrobkiem lekarza B. i że czerpać z tego źródła wiadomości do jego biografii nie należy.

**N 20.** Confirmatio actus commissarialis ratione praedioli villae Gorzycze Z aliesze etc.<sup>2</sup>).

[Leopoli, An. 1578. d. 17 m. Junij]

Z aktu tego widać, że dr. Bartolan z żoną swoją Dorotą Pirocką [Dorothea filia Nobilis olim Alberti Piroczki] trzy-

Pam. Tow. Lek. T. 98 Z. I.

mali w dzierżawie młyn we wsi Gorzyce, do starostwa Sandomierskiego należącej.

**N 21.** Domus Borcolani in circulo Sandomiriensi ab omnibus oneribus libera. <sup>3)</sup>

[Varsaviae. An. 1588, d. 10 m. Aprilis].

Stanisław Borcolani, doktor medycyny i filozofii, zabezpieczył na domu swoim w Sandomierzu pewną sumę, od której procent przeznaczył na utrzymanie [*sustentatio*] pięciu studentów *Collegii Philosophorum* akademii Krakowskiej. W roku 1588 król wydał przywilej, zwalniający dom ten od [postoju] gościa i wogóle od ponoszenia wszelkich ciężarów, ażeby zawsze starczyło pieniędzy na wypłatę za pisanie.

Wszystko przemawia za tem, że w akcie tym i w tytule jego mamy do czynienia z błędem w pisowni nazwiska - *Borcolanus* zamiast *Bartolanus*, nie zaś z inną osobą, z innym lekarzem.

**N 22.** Nobilitatio excellentis Stanislai Bartolani philosophiae et medicinae Doctoris. <sup>4)</sup>

[Varsaviae, d. 10 m. Aprilis, An. Dni 1589].

*Treść aktu:* Stanisław B., odbywszy studia lekarskie we Włoszech i powróciwszy do kraju, brał udział w wyprawie Wołoskiej, poczem osiadł w Sandomierzu i zasłynął tu z umiejętnego i szczęśliwego leczenia. Miasto upiększył, mury ochronne wzmocnił, szpitale wzbogacił darami, z nie-małym nakładem pracy i pieniędzy zdaleka wodę sprowadził. Za te wszystkie zasługi zaszczycony szlachectwem dziedzicznym przez króla Zygmunta III, a przez Andrzeja Malickiego przyjęty do klejnotu *Natęcz*. Gdyby kto śmiał kiedy nieprzyznawać doktorowi lub któremu z jego potomków szlachectwa, ulegnie karze w prawie oznaczonej, zapłaci nadto 2000 złotych węgierskich, z których połowa dostanie się obrażonemu, druga zaś skarbowi Rzeczypospolitej.

„In nomine Domini amen. Ad perpetuam rei memoriam. Sigismundus tertius etc. Significamus etc. Eam demum nobilitatem veram, omnem antiquitatem ac omnium populorum consensum iudicavisse, quae pro magnis aut in Rempublicam aut in suos cives, aut in communem hominum societatem meritis conferretur, neque ulla unquam aut tam barbara aut tam iniqua aetas existit, quae virtutum non admiraretur, non suspiceret, non summis honoribus ornaret. Inde cum optimus quisque gloriam et honorem ac sempiternam nominis immortalitatem suapte natura vehementer appeteret, vetusti heroës monstris perdomandis divinos honores quaesierunt. Imperatores bella pro patria fortiter et prudenter gerendo triumphos ac perpetua tum sibi, tum posteritati suae ornamenta pepererunt, milites hostem caedendo, civem liberando, murum invadendo, vitam contemnendo, coronas cum perpetua decoris in familias suas propagatione reportarunt. Omnes denique, qui vel excogitata inventaque praeclare vel usu experientiaque cognita atque percepta ad communem societatis humanae utilitatem contulerunt immortalem nominis sui celebritatem\* sunt consecuti. Ac nobis quidem cum gravis et laboriosa illa parandae verae nobilitatis ratio, quae in armis atque cruenta bellica virtute posita est, tum non minus honesta atque praeclara ea, quae pacatis studiis comparatur videri solet. Illa ad vim et iniuriam propulsandum, haec ad ornamenta pacis ac vitam hominum recte constituendum valet. Porro in hisce artibus et facultatibus, quae sine tubarum et armorum sono, sine exercitu et copiis, sine hostium caede et fuga prodesse possunt plurimis, nullam magis ad vitam hanc imbecillam tuendum necessarium, divinitus datum putamus ea, quae in ipsius vitae nostrae cura atque remediis in hac inferiori mundi fabrica divina prudentia comparatis versatur. Neque enim si in hac morborum varietate vitam vel producere nou possemus vel aegram et languidam remedium ignoratione duceremus iis studiis, quae ad bene vivendum multum conferunt nobis uti liceret. Idcirco ab omni antiquitatis memoria, qui laudabiliter et cum fructu multorum salutis eam artem exercuerunt in summo ab omnibus honore habiti sunt. Relatus Aesculapius in divos a vetustate superstitiosa celebre Hypocratis Galeni et aliorum priscorum iuxta, ac recentium clarorum medicorum nomen plurimis positae statuae omnes tanquam humanae vitae atque salutis quidem curatores et architecti divini perpetua consensione populi celebrati. Cum vero tantum in ipsa arte medica dignitatis, tantum utilitatis sit, tum qui eam ita

agit et exercet ut ad eam summam honestatem vitae, summam integritatem morum, summam in omni actione communi innocentiam ipsam militarem gloriam praeclara in suos cives merita, liberalem in egenos munificentiam adiungat, is omnes honores ac perpetuam nominis sui memoriam, quasi suo iure deponit. Haec omnia cum in excellenti viro Stanislao Bartolano, philosophiae et medicinae doctore, peritissimo felicissimoque subditi nostri equestris ordinis compluribus annis spectavissent, omittere noluerunt, quin et virtuti ipsius luculentum apud nos testimonium praestarent et debite praemia a nobis illi peterent. Itaque ex ordine suo in hisce generalibus comitiis Varsoviensibus nuncios ad nos infrequentem senatus consessum miserunt, qui illum primo debitis laudibus ornarent, deinde commune totius nobilitatis in illum studium declararent ac peterent, ut eum illi ordini auctoritate nostra regia suaque consentiendi voluntate ascribere dignaremur. Ostenderunt autem nobis eum honestissimo patre, matre autem nobili matrona editum, non in otio et ignavia lubricam illam et pronam ad illecebras voluptatem aetatem transegisse, sed ut primum litteris percipiendis annum idoneum attigit honestissimas disciplinas animo complexum in iis summo studio, summa diligentia versatum esse ac iam praeclara illa a natura indita sibi indole cogitantem, qua maxime arte plurimis opem fere, ac usui esse posset posita in humanitate ac philosophiae studiis multa opera non exiguo tempore ad medicinam animum adiecisse, huius studio viros in ea facultate clarissimos audivisse in celeberrimis Italicis academiis, multa discendo, multa experiendo, agendoque cognovisse. Reversum in patriam, ne bellici decoris in ista musarum familiaritate ac doctrinae professione experts esset in Valachiam magnificum Albertum a Łasko, palatinum Syradiensem, sequutam infestis hastis cum hoste concurrisset, victorem a pugna revertisset, manu prompti ac animo invicti viri officii defunctum esse. Vitae deinde privatae studio uxorem nobili loco natam duxisset positoque in civitate nostra Sandomiriensi eximia quadam animi moderatione domicilio, medicam facultatem complures annos exercuisse summa fide, summa diligentia, summa industria felici cura summa omnium gratia et favore, summa admiratione, tantaque nominis celebritate, ut ad eum ex longinquis etiam atque disitis Regni nostri locis ac ipsis etiam regionibus peregrinis variis conflictati morbis catervatim conveniant, ab eo opem et salutem petant ac divino auxilio plurimi reportent humanitatem, candorem, temperantiam, probitatem, beneficentiam.

tiam pro illius facultatibus, quasi proprias et insitas a natura illi esse virtutes. Illum civitatem Sandomiriensem permultis beneficiis affecisse, aedificiis ornasse, maenia et propugnacula restaurasse illum rem frustra diu expetitam et magnis molitionibus irrita opere ante tentatam sumptu industriae sua perfecisse, fontem nimirum perhennem prope insperato successu per iuga atque anfractus montium e longinquis a civitate locis in medium forum deduxisse, quod vero praeclarissimum est in illa eadem civitate templa restaurasse, xonodochia dotasse, census pro liberalium disciplinarum studiosis perpetuos constituisse, ac omnino quod rectum ac laudabile, quod pium et honestum, quod plurimis utile ac fructuosum esset, nihil non fecisse. Hunc virum tanta contentione virtutis ad nobilitatem verumque decus ententem praeclare et de omnibus prope modum subditis nostris et in militia de Republica et in ornanda civitate Sandomiriensi de civibus suis, deque nobis adeo ipsis meritum, quem ipsa nobilitas ultro sponteque sua in ordinem suum cooptaret ac publica rogatione cum ipsi ac ipsius posteritati sono rem a nobis peterent, cui senatus etiam universus honorifico iudicio suffragaretur, auctoritate nostra Regia specialique privilegio in ordinem equestrem et nobilem transferendum asscribendumque putavimus et ut quem ipse excellenti virtute promeruisset honorem ipsi reperedemus, et alios ad eundem virtutis cursum excitaremus. Quemadmodum quidem praesentibus litteris nostris hunc ipsum Stanislaum Bartolanum, philosophiae et medicinae doctorem eiusque utriusque sexus liberos omnes ac eorum posteros iuri libertati ordini atque dignitati nobilitatis in Regno nostro adiungimus et asscribimus ac ita ex sententia et auctoritate totius Reipublicae communi, nostraque certa scientia eum et eius liberos procreatos et procreandos ac universam posteritatem nobilitatis dignitate afficimus et exornamus, ut illi illiusque liberis procreatis et procreandis et posteris legitimis praerogativas praeeminentias ac magistratuum dignitatum tam saecularium quam spiritualium adipiscendarum plenam facultatem, immunitatem, exemptiones, ornamenta, ac iura, nulla penitus exceptione omnia quibus equester ordo ac nobilitas in Polonia, pro iure et consuetudine utitur et fruitur, pleno iure tribuamus et conferamus. Quod quidem ius nobilitatis quo illustrius certis insignibus, tanquam veris quibusdam notis et argumentis reddamus, Insignia seu stemmata perpetua gentis illius ea illi tribuimus, quae ultro atque sua sponte Nalenticiae familiae vir nobilis generosus Andreas Maliczki vicecapitaneus Sandomiri-



riensis ipsi detulit, nimirum in scuto rubeo albam fasciam, in nexum patente circino colligatam, quae Nalencz dicitur, cruce tamen aurea, signo nimirum, quo hactenus pro pietate sua est communiter usus, in interiorem illum fasciae orbem, una et inter duas propendentes a nodo laciniis, altera apposita. Scuto autem incumbet gallea equestris aperta seu elatrata laciniis ab ea albi et rubei coloris propendentibus et circa scutum se sinuantibus, corona aurea gemmis interstincta, adornata e qua demum ab una parte lilium ab altera rosa ex styrpe exurgunt, cruce aurea in medio posita, prout hic tota eius stemmatis forma depicta cernitur. Haec arma, hoc stemma et insigne nobilitatis perpetuum praedicto nobili Stanislao Bartholano eiusque filiis atque verae posteritati esse volumus. Illo deinceps et in signando epistolis et in quibuscunque negotiis et actionibus tam privatim quam publice et ipse et posteris ab eo deducti libere ac eodem iure utentur, quo insignibus suis vetustissimae quaelibet familiae nobiles in Regno nostro utuntur. Quod quidem universis et singulis Regni dominiorumque nostrorum hominibus praesertim vero equestris ordinis nobili genere natis tam publicas functiones aut magistratus gerentibus, quam privatis quibusvis praesentibus litteris nostris denunciamus. Mandantes nostra Regia et totius consentientis Reipublicae auctoritate, ut ipsum Stanislaum Bartolanum, medicinae et philosophiae doctorem cum illius haeredibus utriusque sexus ab eo legitime descendentibus pro vero nobili habeant, locum illi tam in generalibus publicis maioribus quam etiam particularibus conventionibus Regni nostri concedant ius sententiae et suffragii permittant, armis suprapositis et insignibus eum uti, honores item, dignitates, officia tam spiritualia quam saecularia ad quae Regni nostri habiles, ab avis, ac atavis, longa propagine procreatis, patet aditus, eam familiam a nobis recens nobilitati ordini, libertati, iuri et praerogativis omnibus insitam adire iisque frui et gaudere libenter patiantur, in eoque verae virtutis se esse amatores, ac in ea veram nobilitatem reponere comprobent. Id quod nos optimum quenque pro officio suo gratiaque nostra facturum sponte sua confidimus. Si quis vero huic creato a nobis nobili, aut posteris illius palam vel occulte obtrectare aut de nobilitate aut hoc stemmate detrudere ausus fuerit ei nos multam eo nomine duum millium ungaricorum florenorum auri puri irrogamus, cuius partem dimidiam illi cui detractum fuerit, partem vero fisco nostro adiudicamus ac praeterea poenas contra tales obtrectatores in statutis Regni constitutas. In quorum fidem praesentes litteras no-

stras manu nostra subscripsimus ac sigillo maiestatis nostrae consignari iussimas. Datum per manus reverendi in Christo patris domini Alberti Baranowski, episcopi Praemisliensis, Regni Poloniae vicecancellarii. Praesentibus ut supra. Datum Varsoviae in Conventione Regni Generali, d. decima mensis Aprilis, anno domini millesimo quingentesimo octuagesimo nono, Regni nostri secundo. Sigismundus Rex“.

**23. Confirmatio literarum pro parte Bartoloni Medicinae Doctoris. \*)**

[Varsoviae, An. 1635, die 10. m. Decembris].

*Treść aktu:* Dr. Stanisław B. z wielkim nakładem pracy i funduszków przeprowadził do Sandomierza wodę z odległych źródeł górskich. Magistrat miasta przez wdzięczność za to pozwolił mu na przeprowadzenie rur z miejskich zbiorników wody do domu własnego w rynku i używanie jej nie tylko do potrzeb codziennych, ale nadto do warzenia piwa. Z prawa tego miał korzystać nie tylko sam dr. B., ale —po śmierci jego—żona, dzieci i inni spadkobiercy, którym się ten dom dostanie. Pomienione tu nadanie potwierdził w roku 1589 król Zygmunt III, w roku zaś 1635 Władysław IV.

**Źr. rękop.** 1) Metr. Reg. Lb. 107, fl. 413.—2) Ibid. Lb. 117, fl. 1.—3) Ibid. Lb. 135, fl. 471 v. — 4) Ibid. Lb. 135, fl. 474.—5) Ibid. Lb. 181, fl. 136. — \* może *celebritatem*

## **BASTIDE**

lekarz w legionach polskich.

**Źr. druk.** K. Wł. Wójcicki. Cmentarz Powązkowski. T. III. Dodatki i przypisy. Str. XVI.

## **BAUER KACPER**

lekarz w Rawiczu (niem. Rawitsch) w Wielkopolsce, wspólnie z drem Deryngiem Chrystjanem napisał w roku 1670 panegiryk na cześć burmistrza miejscowego Wandreja, wstępującego w związki małżeńskie z Rozyną Leuffersówną [*vid.* Doering Chrystjan].

**BAUVIER MACIEJ**

mieszkał w Warszawie i trudnił się praktyką lekarską [*medicus practicus*] co najmniej od roku 1719; w roku 1739 mianowany lekarzem królewskim:

**N 24.** Munus Medici Regii Nobili Matthiae Bauvier Medico Practico confertur. [5. April. 1739].

**Źródła rękop.** Sigill. Lb. 25, fl. 101 v.—W spisie lekarzy polskich Świeżawskiego i Wendy błędnie: Bouvier; wątpliwość w odczytaniu nazwiska w rękopisie rozstrzyga pisownia spolszczona Bowier w aktach Starej Warszawy. [Lb. 59. fl. 438. An. 1719].

**BAY JULJUSZ CEZARY**

dr. medycyny i filozofii; w roku 1749 założył i podał do ksiąg grodzkich w Kamieńcu Podolskim protest przeciwko Karolinie, bratowej swojej, wdowie po Janie B., budowniczym warszawskim, zmarłym bezdzietnie, zarzucając jej, że skłoniła ciężko chorego i umierającego już męża, aby—wbrew prawu—zapisał jej majątek swój, oraz że po śmierci męża nie spisała inwentarza.

**Źr. rękop.** Metr. Reg. Lb. 227, fl. 485. 486 v.—Ibid. Lb. 261, fl. 54. 55.

**BAZA PIOTR z POZNANIA**

W akcie kupna wójtostwa Piotrkowskiego od Decjusza żupnika nazwany Piotrem Bazą z Poznania, doktorem medycyny, fizykiem królewskim, w dalszym zaś ciągu Piotrem z Poznania. [*vid.* z Poznania Piotr].

**Źr. rękop.** Metr. Reg. Lb. 86, fl. 347 v., An. 1554.

**Baza (Basa) Wojciech, Oman, Misellus, Wojciech z Poznania.**

Jako lekarz królewski pobierał 75 flor. kwartalnie; [pensyi pobierał 200 flor. i strawnych 100 flor. rocznie]; w drodze był na kuchni i piwnicy królewskiej, miał parę koni, [wóz własny], dostawał nadto codziennie kwartę wina i wór siana. <sup>1)</sup>

Prof. Majer <sup>2)</sup> starał się wyjaśnić pochodzenie różnych nazw, dawanych Bazie; przytoczywszy więc ustęp [z *Regestrum supellectilium* pod r. 1563], który brzmi: „Exi-

mius medicae artis Dr. Albertus Posnaniensis, ex patre quidem *Misellus* tandem ex vitrico *Oman* cognominatus“, tak ciągnie dalej: „Ustęp ostatni, chociaż nie wszystko, najwięcej jeszcze rozjaśnia, to bowiem przynajmniej widać z pewnością, że nazwisko *Oman* nosił Wojciech z Poznania po ojczymie. Nazwiska *Misellus* i *Basa* są dla mnie zagadką. Puściwszy wodze domysłom, możnaby wnosić, że nazwisko *Misellus* użyte zostało zamiast *orbuss*, biedak, sierota; skąd następnie ustęp ostatni tłómaczyłby się w ten sposób: „Wojciech z Poznania, po ojcu sierota, po ojczymie nazwany *Oman*“. Byłby więc mogło, że ojciec jego nazywał się *Basa*“.

Domysł Majera znajduje potwierdzenie w nazwie, dawanej synowi Wojciecha z Poznania, także Wojciechowi, lekarzowi Zygmunta Augusta. Otóż ten drugi Wojciech z Poznania, syn, występuje również pod nazwiskiem *Basa* z przydomkiem *Saxo*. [U Kościńskiego: *Saxo Wojciech*]. Wobec tego rzeczą jest niemal niewątpliwą, że *Basa*—to nazwisko dwóch lekarzy *Wojciechów* z *Poznania*, ojca i syna. [Piotr z Poznania, również *Bazą* zwany, był może bratem jednego z nich.]

Przypuszczenie Majera co do znaczenia nazwy *Misellus* również wydaje mi się trafnem: przydomek ten łaciński przechodzi na syna, ale już w polskim tłumaczeniu: *Sierotka*. Zdaje mi się, że Wojciech ojciec był także niekiedy zwany *Sierotką*, wobec tego jednak, że ojciec i syn nosili jednakowe imiona, występowali przez szereg lat wspólnie jako lekarze, piastowali urzędy dworskie [ojciec był lekarzem Zygmunta Starego i Zygmunta Augusta, syn zaś Zygmunta Augusta], trudno nieraz rozstrzygnąć wątpliwość, o którym z nich w pewnych razach jest mowa. Natrafiłem wreszcie na dokument<sup>3)</sup> z roku 1548, który pozwala przypuszczać, że Wojciech ojciec również posługiwał się przydomkiem *Saxo*, występuje mianowicie w pewnej sprawie majątkowej syn jego, nazwany w akcie „*Albertus Saxonis de Posnania Phisicus Regius*“; jeżeli więc niema tu błędu [*Saxonis* zamiast

*Saxo*], w takim razie mamy do czynienia z Wojciechem z Poznania, lekarzem królewskim, synem *Saxo*'na.

Wreszcie, że było dwóch lekarzy Wojciechów z Poznania —ojciec i syn—mamy dowód stanowczy w liście <sup>4)</sup> Zygmunta Augusta z dn. 29 stycznia 1571 r. do urzędu miejskiego Krakowskiego, któremu król nakazuje nie zwlekać z osądzeniem sporu pomiędzy „Sebastiano Montelupi, Praefecto Postae ac servitore nostro... cum egregio Alberto Saxonio Posnanita, medicinae Doctore, filio egregii olim Alberti Posnanae, medici et physici nostri“.

*N 25. Donatio iuris caduci post Gregorium Furman Ciuem Posnaniensem Egregio Alberto Medicinae Doctore.*<sup>5)</sup>  
[Cracouiae, An. 1551. Feria quinta postridie festi Sanctorum Trium Regum.]

Po śmierci Grzegorza Furmana, który nie pozostawił spadkobierców, majątek jego przechodził, podług prawa, na króla. Zygmunt August zrzekł się tego spadku i oddał go doktorowi Wojciechowi z Poznania (synowi).

*N 26. Donatio omnium exactionum et Ducillorum ab omnipotu Egregio Saxoni Posnaniensi Doctore.*<sup>6)</sup>  
[Cracoviae. An. 1551, feria quinta in crastino sanctorum Trium Regum].

Z tytułu możnaby przypuścić, że doktorowi Wojciechowi oddał król dochody „z akcyzy“, jakbyśmy teraz powiedzieli, atoli treść aktu dowodzi, że doktor sam prowadził handel i uzyskał zwolnienie od podatków, które obowiązany był płać od sprzedaży win wszelkiego gatunku: „muscatella, malmasio et aliis potibus quoscunque propinauerit.“

Źr. druk. 2) Majer. Wiadomości z życia profesorów w Uniwers. Jagiell.—4) Akta podkanclerskie Franciszka Krasińskiego. Bibl. Ord. Kras. II, str. 305.

Źr. rękop. 1) Księgi Skarbowe. Lb. 110, fl. 826/523.—3) Metr. Reg. Lb. 74, fl. 411.—5) Ibid. Lb. 79, fl. 323.—6) Ibid. fl. 330.

**BAZA WOJCIECH** [syn], Saxo, **SIERÓTKA**. *vid.* Baza Wojciech, Oman.

### **BECKER SAMUEL**

rodem z Torunia (Thorunensis), syn Salomona.

— Disputatio de sanitate hominis morbosa [sub. praes. D. Ewaldt]. Regiomonti, 1706. w 4-ce, ark. 3. [Dedyk. Radzie m. Torunia i ojcu swemu Salomonowi.]

**Źr. druk.** K. Estreicher. Bibliogr. Polska. T. XII. str. 429.

### **BEDA**

bakalarz medycyny z XVI wieku. W *Liber mortuorum monasterii Pelplinensis ordinis Cisterciensis* wzmianka o jego śmierci: „Magister B e d a artis medicine baccalarius, qui dedit nobis ornatum bonum et ducentas marcas.“

**Źr. druk.** Bielowski *Monumenta Poloniae historica* T. IV *Liber mortuorum* .. wydał dr. Wojciech Kętrzyński.

### **Bednarczyk, Bednari <sup>1)</sup> Jerzy**

Ksiądz Wacław hr. Sierakowski, proboszcz koadjutor kanonik katedralny krakowski i proboszcz sandomierski, chcąc przyjść w pomoc Sandomierzanom, zawarł w dn. 24 lipca 1786 r. w grodzie krakowskim umowę z doktorem medycyny Jerzym Bednarym; mocą tej umowy dr. ów obowiązany był otworzyć w Sandomierzu aptekę, utrzymywać w niej aptekarza, chłopców i parobków, kupować leki zagraniczne, oraz przyrządzać je z materiałów krajowych, prowadzić księgi rachunkowe i t. p., nadto ubogich leczyć bezpłatnie, dawać im lekarstwa darmo. Miał za to pobierać doktor pensyi rocznej zł. pol. 2895, na aptekarza 800, na dwóch parobków 500 zł., oprócz tego „do zbierania ziół, tychże odbierania, krajania“ i t. d. ks. Sierakowski miał dostarczać ludzi z folwarku swego Jędrzeszkowic. Umowa obowiązywała księdza S. nie tylko względem samego doktora B. do końca życia jego, ale i względem spadkobierców jego. Z powodów nie wyluszczonej umowy tę zerwano aktem z dn. 7 lipca r. 1789.2)

**Źr. druk.** 2) Swieżawski i Wenda. *Mater. do dziejów farmacji w Polsce*. Cz. III, str. 88.

**Źr. rękop.** 1) Na podpisie własnoręcznym „Georgius Bednari Med. Dr.“ [Akt. b. Komis. Wojsk. ks. 12, str. 515.]

### **BEELEN**

W aktach b. Komis. Wojskowej jest wzmianka w roku 1790 o doktorze medycyny **Beele n**. Imię nie podane. Prawdopodobnie błąd w pisowni: **Beele n** zamiast **Bellon**. [vid. Bellon Antoni]

### **Behm Karol** syn Piotra

Oprócz kilkunastu rękopisów znacznej objętości, poświęconych naukom lekarskim, zostawił jeden foliant p. t.: *Ius canonicum in compendium redactum*. [Oryginał dyplomu doktorskiego Karola Behma znajduje się w bibliotece ks. ks. Filipinów w Gostyniu, odpis zaś wierzytelny w księdze instalacyjnej kapituły gnieźnieńskiej pod lit. D. str. 256.]

### **Behm Michał**

dr. filozofii i medycyny, wpisany do ksiąg nacyi Polskiej w Padwie pod r. 1639.

**Źr. druk.** St. Windakiewicz. Księgi nacyi Polsk. w Padwie. Protok. zgromadzeń nacyi Polsk. w Padwie. Archiw. do dziejów literatury i oświaty w Polsce. T. VI.

### **Bekler, Beckler, Boeckler Jan**

W roku 1777 należał do komitetu, obradującego nad ustawą służby zdrowia i postanowieniem, [które nie weszło jednak w życie] z 27 lipca 1734 r. mianowany rewizorem aptek.<sup>1)</sup> W roku 1790 kupił z żoną Zofią cały majątek ruchomy i nieruchomy z domem na Marjensztacie i apteką od spadkobierców bezpotomnie zmarłego Krzysztofa Eppingera, aptekarza królewskiego.<sup>2)</sup> [Podług Swieżawskiego i Wendy sam był jednym ze spadkobierców tego aptekarza.<sup>3)</sup> W roku 1768 mianowany radcą (*consiliarius*) dworu, w roku zaś 1775 obdarzony godnością szlachecką. W roku 1787 kapituła katedralna krakowska, chcąc dać dowód wdzięczności swojej doktorowi B. za wielką dbałość o zdrowie króla Stanisława Augusta w długiej i uciążliwej podróży do Kaniowa, oświadczyła wyrokiem zgromadzenia swojego, za przyjazdem królewskim do Krakowa, uroczy-

ste podziękowanie doktorowi i wyrok ten złożyła mu w złotej oprawie [*tabulae ex auro*]: <sup>4)</sup> „Joannide Bekler, Serenissimi Stanislai Augusti Regis Poloniarum, Magni Ducis Lithvaniae etc. Archiatro et Consiliario intimo, eruditione Hipocratica percelebri, pro eo: quod suae Majestatis Valetudinem in longo itinere Regio Varsoviensi in littora usque Boristhensis ad colloquia cum Catharina II totius Rossiae Imperatrice et Josepho II Romanorum Imperatore habenda, ac instituta, exantlato sollicite feliciterque servaverit; cum inde Redux Reguum Optimus, Pater Patriae gentisque suae delicum, Urbem Cracoviam beaverit; Praelati et Canonici Ecclesiae Cathedralis, has Tabulas ex auro fusas, formam libelli praeferentes, in monumentum grati animi obtulerunt Cracoviae IX Calendas Iulii Anno Aerae Vulgaris MDCCLXXXVII“.

**N 27. Munus Consiliarij Aulae Regiae Nobili Joānni Boecler Medicinae Doctori et Medico Aulae Sacrae Regiae Maiestatis confertur.** <sup>5)</sup>

(Varsaviae, d. 31 m. Maij, An. Dn. 1768].

„Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quum volupe semper habeamus viros artibus liberalibus excultos ac singulari quadam industria atque ingenio praeditos gratiis Nostris et favoribus prosequenda, eo magis ad dictos Nobis et familiares reddere, proinde cognitam habentes doctrinam, prudentiam et in rebus gerendis dexteritatem Nobilis Joannis Boecler Medicinae Doctoris Argentoratensis, Aulaeque Nostrae Medici qui opera diligenti et fide integra abunde se nobis commendatum praestitit, ulteriusque benemerendi studium praese ferat; faciendum esse duximus ut Ipsum Numero Consiliariorum Aulae Nostrae adscribere-mus cooptaremus et assumeremus, prout quidem cooptamus, assumimus et adscribimus, tituloque et Munere Consiliarii Aulae Nostrae insignimus et condecoramus, ita ut omnibus Iuribus, praerogativis et immunitatibus ad id Munus spectantibus plene frui et gaudere possit. Quod omnibus quorum interest praesertim Aulae Nostrae Officialibus notum esse volentes mandamus ut praefatum Nobilem Joannem Boecler ab hinc pro vero et actuali Consiliario Aulae Nostrae teneant, habeant, nominent et agnoscant eique de loco



etc. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae Die XXXI Mensis Maij Anno Domini MDCCLXVIII. Regni vero nostri IV Anno, Stanislaus Augustus Rex“.

**N 28.** Diploma Nobilitacyi i Nadanie Herbu Urodzonemu Janowi Boecklerowi Konsyliarzowi y Doktorowi Nadwornemu J. Kr. Msci i Jego Sukcessorom dane.<sup>o</sup>

[Warszawa, dn. 29 maja, r. 1775].

„W Imie Pańskie Amen. Na wieczną rzecz pamiątkę. My Stanisław August z Bożej Łaski Król Polski Wielki Xiążę Litt. Ruski, Pruski, Mazowiecki, Żmudzki, Kijowski, Wołyński, Podolski, Inflantski, Podlaski, Smoleński, Siewierski i Czerniechowski. Wiadomo czynimy wszystkim terażniejszego i przyszłego wieku ludziom Niniejszy List przywilej Nasz Dyplomatyczny widzącym, czytającym lub o nim słyszającym. Zwyczajną jest rządzących Narodami Monarchow Maxymą sławić Panowanie swoje nietylko sprawiedliwością ale też łaskami i Dobrodziejstw Ludowi Rządow swoim od Boga powierzonym podobnym sposobem i My Sobie postępując sławę i ukontentowanie Nasze na tym zakładamy sprawiedliwie podług Praw ustaw i Porządkow tej Rzeczpospolitej królować i każdemu stanowi skutki dobroci i Łaskawości Naszej okazywać Między innymi tego dowodami miło Nam było też Dobroć jawnie oświadczyć na Sejmie w Roku 1773 zaczętym a w Roku terażniejszym 1775 zakończonym na którym, gdy między inszemi Osobami mieliśmy i mamy przez Wilemoźnych Senatorow i Ministrow tudzież od urodzonych Posłow Wojewodztw Ziem i Powiatow zalecone i dobrze znajome Nam usługi Urodzonego Jana Boeklera Konsyliarza i Doktora Naszego Nadwornego dobrze nam i Rzeczpospolitej zasługującego się. Zważając więc tak prośby wniesione jako mając wzgląd na Jego zdatność do usług Naszych i Rzeczpospolitej za zgodą wszystkich Stanow na terażniejszy Sejm w Roku tysięcznym siedmsetnym siedmdziesiątym trzecim zaczęty a w Roku terażniejszym 1775 zakończony zgromadzonych za Rzec słuszną uznaliśmy pomienionego Urodzonego Jana Boeklera z Potomstwem Jego w Małżeństwie spłodzonym Prerogatywą Szlachectwa przyozdobić i udarować, jakoż niniejszym Listem Przywilejem naszym Dyplomatycznym in virtute Sejmowej uchwały przyozdabiamy i tegoż Urodzonego Jana Boeklera wraz

z Potomstwem Obojej płci za prawdziwych niewątpliwych Szlachtę Krolestwa tego i W. X. Litt. tudzież do niego Prowincyi należących ogłaszamy kreujemy i stanowimy, wszystkimi Wolnościami Uczesnictwem, Przywilejami, Prerogatywami, któremi się stan Szlachecki Królestwa tego zaszczyca, pomienionemu Urodzonemu Janowi Boeklerowi i Potomstwu Jego zaszczycać się i onych używać podług przepisu Konstytucyi pozwalamy, aby zaś Dobroczytności Naszej i Rzeczpospolitej trwała i wieczna pamięć była Onemu i Potomstwu Jego Herb taki jaki tu odmalowany jest dla zaszczytu i używania wiecznemi czasy nadaiemy to jest na tarczy Niebieskiej Koziorozca w Belce i dwa kwiaty Lili z obu stron belki i ten herb między herby Polskie i Wiel. X. Litt. policzamy, którego to Herbu we wszystkich sprawowaniach i odprawowaniach, na tarczach, Chorągwiach, Malowaniach, Domach, Proporcach, Grobach, pierścieniach w każdym czasie pokoju i wojny tak jako inni Szlachta Korony Polskiej i W. X. Litt. używają zaszczycać się i używać wiecznemi czasy pozwalamy jemu i Potomstwu Jego obojej Płci, Przekazujemy wszystkim i każdemu z osobna, tak Duchownym jak i Swieckim Krolestwa Naszego stanom i osobom do których to należy, aby pomienionego Ur. Jana Boeklera z Potomstwem Jego obojej płci wieczyscie za prawdziwych Szlachtę Korony Polskiej i W. X. Litt. tudzież Prowincyi należących niewątpliwie mieli, mianowali, uznawali i szanowali oraz wszystkich Praw, Wolności, Przywilejow i Prerogatyw Szlachcie służących zażywać dopuscili i nieprzeszkadzali dla Łaski Naszej Krolewskiej i pod karami w prawie przeciwko urągającym się i zelżywość czyniącym albo Stanowi Szlacheckiemu ubliżającym postanowionemi przykazujemy, a dla większej wiary i świadectwa niniejszy List Nasz dyplomatyeczny po wykonanej przysiędze super fidelitatem przed W. w Bogu Kanclerzem W. Kor. przez wyżej wyrażonego urodzonego Jana Boeklera Ręką Naszą podpisany Pieczęciami zwykłe mi stwierdzić i on z Kancellaryi wydać rozkazaliśmy. Dan w Warszawie dnia XXIX Miesiąca Maja Roku Pańskiego MDCCCLXXV. Panowania Naszego XI Roku w Przytomności Wielebnych w Bogu Antoniego Ostrowskiego Kujawskiego i Pomorskiego Ignacego Xięcia Massalskiego Wileńskiego Michała Xięcia Poniatowskiego Płockiego Felixa Pawła Turskiego Łuckiego i Breskiego Antoniego Okęckiego Helmskiego, Stefana Gedroycia Inflantskiego Biskupow Wielmożnych Stanisława Xięcia Lubomirskiego Kijowskiego Andrzeja Moszczeńskiego Inowrocławskiego Au-

gusta Xięcia Czartoryjskiego Ruskiego Józefa Sosnowskiego Smoleńskiego Andrzeja Xięcia Sapiehy Połockiego Hetmana Polnego W. X. Litt, Józefa Niesiołowskiego Nowogrodzkiego Józefa de Wojna Sołłohuba Witebskiego Bazylego Walickiego Rawskiego Augusta Xięcia Sułkowskiego Gnieznińskiego Wojewodow Stanisława Xięcia Lubomirskiego Marszałka W. Kor. Franciszka Xawerego Branickiego Koronnego Michała Ogińskiego Hetmanow Wielkich Wielebnego w Bogu Andrzeja Stanisława Młodziejowskiego Biskupa Poznańskiego Kanclerza W. Kor. Wielmożnych Michała Xięcia Czartoryjskiego Kanclerza W. X. Litt. Jana Borchy Joachima Chreptowicza Litewskiego Podkanclerzych, Adama Łąckiego Sandomierskiego, Tadeusza Lipskiego Łęczyckiego Józefa Stępkowskiego Kijowskiego Kajetana Szeptyckiego Lubelskiego Macieja Łuszczewskiego Rawskiego, Teodora Szydłowskiego Mazowieckiego Symeona Szydłowskiego Żarnowskiego, Szymona Dzierzbickiego Brzezińskiego Józefa Dąbskiego Kowalskiego Chryzostoma Krajewskiego Raciążkiego Franciszka Podolskiego Ciechanowskiego Kasztellanow Urodzonych Jacka Ogrodzkiego Koronnego Andrzeja Ogińskiego Litewskiego Sekretarzow Wielkich Fryderyka Moszyńskiego Referendarza W. X. Litt. Kazimierza Raczyńskiego Pisarza W. Kor. Rocha Kossowskiego Podskarbiego Nadwornego Koronnego Henryka Fleminga Koronnego Michała Xięcia Radziwiłła Litewskiego Miecznikow Augusta Moszyńskiego Stolnika Koronnego Józefa Potockiego Krajczego Koronnego Kazimierza Krasińskiego Oboźnego Wielkiego Koronnego Stanisława Kostki Krajewskiego—Gomulińskiego Instygatorow Koronnych Józefa Mierzejewskiego Strażnika Polnego Koronnego i Inszych wielu Urzędnikow i Offycyalistow Doru Naszego. Stanisław August Król.“

**Źr. druk.** 1) Swieżawski i Wenda. Spis lekarzy polskich. Medycyna T. XIX.—3) Materyały do dziejów farmacyi w Polsce. Cz. III, str. 86.—4) Naruszewicz. Dyaryusz podróży St. Augusta na Ukrainę 1787 r. Warsz. 1805, str. 453.

**Źr. rękop.** 2) Akta Starej Warszawy Lb. 125, fl. 30 v.—5) Ks. Kanclerskie. Lb. 44, Pars I, fl. 148.—6) Ks. Kancler. Lb. 41, fl. 311.; Sigill. Lb. 32, fl. 349 v.; Metr. Lit. księga 220A, str. 13.

## BELLON ANTONI

chirurgo-medyk, w roku 1752 mianowany konsyljarzem i lekarzem królewskim;

**N 29.** Officium Consiliarii et Medici Regii Excellenti Antonio Bellon Hirurgo Medico confertur.

[11 grudnia, 1572].

**Źr. rękop.** Sigill. Lb. 28, fl. 328.

### **BENDIN**

dokt. medycyny i chirurgii, mieszkał w Lublinie w końcu XVIII st.

**Źr. rękop.** Akta b. Komisji Wojskowej. Ks. 15, str. 263.

### **BENEDYKT**

Przyjęty w Wilnie na lekarza królewskiego w dn. 14 lutego 1546 z pensją 160 flor. rocznie, nadto, w razie gdyby towarzyszył królowi w podróży, dwór miał mu dać: wóz, konie i utrzymanie na trzy osoby. Zmarł 2 września 1546 r.

**Źr. rękop.** Księgi Skarb. Lb. 110, fl. 825/522 v.

### **BENZA JAN FRANCISZEK**

W spisie osób, które złożyły w dn. 9 marca 1768 przysięgę „na Indygenaty y Nobilitacye“ znajduje się dr. Jan Franciszek Benza. [Obdarzeni godnością szlachecką składali przysięgę na wierność królowi. Czy B. był cudzoziemcem—szlachcicem i uzyskał indygenat, czy też w Polsce dopiero nobilitowany, powiedzieć nie mogę, gdyż na oblatę przywileju nie natrafiłem.]

**Źr. rękop.** Ks. Kancler. Lb. 45/46. fl. 1—Akta dawn. Magistrac. pod r. 1768.

### **BERGAMINI**

Włoch, lekarz krakowski z drugiej połowy XVII w. Wspomina o nim dwukrotnie dr. St. Wosiński w opisach sekcji na zmarłych.

**Źr. druk.** St. Wosiński... podał dr. Wojciechowski. Pamiętn. Tow. Lek. Warsz. T. XCII. R. 1896, str. 1003.

### **BERGER CHRYSZTJAN GOTTLIEB**

dr. med. z Grudziądza, w Prusiech Wschodnich. Zmarł 21 września 1753 r. w Wohlau na Szląsku.

Pam. Tow. Lek. T. 98 Z 1.

Żr. druk. K. Estreicher. Bibliogr. polska. T. XII, s. 484.

### Berger de Lonchamps Józef

Pierwszy stopień lekarski osiągnął w Wilnie 24 listopada 1785 r., o czym wspomina druk z tego czasu, przytoczony przez Estreichera <sup>1)</sup>: „A. D. 1785, die 24 Novembris horis matutinis celebrabitur Actus academicus, in quo EE. DD. Josephus Longchamps, physicae et medicinae auditor... [tu wyliczeni inni słuchacze] in alma universitate Vilnensi prima laurea decorabuntur“.

Tytuł dzieła jego *Nauka położnicza* podaje Kościński w formie, która wskazuje, że Berger był tylko tłumaczem, nie zaś autorem, Gąsiorowski zaś twierdzi stanowczo, że istotnie tak było. Otóż z przedmowy widać, że autor uważał pracę swoją za samodzielną do pewnego stopnia i tylko przy układzie jej korzystał z dzieł lekarzy francuskich: Augier de Fot i Sancerotte.

W dedykacji zwraca się do profesorów: Langmajera, Brioteta i Lobenweina w te słowa: „Przychodzę do źródła, z którego czerpał, pragnąc je uwieńczyć. Nie wyrównywa to wprawdzie wewnętrznej chęci okazania wdzięczności tak godnym Nauczycielom ani wysokiemu poważaniu W. M. Panów Dobrodziejów, wszelako jednak, choć w małej części może być przyjęte za dowód wywiązania się od ucznia Nauczycielom swoim za ich prace, rady i nauki. Lubo z daleka idę, przecież za Wami, Zacni Mężowie, a korzystając wedle możliwości mojej z waszego światła, czuję się być wzbudzonym tąż samą w powołaniu mojem gorliwością, która was ożywia w chwalebny ratowaniu i pomocy bliźnich.“ Przytoczyłem ustęp, który brzmi szlachetniej i zupełnie inaczej, niż wszelkie inne, a tak liczne w owe czasy dedykacje, cechujące się stale nieszczerą skromnością ze strony ofiarującego, a przesadą w pochwałach dla obdarowanego.

Część pierwsza a. *Rozdz. I.* O rodzeniu i częściach niewieścich rodzeniu służących.—*Rzd. II.* O czyszczeniu miesięcznym niewieścim, o płodności, brzemienności i jej znakach.—*Rzd. III.* O macaniu.—*Rzd. IV.* O owocu

poczęcia i jego przyległościach.—*Rzd. V.* O przyczynach rodzenia i podziale onych. O rodzeniach, w których siły samej matki dostateczne są do porodzenia. Pozycye dobre. Pozycye trndne.

C z ę ś ć d r u g a. *Rzd. I.* O powinnościach odbierającej przy rodzeniu.—*Rzd. II.* O oswobodzeniu matki, czyli o wyjęciu z żywota jej łożyska płodu.—*Rzd. III.* O tem co czynić należy po oswobodzeniu matki.

C z ę ś ć t r z e c i a. *Rzd. I.* Rodzenia, które nie powinny lub nie mogą się obejść bez pomocy ręki odbierającej.— Pierwsze rodzenie: płód pokazuje się nogami.—*Rzd. II.* Rodzenie drugie: dziecię kolanami wychodzi.—*Rzd. III.* Rodzenie trzecie: dziecię pośladki ukazuje. Rodzenie czwarte: dziecię pokazuje wierzchołek głowy.—*Rzd. IV.* Rodzenie piąte: dziecię twarz pokazuje.—*Rzd. V.* Rodzenie szóste: dziecię pokazuje przednią część szyi czyli gardło.—*Rzd. VI.* Rodzenie siódme: dziecię piersi pokazaje.—*Rzd. VII.* Rodzenie ósme: dziecię brzuch pokazuje.—*Rzd. VIII.* Rodzenie dziewiąte: dziecię pokazuje części płec znaczące.—*Rzd. IX.* Rodzenie dziesiąte: dziecię tył szyi czyli kark pokazuje.—*Rzd. X.* Rodzenie jedenaste: dziecię grzbiet pokazuje. Rodzenie dwunaste: dziecię pokazuje łędwie.—*Rzd. XI* Rodzenie trzynaste: dziecię wychodzi ukazując ucho.—*Rzd. XII.* Rodzenie czternaste: dziecię bok szyi pokazuje.—*Rzd. XIII.* Rodzenie piętnaste: dziecię wychodzi pokazując górzystość ramienia prawego.—*Rzd. XIV.* Rodzenie szesnaste: dziecię rękę pokazuje.—*Rzd. XV.* Rodzenie siedmnaste: dziecię pokazuje kłąb prawy. Rodzenie 18-ste: dziecię pokazuje lewe ucho. Rodzenie 19-ste: dziecię pokazuje lewą stronę szyi. Rodzenie 20-ste: dziecię pokazuje górzystość ramienia lewego. Rodzenie 21-e: dziecię pokazuje kłąb lewy. [Przy każdym rodzeniu wyliczone „pozycye“.]

C z ę ś ć c z w a r t a. *Rzd. I.* Przypadki rodzenia, w których bez pomocy instrumentów obejść się nie można.—*Rzd. II.* Dziecię nie żywe. Poronienie. Falszywy płód. Ukos macicy. Bliźnięta, Porodzenie kobiety umarłej.

Część piąta. O chorobach kobiet brzemiennych.—Przestrogi i przepisy w różnych okolicznościach sztuki położniczej.

Jako dodatki do „nauki położniczej“ mamy: *Przesady i szkodliwe praktyki w czasie brzemienności niewiast*. [Występuje przeciwko gorsetom i wogóle ścisaniu brzucha pasami, sznurówkami i t. p. Do przesądów zalicza: zwyczaj puszczenia krwi z ręki kobietom ciężarnym w połowie piątego, w siódmym i dziewiątym miesiącu; obawę przed upustem krwi z nogi; obawę przed użyciem, w razie potrzeby, środków wymiotnych, rozwalniających, enem, kąpieli, zalecauie ciężarnym, zwłaszcza w ostatnich miesiącach, częstych przechadzek, pracy chociaż umiarkowanej, upustu krwi w razie zbyt słabych bólów porodowych; użycie kordyałów, ruchu, enem drażniących dla wzmocnienia bólów, pośpiech w wydobyciu łożyska].—*Przesady i złe praktyki niewiast po porodzeniu*. [Przesądem jest, że położnica powinna zaraz po rozwiązaniu przespać się, że należy ścisnąć jej brzuch pasami, że nie powinna zmieniać bielizny na czystą, że ma leżeć w nadmiernie ogrzanem mieszkaniu, że ma się strzedz środków wymiotnych, rozwalniających, enem. Do „złych praktyk“ zalicza: „bankiety na chrzcinach“, chęć matek wyręczania się w karmieniu dzieci mamkami.]—*Przesady i złe zwyczaje w wychowaniu niemowląt*. [Przesądem jest, że płód wydany na świat w siódmym miesiącu ciąży częściej zostaje przy życiu, niż porodzony w ósmym. W razie, jeżeli główka jest nieforemną, nie należy nadawać jej kształtów naturalnych przez uciskanie rękami. Nie należy: spowijać dzieci, karmić papką, powierzać mamkom, nakrywać kolebek, używać pieluch nie pranych tylko wysuszonych, kąpać dzieci w wodzie gorącej, kołysać mocno i t. p.]—*Sposób leczenia niewiast w czasie ustawiania płynienia miesięcznego*.—*O operacji cesarskiej i synchondrotomii*.—Na końcu: *Tablica czynionych operacji synchondrotomii*. [Tablica podzielona na cztery klasy, w każdej zaś klasie podane: nazwisko operatora, rodzącej, miejsce i rok operacji. Klasa pierwsza obejmuje 13 przypadków, w których matka i płód przy życiu zostały; klasa

druga: 9 przypadków śmierci dziecka; klasa trzecia: 4 przypadki śmierci matki i dziecka, wreszcie klasa czwarta z czterema przypadkami, w których matki pozostały przy życiu, o dzieciach zaś wiadomości nie podano.]

M. Zieleniewski <sup>2)</sup> podaje ocenę pracy Bergera de Lonchamps w słowach następujących: „Dzieło to... oprócz zasad położnictwa zawiera w sobie niemniej interesujące ustępy poświęcone opisowi przesądów i szkodliwych zwyczajów, dotyczących brzemiennych, położnic i niemowląt. Podzielone na pięć części, z których pierwsza mieści wiadomości położnicze wstępne; druga wskazuje powinności akuszerki przy rodzących i położnicach; trzecia opisuje wszelkie rodzaje porodów i mnóstwo oznaczonych przez autora ich od-cieni, w praktyce nawet niewidzianych; czwarta mieści „przypadki położnicze“ użycia narzędzi wymagające. W piątej na koniec części wspomniał autor o chorobach brzemiennym właściwych i dodał „przestrogi położnicze“... Abyśmy lepiej pracę autora poznali (na co rzetelnie zasługuje) pozwólmy bliżej jej się przypatrzeć. Pierwszy to jest pisarz w naszym przedmiocie, który do opisu anatomicznego części rodnych wymiary miednicy małej i wielkiej dołączył, napomknął o wadach jej ukształcenia i wspomniał o częściach miękkich miednicę wyściełających. On pierwszy ważne znaczenie międzykrocza przy porodzie ocenił... Jemu również wiuiśmy dokładniejszy opis i znaczenie czynności, którą pod imieniem czyszczeń miesięcznych znamy. W rozdziale poświęconym nauce o śledztwie położniczem opisuje kolejne zmiany macicy we wszystkich miesiącach ciąży dostrzegalne, które jakkolwiek krótko, przecież dosyć dobrze są skreślone. Przy opisie płodu podane jego zwyczajna długość, ciężar i wymiary główki. Autor ten pierwszy łóżko porodowe za najwłaściwsze dla rodzącej miejsce do porodu przeznacza i najbardziej je zachwala, gdyż dotąd zwyczajnie na stołku porodowym rodzić niewiastom nakazywano... On pierwszy utrzymywanie międzykrocza nakazuje. Zasady podane przez autora celem wydobycia łożyska są bardzo dobrze skreślone, co niezawodnie szkole, której pisarz był zwolennikiem, zawdzięczyć należy.



Wszakże mimo tylu dobrych przymiotów nie uniknął autor i błędów, których główne źródło leży nie tyle w samym pi-sarzu, jak w ówczesnej epoce nacechowanej niesłychaną skwapliwością do dawania w każdym razie czynnej pomocy ze strony sztuki... W części III autor podaje sposób urządzenia łóżka poprzecznego i opisuje różne rodzaje porodu... Wszystkie porody według niego „nie potrzeba zostawiać siłom natury“ a zatem sztuką ukończyć je wówczas należa-ło, której to sztucznej pomocy cała umiejętność polegała na skwapliwej gotowości do ciągnięcia za urodzoną już część płodu, ustawicznej chęci poprawienia położenia przez roz-liczne kierowanie płodem ku jednej lub drugiej stronie i t. p... Część IV-ta tej książeczki zawiera „przypadki ro-dzenia, w których bez pomocy instrumentów obejść się nie można“... Autor opuścił zupełnie najważniejsze operacje położnicze, jako to: obrót i użycie kleszczy... Najmniej-szej wartości jest ustęp chorobom brzemiennych i położnic poświęcony, gdy bowiem ten przedmiot dzieła kilkutomowe zaledwie wyczerpać zdołają, autor nasz na jednej stronicy go pomieścił. Na zakończenie następują „Przestrogi i prze-pisy w różnych okolicznościach sztuki położniczej“. Jestto zbiór uwag sposobem aforyzmów ułożonych, jakkolwiek niekiedy wcale gruntownie skreślonych, przecież nie pro-wadzących do zamierzonego celu... Na samym końcu swej książeczki autor mówi o operacjach: laparotomii i synchon-drotomii; oba te zadania sztuki są opisane według ówczes-nych pojęć“.

**Źr. druk.** 1) K. Estreicher. Bibliogr. polska. T. XII, str. 55.—2) M. Zieleniewski. Notatki do historii akuszerii w Pol-sce. Warsz. 1862, str. 101.

[D. c. n.]

# O ŚRODKACH NASERCOWYCH

na podstawie własnych i obcych doświadczeń.

Podał

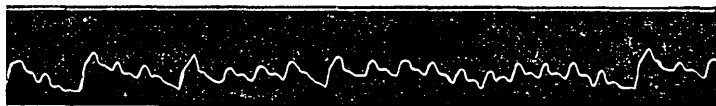
**D-r Surzycki.**

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

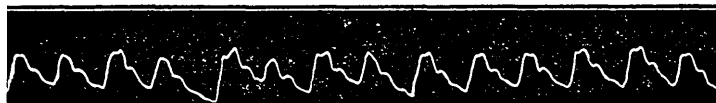
(Dalszy ciąg).

W drugim przypadku Gł. z *atheroma, arter., myocarditis*, tętnem niedającym się policzyć, [zaledwo na sercu można było stwierdzić 140 uderzeń na minutę], znacznej duszności [oddechów 40] ciepłocie 37,4—36,8, po podaniu strofantyny w dawce większej (*experimenti causa*) bo 0,01, obja-

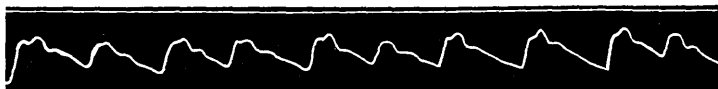
## TABLICA XIII.



Gł. 2-gi dzień bez leku. Puls nie daje się policzyć. Od. 40. T. 37.0.



Gł. po 0,01 strofb. P. 100, odd. 20. T. 36.6 moczu więcej, białka mniej.



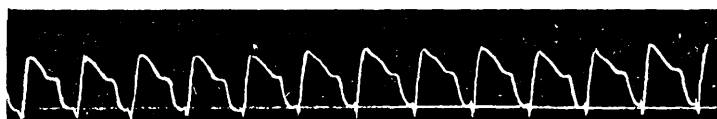
Gł. po 0,01 — 3 razy. P. 64, odd. 20. T. 36,8.

wy sercowe poprawiają się, tętno staje się zliczalne do 100 na minutę, oddech 20, ciepłota 36,6. Następnie przy dalszem podawaniu strofantyny tętno spada na 64, oddech 20, ciepłota 36,8, a i moczu, którego poprzednio było zaledwie 500—700 przybywa więcej do 1300 i białko znika. Chora ta wyżyła 30 miligr., a pomimo tego nie było żadnych objawów zatrucia, a stan krążenia widocznie się poprawił.

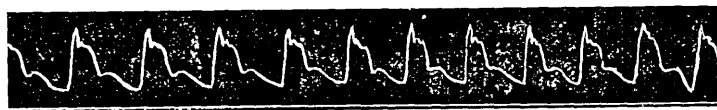
Krzywa na tablicy XIII 1-a pokazuje nam tętno przed użyciem środka, 2-a i 3-a zaś w czasie działania strofantyny w zwiększonej dawce.

W innym przypadku dotyczącym chorego St. z *nephritis chronica* moczu nie przybywa znacznie, bo ilość je-

#### TABLICA XIV.



St. przed Strofantyną. P. 88, odd. 18. Temp. norm.



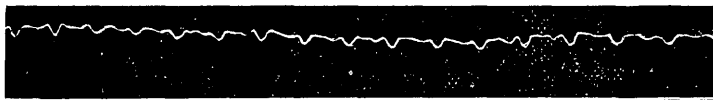
St. przy Strofantynie. P. 32, odd. 24.

go z 800 dochodzi do 1000—1200, ale ogólny stan poprawia się, tętno staje się o wiele wyraźniejsze, co na krzywej w Tablicy XIV jest uwidocznione. Dalsze podawanie musi być wstrzymane z powodu nudności i wymiotów przy dalszych dawkach strofantyny.

Toż samo powtarza się u innego chorego A. K. Tabl. XIV, u którego aczkolwiek podawanie strofantyny daje

wynik dodatni, tętno wolniej, staje się regularniejszym i moczu przybywa, to jednak nudności i wymioty, a w końcu rozwolnienie nie pozwala na dalsze stosowanie tego środka. Przypadek ten jest dość ciekawy ze względu na swój przebieg. Podczas obserwacji chorego stosowano prawie wszystkie środki z przerwami, raz z lepszym, dru-

## TABLICA XV.



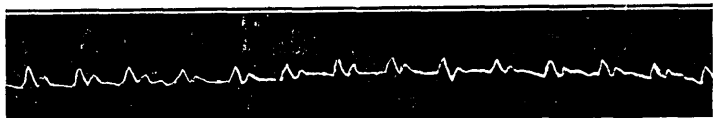
A. K. bez leków. P. 112 słabiutki. od. 28. T. 36.5.



A. K. po dwóch dniach strofantyny à 0,03 pro die. P. 56, od. 18  
T. 35.8.



A. K. po 1 dniu pauzy i 1-go dnia kofeiny à 1,0. P. 90, od. 24.  
T. 36,0. Mocz z 250 na 1900.



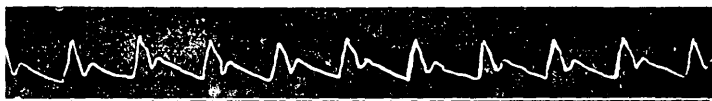
A. K. po sparteinie 2-ch dniach 0,20 1-go i 0,30 2-go dnia.  
P. 100, od. 32. T. norm.



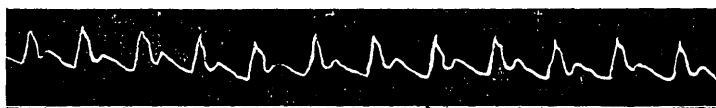
A. K. pauza i kofeina à 0,50. P. 96, od. 32. T. 36.5.



A. K. po pauzie Digitalis 2 dni. P. 96, od. 28. T. 37.0.



A. K. po digitalis z kofeiną. P. 80, od. 32. T. 36.8. Mocz 2700.



A. K. toż samo w dzień wyjścia. P. 92, od. 28. T. 36.5.

gi raz z gorszym skutkiem. A. K., lat 19, rękawicznik podaje z anamnezy, że w 7 roku przebywał odrę a w 17 miał jakąś gorączkową chorobę połączoną z kaszlem i gorączką i wówczas przez 2 tygodnie przeleżał w łóżku. Kiedy zaczęła się obecna choroba nie wie, ale pierwsze dolegliwości a mianowicie duszność przy chodzeniu spostrzegł, mając lat 16. Objawy te pogarszały się z dniem każdym, wreszcie obok coraz to wzmagającej się duszności, bólu w okolicy serca zaczęły mu nogi puchnąć i to go skłoniło do szukania pomocy w klinice lekarskiej.

Stan obecny 1. XII wykazywał, co następuje. Chory źle odżywiany, błądy z sinicą na twarzy. W płucach żadnych ważnych zmian niema prócz objawów nieznacznego nieżyty w dolnych częściach płuc. Badanie serca wykazuje wstrząśnienie na znacznej przestrzeni w przestworze 4 i 5 międzyżebrowym od linii przymostkowej prawej do sutkowej lewej. Uderzenia wierzchołkowego dokładnie nie można wyczuć, jest ono rozlane i w okolicy mostka wyczuwa się wyraźnie pomruk koci. Serce znacznie w rozmiarach powiększone,—sięga do 4-go górnego; u dołu schodzi się ze

## TABLICA XVA.

A. K. *Insuff. valv. bicuspid. et stenosis, insuf. relat. valv. tricuspid. in stad. incompens., pericarditis.*

Data	Ilość moczu	ciężar gatunk.	białko	tętno	oddech	ciepłota	waga ciała	Leczenie	Uwagi.
1 XII	250	1032	—	112	28	36,5		nihil	
2 "	500	1032	0,7%	108	20	36,5	54.0	nihil	Duszność, znaczna bezsenność.
3 "	600	1028	0,5	106	26	36,4			
4 "	550	28	0,5	106		35,8	54.3	} stropbant. 0,01	Rozwolnienie (6 stolców). Stan chorego niezmienny tak co do serca jak i ascites. Nudności—skłonność do wymiotów.
5 "	600	25	0,4	90		36,0			
6 "	1050	20	0,5	80		36,0		T. stroph. 20 k.	4 stolce jeszcze, tem się tłomaczy nagle zmniejszona ilość moczu do 250 z 1050, chociaż tętno 56 wskazuje na wzmocnienie akcji serca, nudności ustąpiły.
7 "	250	25	0,5	56	18	35,8	53,7	} Coffein. 1,0	
8 "	1350	14	0,5	56		35,9			
9 "	1900	10	0,3	90		35,9	51.4	} Spartei. sulf.	Tętno pełniejsze, regularniejsze — zmian wyrażnych w stanie chorego niema.
10 "	900	18	0,5	100	32	36,5			
11 "	800	22	0,4	100	32	36,8	51.5		
12 "	800	21	0,6	94		36,5		} Coffeina 0,50 p. d.	Rozmiary serca mniejsze—szmery wyraźne — opuchliny nieznacznie ale się zmniejszyły, Ascites również.
13 "	900	24	0,7	96	32	36,2	51.2		
14 "	900	26	0,6	96		36,2		} digitalis 1 : 200 digitalis, coff. 0,5 : 200	Rozmiary serca nieco mniejsze, ascites sięga na dłoń niżej pępka, wątroba miększa, granica dolna na 2 ctm. wyżej, obrzęk na nogach mniejszy, tętno pełniejsze i regularne.
15 "	1000	21	1,0	90		36,3	52.5		
16 "	1150	14	1,2	104		36,5			

Data	Ilość moczu	ciężar gatunk.	białko	tętno	oddech	ciepłota	waga ciała	Leczenie	Uwagi.
17	2150	10	1,3%	96	28	37,1	51.8	digitalis t. Cof. 050:200	Puchlina nóg widocznie ustępuje, wymiary serca jeszcze mniejsze, wątro- ba niebolesna i mniej- sza—stan ogólny zna- cznie lepszy.
18	2450	8	1,5	110		37,0			
19	2700	14	0,8	100		36,7	48.2		
20	2700	15	0,8	80		37,0	nihil		
21	2300	14	0,6	90	32	36,8	45.8	nihil digit 0 coff. 0,5 } 200	Dn. 24 XII Koci pomruk mniej wyraźny—grani- ce serca znacznie mniej- sze, [nie dochodzi do li- nii środkowej i nieco po- za sutkową l. od góry do 4 żebra]. Szmer wyra- źne 2-gi szmer nad wierz. serca prawie jest tonem, 3-ci nad płucną zao- strzony, tarcie utrzy- muje się. Zresztą stan tenże sam co poprzed- nio—ascites i obrzęki ustąpiły.
22	2000	12	0,5	82		6,9			
23	2500	12	0,5	86		37,0	44.8		
24	2100	16	0,4	92	28	36,5	44.		

stłumieniem wątroby — do linii przymostkowej prawej i przechodzi po za linię sutkową lewą na 2 palce. Ruchość serca utrzymana.

Nad wierzchołkiem serca skurczowy i rozkurczowy szmer. Nad aortą 2 tony—nad płucną 2-gi silnie zaakcentowany,—nad prawą komórką I szmer II-gi ton. Przy mostku po prawej stronie słycać wyraźne tarcie osierdziowe. Wątroba na 3 palce pod łukiem, daje się wymacać, twarda, powierzchnia gładka. Śledziona nie da się wymacać—granicą jej wypukową przesunięta ku górze. W jamie brzusz-

nej wolny płyn sięgający na 2 palce niżej pępka w pozycy leżącej. Scrotum i nogi obrzękłe; te ostatnie do kolan—więcej lewa niż prawa. Ciepłota 36.3, tętno 104, oddech 33. Dalszy przebieg choroby wykazuje, jak strofantyna wywołuje poprawę tętna [ze 106 na 90 i 80], którą na krzywych łatwo rozpoznać, powiększa ilość moczu z 250—500—600, do 600—1050, pomimo, że chory dostał silnego rozwolnienia, które musiało zmniejszyć ilość moczu. Rzeczywiście na drugi dzień po wystąpieniu biegunki chory oddał zaledwie 250 ctm. moczu. Wskutek biegunki trzeba było odstawić strofantynę. Dopiero dalsze podawanie T. stroph. i kofeiny w następstwie zwiększa ilość moczu, a odpowiednio do tego i waga ciała z 54.0 spada na 51.4. Tętno także staje się pełniejsze, regularniejsze, o fali lepszej niż dn. 2 XII [krzywa 13].

Stan ten utrzymuje się prawie bez zmiany i dopiero podanie digitalis zaczyna stan chorego poprawiać, moczu przybywa do 2150—2700, zwłaszcza przy połączeniu digitalis z kofeiną, tak, że podczas podawania tych środków objawy niekompensacji znikają, obrzęki ustępują, chory na tyle czuje się zdrów, że sam na własne żądanie klinikę opuszcza.

Tętno od samego początku dwubitne zatrzymuje ten charakter prawie do końca, bo i w krzywej ostatniej z dn. 24. XII jeszcze ten charakter daje się wykazać, jakkolwiek fala jest już znacznie mniejsza. W tym przypadku środki nasercowe, stosowane nawet w dawkach silnych, nie mogły od razu wywołać zmiany na lepsze, chociaż poprawa w tętnie już po strofantynie zaczęła się ujawniać, a dopiero powoli przy zwiększonej ilości moczu, zwolnieniu akcji serca, zmniejszeniu ilości białka, i inne objawy, mające swe źródło w zastoinie, ustępowały, do czego niewątpliwie przyczyniło się głównie podanie digitalis z kofeiną.

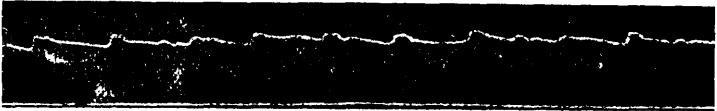
I w przypadku następującym widzimy, jak przy bardzo znacznych dawkach strofantyny [bo 0,01 3 razy dziennie] nie mamy żadnych objawów zatrucia, lecz działanie występuje dodatnie i szybkie.



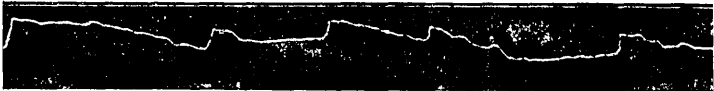
U chorego tego rozpoznanie było:

*Myocarditis fibrosa, pericardit. obsoleta, concretio pericardii c. corde, cirrhos. hepatis incip., nephrit. interstit. tumor lienis malar., hypoplasia vasorum.* St. P rzeźnik lat 28. [Tablica XVI]. Dziedziczności żadnej. W dzieciństwie przeżył ciężką zimnicę, powracającą co kilka tygodni w ciągu kilku lat. W 21 roku życia prawostronne zapalenie płuc—zresztą zawsze zdrów. Dopiero w roku 1884

TABLICA XVI.



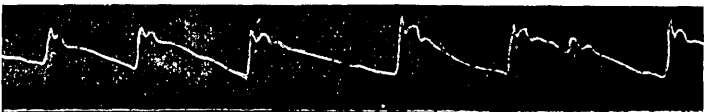
P. bez leków. P. 60, odd. 24. T. 36,4.



P. po strofantynie 0,03 pro die. P. 42, od. 24. Basch 160.



P. bezpośrednio w czasie pauzy. P. 48, odd. 28. T. norm.



P. 2 dni pauzy i T. stroph. P. 56, od. 20. T. norm. Basch 130.



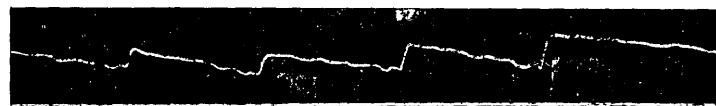
P. po 3-ch dniach T. stroph. P. 44, od. 20. T. norm. Basch. 130.



P. po pauzie 3 dn. P. 44, od. 18. T. norm. Basch 120.



P. po digitalis. P. 50, od. 18. T. norm. Basch 190.



P. po pauzie 3 dni. P. 40, od. 20. T. norm. Basch. 100.



P. po strotantynie 0,1. P. 32, od. 16. T. norm. Basch 120.

zauważył obrzęki na nogach i brzuchu, które jednak, przy odpowiednim leczeniu, ustąpiły, a tylko od czasu do czasu powracał mierny obrzęk nóg, przechodzący sam bez wszelkiej interwencji leczniczej. Gdy jednak obrzęki nóg i brzucha od Grudnia 1885 r. ciągle powiększały się, udał się pierwotnie do szpitala, a stamtąd 11 stycznia został przeniesiony na klinikę lekarską.

Badanie chorego wykazuje: wzrost średni, budowa i odżywianie dobre. W narządzie oddechowym tylko gdzie-niegdzie objawy suchego nieżytu. Narząd krążenia przedstawia znaczne zmiany a mianowicie: uderzenia komórkowe serca w 5-tym przestworze w linii sutkowej. Okolica wierzchołka zapada się, lecz nierównomiernie. W dołku podsercowym skurczowe zapadanie się. Słumienie serca od dalszego 4-go żebra do linii sutkowej lewej. Nad wierz-

chołkiem serca szmer skurczowy głuchy tępy, ton połączony ze szmerem. Nad tętnicą główną 2 głuche tony—nad płucną głuchy tępy ton i słycać tarcie osierdziowe, drugi zaś ostry rozszczępiony ton. Nad prawą komórką głuche tony. Przy zmianie pozycji siedzącej i leżącej granica serca górna uie zmienia się,—w pozycji na prawy bok i lewy granice serca zmieniają się. Po liczniejszych ruchach skurczowe zapadanie utrzymuje się. Tętno jest bardzo wolne, arytmiczne, na obrazie sfigmograficznym widać dużo fal poronnych, co dowodzi, że serce niedostatecznie się kurczy. Wątroba duża na 4 palce niżej łuku,—brzeg okrągły twardy,—wątroba sięga aż do linii sutkowej lewe Śledziona od 9 do 12-go dolnego i do linii pachowej przedniej, przy głębokim wdechu brzeg śledziony obrzękły twardy. Ascites miernego stopnia. Obrzęki na nogach wyraźne.

Mocz o ciężarze gatunkowym 1012—1014 winnożółty białka 2<sup>0</sup>/<sub>00</sub> [Essbach,] w osadzie tu i owdzie wałeczki szkliste. Cięż. ciała 57.50. Ciepłota prawidłowa. W czasie leczenia stan chorego z każdym dniem się poprawiał, moczn przybywało, a białka zaledwie było 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, tętno stawało się regularniejsze i pełniejsze, obrzęki znikły, a ciężar ciała doszedł do 46.90. W sercu zaś szmery ustąpiły, a pokazały się tylko głuche tony, arytmia znacznie mniejsza, nad płucną 2 gi ton mniej zastrzony. W tym stosunku i wątroba znacznie się zmniejszyła. Tablica pokazuje wahanie w ilości moczu i w tętnie.

Widzimy z tej tablicy, jak po działaniu strofantyny zaledwie przez 2 dni branej [w całości tylko 0,06] wystąpiła i ogólna poprawa i moczu przybyło więcej i doszło do *maximum* 2250 c. cm.

Dwudniowa pauza obniża ilość moczu, a następnie utrzymuje się ta ilość w pewnej mierze, a nawet dawka digitalis bardzo już niewiele podnosi ilość moczu, chociaż na tętnie widać dodatnie działanie tejże,—jak to wykazuje krzywa zdjęta po działaniu digitalis.

Już natomiast na krzywej zebranej po trzech dniach pauzy w leczeniu widać słabnięcie akcyi serca i dlatego

elewacje wsteczne i elastyczne słabo są zaznaczone. Dopiero nowa dawka strofantyny daje znowu obraz podobny do poprzednich. Diureza z początku była bardzo znaczna i mogła być obfita wobec działania środków nasercowych i znacznych obrzęków—następnie zaś kiedy nastąpiło pewne wyrównanie w działaniu serca, a obrzęki prawie znikły, i środki nasercowe, poprzednio wybitnie działające, nie mogą już wcale powiększyć ilości moczu i tylko na sercu *resp.* na tętnie widać ich skutek.

Tablice jakie tutaj poniżej podaję, wskazują działanie strofantusa na tętno, które tak co do liczby, jak i swego charakteru zmienia się na korzyść. [Tablica XVII].

## TABLICA XVII.

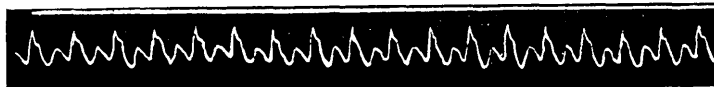


Stra. przed T. stroph. P. 88, od. 28. T. norm. Moczu 980.



Stra. po T. stroph. P. 58, od. 28. T. norm. Moczu 2000.

## TABLICA XVIII.



Kap. przed T. stroph. P. 120, od. 32. T. 38.2.



Kap. po T. stroph. P. 120, od. 32. T. 38.3.

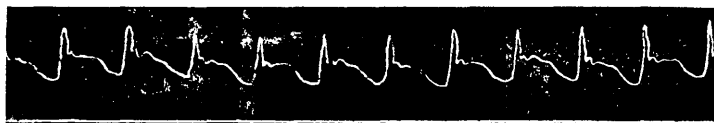
Pam. Tow. Lek. T. 98, Z. I.

Następujące tablice wykazują porównawczo działanie tak strofantusa, jako też i innych środków nasercowych, o których mowa poniżej, a obok tego wykazują ich działanie moczopędne w chorobach przeważnie sercowych. [Tablica XXII].

### TABLICA XIX.



Józ. bez leków. P. 100, od. 28. T. norm. Basch 150.

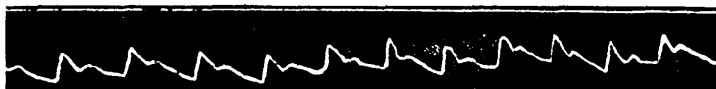


Józ. po 3-ch dn. T. stroph. P. 92, od. 36. Basch. 130—135 różnica po T. stroph. nieznaczna.

### TABLICA XX.



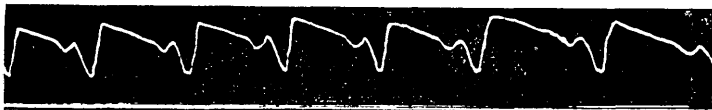
Sel. bez leków. P. 76, od. 24. T. 36.0. Moczu b. mało.



Sel. po T. stroph. 30 kr. P. 84, od. 24. T. norm. Moczu 800.



Sel. po T. stroph. 40 kr. P. 54, od. 28. T. norm. Moczu 3000.



Sel. bez leków. P. 80, od. 24. T. norm. Moczu 1800.



Sel. po T. stroph. P. 66, od. 24. T. norm. Moczu 2400.



Sel. po 2-ch dn. pauzy i experim. causa strophantui 5 mil. P. 44, od. 16. T. 35.4 (colapsus).

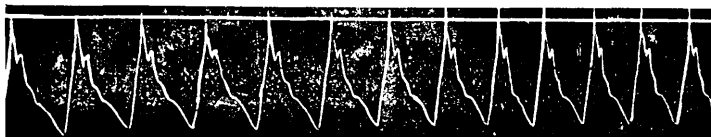


Sel. po strofantynie. P. 32, od. 24. Tem. 36,0.

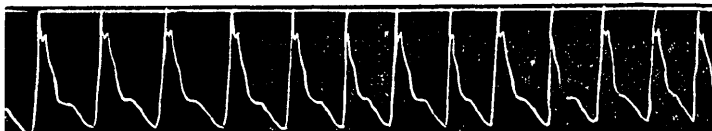


Sel. po Teobrominie [podobnie jak 4]. P. 66, od. 24. T. 36,0.

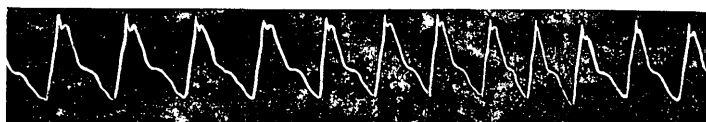
### TABLICA XXI.



B. 4. V. bez leków. P. 100, oo. 28. T. norm.



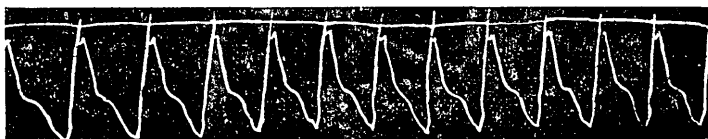
B. 6. V. po T. stroph. P. 80, od. 24. T. norm. Mocz 750.



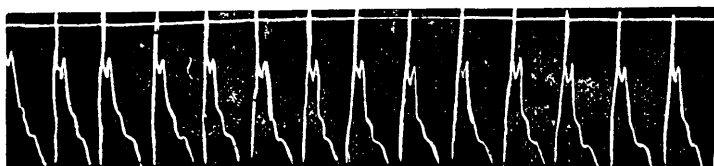
B. 10. V. sine cardiacis. P. 88, od. 20. T. norm.



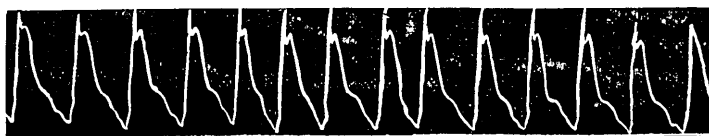
B. 13. V. po strofantynie. P. 68, od. 20. T. norm



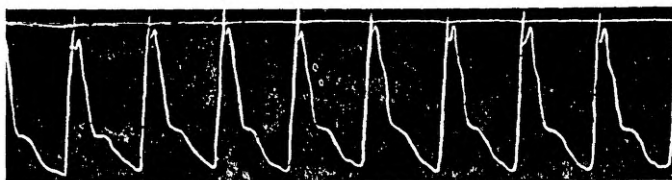
B. 16. V. do T. stroph. P. 80, od. 20. T. norm. Mocz 2200.



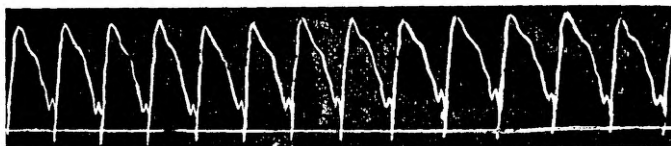
B. 18. V. bez leków. P. 80, od. 20. T. norm. Mocz 2300.



B. 22. V. przy Teobrominie. P. 82, od. 20. T. norm. Mocz 2900.



B. 2. VI. przy Teobr. P. 88, od. 20. T. norm. Mocz 2500.



B. 4. VI. przy 0,005 stroph. P. 100, od. 24. T. norm. Mocz 2500 prawie.

## TABLICA XXII. A. S.

Data	Leczenie	Ilość mocz.	c. gat.	białko	cięż.	tętno	Uwag. Waga ciała.
11/4	med. indif.	400	1020	śląd wyraż.	36,8	112	obrzęk 61,50
12/4		700	—18	"	36,5	108	
13/4		700	—18	"	36,5	108	obrzęk mniejszy
14/4	T. stroph.	1000	20	mniej	36,8	106	
15/4		1400	16	"	36,8	96	obrzęk b. mały 60,20
16/4		1700	14	"	37,0	98	
17/4		2000	14	"	36,9	98	
18/4	Aq. foeniculi	2000	11	coraz mniej	36,8	100	obrzęku niema
19/4		1700	14	zaled. ślad	36,8	96	
20/4		1600	14	"	36,7	102	56,0
21/4		1200	14	"	36,6	100	
22/4	Inf. digit. 1 : 200	1700	13	brak	36,8	98	
23/4		2100	14	"	36,8	88	53,0
24/4		1700	14	"	37,0	84	
25/4		1700	14	"	37,0	76	
26/4		1600	16	"	37,1	76	52 kil
27/4		1600	16	"	36,9	74	
28/4		1600	16	"	36,9	76	ub, lo 9 1/2 kil.



W tym przypadku i po T. stroph. następuje widoczna diureza i po Inf. digital—prawie jednakowa. Chory opuszcza klinikę w stanie wyrównanej wady serca.

Reasumując wszystkie doświadczenia, przezemnie zebrane, przychodzę do wniosku, że tak T. strophanti jak i strophantinum w chorobach serca ma niewątpliwie bardzo dodatni wpływ na krążenie i podawać je należy w tych przypadkach, gdzie innych środków na razie użyć nie możemy [naparstnica], w przypadkach których często nie możemy badać i obserwować, nadto w pauzach pomiędzy innymi środkami nasercowymi, których działanie może strophantus jeszcze podtrzymać. Tylko w niektórych wyjątkowych przypadkach Stroph. wykazał silniejsze działanie, niż naparstnica; wogóle jednak działanie digitalis jest pewniejsze i lepsze. Jako środkowi moczopędnemu również nie można mu odmówić skuteczności, ale rezultat w ilości moczu zależy tylko od ogólnej poprawy w krążeniu, działania zaś swoistego strofantus nie posiada.

## C o f f e i n u m.

Trzecim ważnym środkiem nasercowym jest kofeina, która znajduje się nietylko w ziarnkach kawy, w liściach i korze drzewa kawowego [w kawie Ceylon 0.88 w Mokka tylko 0,23] ale i w herbacie, w Pasta Guarana [w herbacie 2%, w Pasta Guarana 5%].

Przez palenie kawy traci ziarnko 8<sub>x</sub> wody i tworzy się przytem aromatyczny olejek Caffeon, a z małej ilości cukru zawartego w ziarnkach powstaje karmel nadający palonej kawie właściwą barwę. Przy takim paleniu kawy część kofeiny marnuje się i dlatego potrzeba tylko do pewnego stopnia—znanego dobrze naszym gospodyniom, kawę palić, by strata \*kofeiny nie była znaczna. Dobrze spalona kawa przez zagotowanie oddaje około 20—25% swych części rozpuszczalnych, tak że można liczyć, że

z 15.0 kawy zagotowanej w 250.0 wody, otrzymamy w roztworze 0.11 do 0.12 kofeiny. Jeżeli zaś zaparzyć liście kawy jak herbatę, otrzymamy napar przyjemny—zawierający jednak o wiele mniej kofeiny.

Że w kawie działa głównie kofeina dowiódł ARCHANGIELSKI w swej pracy, wykonanej w laboratorium Prof. BINZ'a [1900]. Dawał on zdrowym ludziom na czczo destylat palonej kawy, z której kofeina została usunięta i przekonał się, że taki napar działa na pogłębienie oddechów i zwiększenie ich liczby, niema jednak wpływu na tętno. Działanie wogóle było przemijające. Toż samo pokazało się z naparem herbaty bez teiny.

Kofeina  $C_8H_{10}(N)_2O_2 + H_2O$  była uważana pierwotnie za alkaloid, pokazało się jednak, że jest to produkt należący do grupy mocznika, ponieważ jak to już forma chemiczna pokazuje jest to Trimetylxanthin. To jest jeżeli w ksantynie jeden atom zastąpimy przez  $CH_3$ , to otrzymamy kofeinę, jeżeli drugi przez  $CH_3$ , to Teobrominę.

Kofeina przedstawia się w postaci kryształków podłużnych białych, połyskujących jak jedwab, smaku gorzkiego, bez zapachu. Rozpuszcza się w zimnej wodzie w stosunku 1 na 80, w gorącej jednak 1 na 10, w alkoholu zaś 1 na 35.

Wykazać ją łatwo można przy pomocy następującego odczynu: gotujemy kryształki z kwasem azotowym zgęszczonym i powoli odparowujemy, a po odparowaniu dodajemy kroplę lub dwie amoniaku. Wtedy powstaje zabarwienie purpurowe cieczy. Sole kofeiny rozkładają się pod wpływem eteru, alkoholu lub wody, ale ich rozpuszczalność jest za to większa. Podwójne połączenie jak cofeinum natrio-benzoicum lub salicylicum są silniejsze, ale i te pod wpływem kwasu rozpadają się na składowe części.

Kofeina zaś w połączeniu z kwasem cytrynowym jest prawie czystą kofeiną.

Są jeszcze połączenia kofeiny z kwasem salicylowym, cynamonowym, bęźdzwinowym, a w najnowszych zaś czasach otrzymano połączenie kofeiny z kwasem siarkowym i solami Natrium, lithium i strontium tak zwany Symphorol [N, L lub s].

Zostaje wessana łatwo czy to podana wewnątrznie, lub też wstrzyknięta pod skórę i już po godzinie można ją wykazać w moczu, a po 8—9 godzinach zostaje zupełnie wydaloną z ustroju. Według doświadczeń ROSŁA im silniejsze jest działanie moczopędne kofeiny, tem więcej jej wykazać można w moczu. W tym ostatnim jak dowiedli BĄDZYŃSKI i GOTTLIEB, występuje jako methylxantina.

Pierwszy RUNGE w r. 1819 wykazał istnienie kofeiny w kawie ale niezależnie od tego francuzcy badacze ROBIQUET, PELLETIER i CARYENTOU prawie równocześnie ją wykazali.

Z późniejszych trzeba wspomnieć o ZWINGER'ze i HONORÉ [w r. 1876].

Pierwszym lekarzem, który używał kofeiny jako środka leczniczego był KOSZŁAKÓW [Virch. Arch. 1864]. Znalazł on, że kofeina działa dodatnio na ciśnienie krwi, że ma wpływ rozwalniający i moczopędny, że po niej skurcze serca mają rzadziej występować i tętno wolniej. Obserwacje jednak jego zostawiają wiele do życzenia.

We Francyi zaczął stosować kofeinę JACCOUD w roku 1866 o czem wspomina w Leçons d. clin. medic [1867]. Następnie już idzie cały szereg prac z Francyi, Anglii i Niemiec. GUBLER [1877], SHAEPTER, LEECH, BRAKENRIDGE, HUCHARD, LÉPINE, GIRAUD, LEBLOND, DUJARDIN-BAUMETZ, TANZET, RIEGEL, [na 3-im kongresie w Wiesbaden], O. SEIFERT, LEUBUSCHER, SCHROEDER, BECHER, PAWIŃSKI, oprócz wielu innych których wszystkich wymienić niepodobna. Z prac tych jednak autorów czuję się w obowiązku podać krótkie wyciągi, z których okaże się że poglądy na działanie tego środka tak pod względem fizyologicznym jak i terapeutycznym nie są bynajmniej jednoznaczne.

BRAKENRIDGE twierdzi, że kofeina działa moczopędnie nie tylko w skutek podniesienia się ciśnienia krwi, ale i przez podrażnienie nerek. Wiemy bowiem że działanie moczopędne może przychodzić do skutku w trojaki sposób: po pierwsze przez zwiększenie ciśnienia wśródnaczyńowego, powtórę przez podrażnienie nabłonków w kłębkach ner-

kowych i zmiany w filtracji, wreszcie przez zmiany w dyfuzji, jakie właśnie zachodzą pod działaniem niektórych soli np. kali aceticum.

CURSCHMANN twierdzi, że kofeina nie działa na narząd krążenia tak dobrze jak naparstnica—wogóle jednak działa dobrze. Działanie moczopędne nie jest zawsze pewne i nieraz potrzeba 3—5 dni, nim to działanie wystąpi. Tętna kofeina nie zwalnia. Według niego kofeina działa inaczej na ośrodki nerwowe, niż naparstnica i sam on obserwował przypadki, w których naparstnica nie działała a kofeina dawała dobry skutek i odwrotnie. Czasami przy silniejszych dawkach można wywołać nudności, wymioty i ból głowy—jako objawy już zatrucia. Stosował on w ilości 2.0 pro die.

Toż samo mniej więcej twierdzi i wyżej wspomniany BRAKENRIDGE, który radzi podawać chorym jednocześnie naparstnicę z kofeiną a wtedy działanie występuje b. wybitnie. Cytuje on jeden przypadek, w którym po odstawieniu naparstnicy dał kofeinę i zaraz ilość moczu z 4170 spadła do 1950, przy podaniu zaś powtórnem naparstnicy zaraz na nowo tegoż samego już dnia podniosła się do 3600. Tętno jednak było przytem słabo napięte i nieregularne.

Toż samo podaje LEECH i SHAPTER.

HUCHARD twierdzi, że w niektórych razach kofeina działa lepiej niż naparstnica i że działanie moczopędne występuje szybciej, przyczem ilość wydzielonego moczu dochodzi do 3 i 4 litrów na dobę. Działania kumulacyjnego przy podawaniu kofeiny nie widział. Kofeina jednak według niego nie działa jako diureticum w chorobach nerek i wątroby, a przy stłuszczeniu lub zwyrodnieniu mięśnia sercowego ma nawet działać szkodliwie. Radzi on podawać czystą kofeinę i daje z początku 0.25—0.75, a potem 1.0—2.0 do 3.0, jednak tylko w wyjątkowych przypadkach.

Czasem nawet wstrzykuje kofeinę w dozach 2—2 grm. pro die i według niego lepiej to działa niż wstrzyknięci e eteru. Według niego kofeina działa na rdzeń przedłużony. Podaje ją w następującej postaci: 2.0 Coff., 3.0 Natr. benzoic., 6.0 aquae.

BRAUNER w swej pracy [1886] radzi podawać kofeinę w anemii mózgu i migrenie, gdzie ma dobrze działać w dawkach C.10, 3 na dzień. W chorobach zaś serca podaje 1.0 pro die. Na tętno nie wpływa, działanie moczopędne nie zawsze jest pewne. Podczas podawania kofeiny radzi robić przerwy.

COHNSTEIN dowodzi, że kofeina w małych dawkach wzmaga ciśnienie krwi, w dużych zaś może działać na ośrodki naczynioruchowe; w ten sposób wywołuje podniesienie się ciśnienia, a obok tego twierdzi, że kofeina działa wprost na serce; działanie to wyrażać się ma według niego w częstości tętna i wysokości jego.

SÉE chwali działanie kofeiny na mięśnie. Działanie to dochodzi do skutku dzięki zwiększonej pobudliwości kory mózgowej i ośrodków ruchowych w rdzeniu przedłużonym.

W pracy wykonanej w klinice SAHLI, pani FRAENKIEL wykazuje, że kofeina podnosi ciśnienie i że, po zaprzestaniu podawania kofeiny, ciśnienie się zmniejsza, ale już nie wraca do dawnej niskiej normy.

EICHHORST nie przypisuje kofeinie wielkiego znaczenia w działaniu na serce, ale zato chwali działanie moczopędne.

SCHROEDER w bardzo obszernej pracy eksperymentalnej robił doświadczenia na królikach, używając do tego Coff. natro-benzoicum. Zrobił on ciekawe spostrzeżenie, że jeżeli zwierzę zanarkotyzować chloralem, to ciśnienie się nie podnosi, działanie jednak moczopędne występuje nieraz przy takim ciśnieniu niższem od normalnego. Z tego wnosi on, że kofeina ma dwojake działanie; jedno podniecające ośrodki mózgowe [podobnie jak strychnina] i wywołujące zwężenie naczyń i to działanie utrudnia wydzielenie, a drugie działające wprost na nerki [glomeruli]; nieraz więc jedno drugie znosi.

Chcąc właśnie uniknąć tego hamującego działania radzi podawać środki jak np. pareldehyd, który to działanie znosi. Praktyka to dowodzenie potwierdziła.

SOBIERAŃSKI w pracy swojej o środkach moczopędnych dowodzi, że aby kofeina mogła działać moczopędnie, muszą być we krwi te składniki, które ułatwiają wydzielanie moczu, a więc woda i sole. Metodą barwienia nerek i kłębków przekonał się, że kofeina przedewszystkiem paraliżuje zdolność wchłaniania nabłonka w kanalikach krętych, a przez to zwiększa ilość moczu. Tymczasem NARCISS ACH w pracy [1900] z laboratorium SCHROEDER'a nad działaniem różnych połączeń ksantynowych [kofeina jest 1.3.7 Trimethylxantinum] wykazał, że dimethylxantyny najsilniej działają moczopędnie, z nich jednak najslabiej Teobromina [3·7 Dimethylxanthin]. [Porównaj pracę BĄDZYŃSKIEGO]. Działają one głównie drażniąc nabłonek nerek zwłaszcza w kłębkach. Przy tych na doświadczeniach badanie samych nerek nie wykazało żadnych zmian.

I. MAKI w swojej dysertacji dowodzi, że kofeina powiększa ciśnienie przez podrażnienie ośrodków naczynioruchowych ale działając na wazomotory, działa hamująco na wydzielanie nerek.

BRUNNER w pracy swojej wykonauej w klinice KUSSMAUL'a dowodzi, że kofeina niema wyraźnego działania na serce, nawet w przypadkach wad sercowych. Nawet w przypadkach w których działała ona moczopędnie nie zmniejszała się liczba uderzeń tętna. Działanie moczopędne występuje zwłaszcza po pierwszych dawkach [podawał dziennie 0,5 do 1.5] tak w wadach serca jak i emphysem, ascites, nephritis. Największy wpływ był tam gdzie serce było zdrowe.

Tak SCHROEDER jak i BRAUNER powiadają, że przy użyciu kofeiny trzeba być ostrożnym z jej działaniem na ośrodki mózgowie, a w przypadkach względnego zatrucia chorzy skarżą się na silne rozdrażnienie, niemiłe uczucie niepokoju w piersiach, drżenie kończyn, ból głowy, zawroty, szum w uszach, tętno przyspieszone, często nieregularne, zaburzenia żołądkowe, parcie na mocz, erectio penis, a nieraz i haematuria [BRAUNER]. Inni zaś zapadają w sen głęboki i napięcie tętna u nich się zmniejsza.

FRERICHS zrobił na sobie doświadczenie wzięwszy naraz 1.5 kofeiny i mniej więcej też same objawy przechodził. Powoli to jednak minęło bez złych skutków.

Przypadek nieznacznego otrucia opisu RELP u osoby 30-letniej wątłej i dość wrażliwej. Po dwóch dawkach coff. a 0.24 wystąpiły wyżej podane objawy, które trwały 3 godziny, ale na drugi dzień zupełnie minęły. Tomy dowodziło, że działanie kofeiny jest krótkotrwałe.

Ważniejszy przypadek opisuje CURSCHMANN. Pewna dama chcąc wywołać poronienie zrobiła napar z 250 grm. kawy na 500 wody, gotowała to przez 5 minut, i precedziwszy to i wytłoczywszy resztki z kawy, na raz to wypila. Już w kwadrans wystąpiły objawy zatrucia. Lekarz, który dopiero w 2 godziny ją badał, znalazł ją w wielkiem rozdrażnieniu, ani chwili uleżyć nie mogła, doznawała uczucia lęku; zjawiała się duszność, drżenie rąk, zaćmienie samowiedzy. Badanie płuc nic nie wykazało. Oddech tylko utrudniony i przyspieszony. Uderzenia serca gwałtowne, tak że cała okolica serca podnosiła się. Tętno 112, szybkie, tętnica wązka, twarda, silnie napięta. Tony serca czyste. W godzinę potem wystąpiły wymioty i rozwolnienie z wydymaniami. Parcie na mocz również b. znaczne. Powoli objawy te zmniejszały się, a dopiero po 2 dniach minęły zupełnie. Chroniczne zatrucie się kawą opisuje COMBEMALE u mężczyzny 55-letniego, który dziennie wypijał litr kawy. Cierpiał on na zawroty głowy, ucisk w głowie, bóle w kłębach i nogach. Odruchy i czucie utrzymane, drżenia kończyn nie było, czynność serca normalna. Po 14 dniach nastąpiło wyzdrowienie. Że kawa w mniejszych dawkach użyta podnosi sprawność naszego organizmu, to każdy to na sobie odczuwa. Działa ona równocześnie na nasz stan psychiczny [NARZISS ACH], wpływa dodatnio na zdolność myślenia, co się objawia i w szybkości pojmowania i w dokładności; zwłaszcza w czasie znużenia działanie to staje się widoczniejszem,—a znaną jest rzeczą u górników, że przy użyciu kawy i nawet przy lichem odżywianiu się, są w stanie znaczną pracę fizyczną wykonać, chociaż, jak to wykazał GASPARIN, przez picie kawy nie zaoszczędza się nic w przemianie materji.

Toż samo potwierdza POUCHET z doświadczeń na psach, tylko przy kawie więcej się kw. węglanego wydziela.

O działaniu kofeiny na ośrodki mózgowy można jeszcze wnosić z obserwacji SCHWALBA, który przytacza przypadek koncentrycznego zwężenia pola widzenia pod wpływem kofeiny, zwężenia naczyń przy normalnem dnie oka i prawidłowem poczuciu barw.

Wrażliwość tych ośrodków jest u różnych ludzi rozmaita i dlatego trzeba na to zwrócić uwagę. Ażeby znieść to działanie proponuje SCHROEDER podawać takim chorym chloral albo paraldehyd co i LONGAARD zaleca. Ten ostatni obserwował działania moczopędne nawet wtedy, kiedy ciśnienie w tętnicach równało się zeru.

Także i CURSCHMANN przypisuje kofeinie działanie moczopędne znaczne, bez działania zwalniającego na tętno uważa on, że kofeina drażni ośrodki nerwowe naczynioruchowe.

Natomiast BECHER zrobił próby na 34 chorych z rozmaitemi cierpieniami dając *coff. citricum* 0.60 do 2.0 na dzień i przypisuje kofeinie działanie i na samo serce równocześnie z działaniem moczopędnem, chociaż tętno bardzo mało się zwalnia, to jednak arytmia się zmniejsza. Czasami ilość moczu dochodziła do 5000 a w niektórych przypadkach jeszcze wywołuje zwiększenie moczu tam gdzie i adonis i naparstnica tego nie zdołały wywołać.

Że i na samo serce dodatnio działa, podnosi to w swej pracy SEIFERT na podstawie doświadczeń w klinice Würtz-burskiej. Według niego działa prędko na czynność serca i zwalnia jego akcję.

Nie mogę też pominąć doświadczeń tak znakomitego klinicysty, jakim jest zwłaszcza w tym dziale RIEGEL, który robił doświadczenia na zdrowych i chorych [21 przypadków]. Wstrzykiwał on podskórnie 0.4—1.0. U zdrowych wywołuje kofeina wyraźne zwolnienie tętna, przyczem i napięcie tętna się zwiększa. Na podstawie zaś badań u chorych twierdzi, że podnosi ciśnienie, zwalnia akcję serca, zwiększa ilość moczu i uważa on kofeinę za środek regulujący akcję serca. Radzi on dawać w małych dawkach i często, ale nie dawać podczas używania kofeiny środków narkotycznych i usypiających.



Na podstawie bardzo licznych i ścisłych doświadczeń PAWIŃSKI podaje także, że kofeina wywołuje znaczny wpływ na ośrodki naczynioruchowe i wskutek tego zwięzają się naczynia, napięcie się podnosi i ciśnienie wzrasta. Podając kofeinę w dawkach 0.25 jako *coff. natr. benz.* lub 0,30 jako *natr. salicyl* [do 8 proszków dziennie] znajdował poprawę w chorobach sercowych; rozmiary serca zmniejszały się, a akcja była silniejsza, arytmia jednak nie znikła—ilość moczu natomiast była dość znaczna. W chorobach nerkowych szczególniejszego działania nie zauważył. Najlepiej działa w tych przypadkach, gdzie zmiany chorobowe dotyczą samego mięśnia sercowego. Stosując kofeinę podskórnie, używał zwykle roztworu 3.0 *coff. natr. salicyl.* lub 4.0 *coff. natr. benzoici* na 20.0 wody. Najwyżej dziennie dawał 2.5, ale radzi nie przekraczać dawki 2.0 dla *coff. natr. benzoicum*, a 1.5 dla *coff. natr. salicyl.* W postaci czopków stosował także dając 4.0 na 12 czopków i z tego 2—4 na dzień. Przy wstrzykiwaniach podskórnych kofeiny nieraz powstają ropnie na co już zwrócili uwagę i MENY i BENSANDE. W Angina pectoris przy wadzie serca dawał kofeinę wraz z morfiną i rezultat miał być doskonały. Daje więc naprzód podskórnie kofeinę a potem dopiero morfinę.

HEINZ i LIEBRECHT wytworzyli nowe połączenie kofeiny, wyrabiane przez znaną firmę Höchst [Meister Lucius — Brüning], jest to Natrium cofeinosulfuricum. Podając w dawkach 4.0 pro die mieli otrzymywać znaczne działanie moczopędne [z 1600—3000] ale preparat ten nie miał wpływu na ciśnienie wśrodmaczyniowe. Działa więc podobnie jak diuretyna, ale jest tańszym środkiem.

Z późniejszych prac muszę wymienić SIEGERT'a, który kofeinę zalicza do dobrych środków moczopędnych, ale radzi dawać kofeinę czystą, a nie *coff. natr. salicylicum*.

Również HELLIN i SPIRO w sztucznym zapaleniu nerek, wywoływali znaczną diurezę przez podawanie kofeiny.

DALEHÉ zwraca uwagę na idyosynkrazyę do kofeiny osób chorych na diabetes mellitus i dlatego radzi być z podawaniem kofeiny ostrożnym w tej chorobie.

FERRARA [Neapol] twierdzi, że kofeina przez działanie na n. błędny podnosi siłę mechaniczną mięśnia sercowego. Średnie i duże dawki kofeiny działają na nerwy naczynioruchowe, powodują rozszerzenie naczyń, średnie obniżają ciśnienie, duże podnoszą, kofeina w średnich dawkach u psa wywołuje podwyższenie ciepłoty o 1 do 1.5° C., podwyższenie to trwa do 2-ch godzin, później ciepłota powoli się obniża.

SCHWARTZ robił doświadczenia na królikach [1899 r.] i wykazał że kofeina działa moczopędnie a przytem nie przez pośrednictwo krwiobiegu. RICHTER podając kofeinę lub diuretykę wraz z pożywieniem mącznym wywoływał cukromocz i poliurię.

BOCK dowodzi na mocy swych doświadczeń, że kofeina wywołuje przyspieszenie tętna przez drażnienie w sercu zwojów nerwowych przyspieszających, a podniesienie ciśnienia krwi jest tem spowodowane drażnieniem ośrodków naczynioruchowych.

HILDEBRANDT zachwala podawanie kofeiny jako środka wzmacniającego działanie antipiryny, phenacetyny, chininy; kofeina wywołując ma mianowicie podrażnienie ośrodków nerwowych, a więc działać w tym samym kierunku co i wspomniane wyżej środki przeciwgorączkowe. Mojem zdaniem jednak chodzi tu raczej o działanie wprost na serce i o ile środki te osłabiają czynność serca, o tyle podanie kofeiny w pewnej mierze temu zapobiega, a tłumaczenie to zgadzałoby się ze zdaniem BRIQUETA, który radzi używać kofeinę jako antidotum chininy.

Wpływ kofeiny na samą krew obserwował MAUREL u dwóch osób, badając krew w niezmienionych warunkach w ciągu 24 godzin przy normalnej ciepłocie. Pokazało się, że wielkie dawki kofeiny, wpływają niekorzystnie na białe ciała krwi, na erythrocyty nie wywierają żadnego działania, jak również na tworzenie się włóknika. Mniejsze zaś dawki kofeiny mają dodatni wpływ na białe ciała; pozostawały one dłużej przy życiu niż te, które nie były pod wpływem kofeiny.

Z kongresu medycyny wewnętrznej w roku bieżącym muszę jeszcze przytoczyć zdania głównych referentów t. j. Prof. GOTLIEB'a i Prof. SAHLI'ego.

Otóż Prof. GOTLIEB w pierwszej linii podnosi odmienne działanie dawek trujących naporstnicy i kofeiny, bo kiedy pierwsza wywołuje śmierć serca w stanie skurczu, to dawki trujące kofeiny powodują coraz to słabsze ruchy serca,—aż nareszcie następuje śmierć. Z tego sądząc można przypuszczać że i działanie na sam mięsień sercowy w stanach chorobowych nie będzie tak wybitne jak naporstnicy. Nadto kofeina drażni ośrodki przyspieszające w sercu, czego nie czyni naporstnica.

Według HEDBOM'a [Skandin. Arch. f. Phys. 1898] doświadczenia na wyciętem sercu wykazały, że po podziałaniu kofeiny następuje znaczne rozszerzenie tętnic wieńcowych, co nam także tłumaczy korzyści podawania teobrominy w angina pectoris.

Prof. SAHLI zwraca uwagę działanie kofeiny na naczynia, zwęża je ona wybitnie i dla tego wskazaną jest tam, gdzie mamy do czynienia z rozszerzeniem naczyń włosowatych, a więc w zapadach na tem tle i w chorobach zakaźnych.

Co do działania kofeiny na arytmieję i na regulację tętna to według SAHLI'ego nie jest rzeczą wiadomą, na jakie arytmie kofeina działa, przynajmniej SAHLI nic pewnego powiedzieć nie może.

Wiadomem jest tylko, że przy znacznem zwolnieniu tętna kofeina przyspiesza tętno i że drażni ośrodki oddechowe. Dawki według Sahli wynoszą 0,6—1,0 cof. natr. salicyl.

Z tych przytoczonych tutaj zdań wymienionych autorów znowu widzimy, że niema zgodności w poglądach badaczy na działanie kofeiny i że tłumaczą oni w rozmaity sposób te same objawy występujące pod wpływem leku.

Kofeinę stosowałem u 16 chorych klinicznie obserwowanych, obok bardzo wielu leczonych ambulatoryjnie, u których naturalnie ścisłych danych mieć nie mogłem, a tylko

mogłem był widzieć skutki po stosowaniu przez pewien czas soli kofeinowych.

Z tych 16 chorych, było 8-iu z wadami serca i z tego przypada u 5-iu dodatni wynik, a u 3-ch, albo bardzo mały rezultat, albo prawie żaden. W zapaleniu płuc włóknikowym stosowałem u 4-ch chorych, z tego u 2-ch rezultat dodatni a w 1-ym żadnego nie było, a w 1-szym raczej ujemny, niż obojętny. W innych zaś przypadkach emphysema pulmonum, nephritis chronica, cirrhosis hepatis, rezultat był nieznaczny.

Zwykle podawałem kofeinę wewnątrznie i to nie więcej jak 1.0 dziennie, a tylko w przypadkach wyjątkowych stosowałem ją podskórnie lub też w czopkach. Najlepiej działała coff. citricum i sama kofeina, a przy wstrzykiwaniu podskórnem, działanie jej objawiało się po kilku lub kilkunastu minutach, ale nie jest ono tak wybitne w przypadkach zapadu jak działanie eteru lub kamfory i dlatego należy w cięższych zapadach nie ograniczać się tylko do samej kofeiny, lecz stosować i eter i kamforę.

W przypadkach wad serca w okresie niedomogi kofeina działa dodatnio na wzmocnienie czynności serca i wzmożenie funkcji nerek, ale nie jest to działanie wybitne i pewne, i nieraz zwłaszcza w cięższych przypadkach zawodzi. Pod tym względem nie może dorównać naparstnicy i tam gdzie chodzi o działanie wybitne, a prędkie, w takich przypadkach najlepiej podawać naparstnicę w połączeniu z kofeiną 1.0—1.5, bo i działanie na nerki rychlej się nam pokaże i skutek będzie wyraźniejszy.

Różnicy w działaniu kofeiny na tę lub ową wadę serca nie zauważyłem, zależało ono bowiem przedewszystkiem od sprawności mięśnia sercowego, przy zwyrodnieniu którego włóknikowym itłuszczowem, kofeina może najmniej zdaje się być odpowiednią.

W stanach zaś zapalnych tak worka sercowego jak i endocardium podawanie kofeiny nie powinno mieć miejsca.

Natomiast w przejściowych niedomogach sercowych jeszcze krótkotrwałych, w przemęczeniach mięśnia sercowego, działa kofeina doskonale i wyrównywa rychło zastoiny przez swe znaczne moczopędne działanie.

Również w chorobach zakaźnych, gdzie nam chodzi o dłuższe utrzymanie serca w stanie możliwie najlepszym, podawanie kofeiny w dawkach 0.50 do 1.0 uważam za bardzo odpowiednie; tylko u osób nerwowych i wrażliwych spotykałem się nieraz ze skargą, że nawet przy nieznacznych dawkach 0.50 (pro die) doznawały niemiłego uczucia zawrotu i silnego przyływu krwi do głowy, połączonego z szumem w uszach. Są to jednak objawy mało znaczące wobec korzyści, jakie przedstawia podawanie kofeiny w ostrych gorączkowych chorobach, w których daje się łatwo łączyć małe dawki chininy, salicylu lub innych podobnych środków z kofeiną.

W chorobach nerek podawanie kofeiny wywierało wpływ moczopędny, ale w przeważnej części nieznaczny, tylko w 2-ch przypadkach czynność nerek znacznie się podniosła, ale to dotyczyło młodych indywiduów bez znaczniejszych zmian w sercu.

W chorobie BASEDOWA, jak również w nerwowem biciu serca, kofeina nie jest wskazana i tylko niekorzystnie może wpłynąć na ogólny stan przez podrażnienie ośrodków nerwowych.

W migrenie zaś nieraz dawka 0.10—0.15 przerywała atak.

Podnoszę jeszcze znaczenie kofeiny w wysiękach zapalnych, surowicznych, gdzie jej działanie bywa znakomite przez wywołanie znacznej diurezy—co prawie zawsze następuje przy dawkach nie zbyt wielkich.

Wogóle jako środek moczopędny o wiele lepiej działa niż diuretina, która jeszcze nie łatwo zostaje znoszona przez chorych i nieraz wywołuje zaburzenia żołądkowe.

Co do dawek tylko można się różnić i o ile większość autorów radzi dawać duże dawki od 2.0—2.50 pro die, a sole kofeiny z kwasem siarkowym i solami natrium, lithium, strontium mogą być podawana do 4.0—5.0 pro die, o tyle ja się trzymałem średnich dawek i wyżej 1.25 nie podawałem, a jednak już i przy tych dawkach skutek był dostateczny.

Tych kilka tablic i krzywych, obok już poprzednio przytoczonych przy digitalis i strofantus ilustrują dostatecznie działanie na tętno i na nerki.

Nie podaję ich wiele, bo toby tylko utrudniło zoryentowanie się w całym materyale.

C Z Y N N O Ś C I  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

—  
P R O T O K Ó Ł Y

Rok 1902.

Posiedzenie wyborcze z dnia 9 Stycznia 1902 r.

Przewodniczący Prezes **St. Markiewicz.**

Obecnych członków 135.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Biblioteka Towarzystwa otrzymała od Fr. NEUGEBAUERA odbitki z jego prac.

III. SEKRETARZ DOROCZNY LUDWIK DYDŃSKI odczytał sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa za rok 1901. Sprawozdanie to Towarzystwo przyjęło.

IV. PREZES zarządził głosowanie tajne nad obiorem SEKRETARZA STAŁEGO, PREZESA, WICE-PREZESA, SEKRETARZA DOROCZNEGO, POMOCNIKA SEKRETARZA DOROCZNEGO, Członka zarządu, oraz członków różnych komitetów, a nadto nad obiorem nowych członków czyni korespondentów.

Wynik głosowania był następujący:

1) Na SEKRETARZA STAŁEGO wybrany został prof. H. HOYER [gł. 95].

2) Na PREZESA wybrany został TEODOR DUNIN [gł. 69].

3) Na WICE-PREZESA — Walenty KAMOCCI [gł. 69].

4) Na SEKRETARZA DOROCZNEGO — Stanisław KOPCZYŃSKI.

5) Na pomocnika SEKRETARZA DOROCZNEGO—Józef BRUDZIŃSKI [gł. 74].

6) Na członka Zarządu—W, KOSMOWSKI [68 gł.].

7) Na członków komitetu bibliotecznego i komitetu rewizyjnego wymaganej większości głosów nikt nie otrzymał.

8) Na członków komitetu nagród konkursowych imienia KOCZOROWSKIEGO wybrani zostali: JAKOWSKI, PRYEWOSKI, NEOFKI, DUNIN, JANOWSKI, SZTEYNER.

9) Na członków komitetu, wybierającego stypendystę imieniem Polikarpa GIRSZTOWTA wybrani zostali: prof. J. KOSIŃSKI, Br. SAWICKI, Fr. KIJEWski, W. SZTEYNER.

10) Na członków komitetu Kasy Wsparcia wybrani zostali prof. KOSIŃSKI, Br. SAWICKI [z grona członków Towarzystwa]. Z pośród lekarzy, zamieszkałych w Warszawie i nie będących członkami Towarzystwa, wybrani zostali ponownie ŻERA i HEINRICH.

11) Na członków komitetu konkursowego imienia Tytusa CHALUBIŃSKIEGO wybrani zostali: prof. PRZEWOSKI, GAJKIEWICZ, JAKOWSKI, SOKOŁOWSKI, PRUSZYŃSKI i CIECHOMSKI.

12) W poczet członków czynnych Towarzystwa przyjęci zostali: 1) Al. BIAŁOBRZESKI, 2) Stanisław BUCELSKI, 3) Henryk LANDAU, 4) Jan PILTZ, 5) Eugenjusz TRYJARSKI, 6) Antoni TUCHENDLER, 7) Julian WIŚNIEWSKI.

W poczet członków korespondentów wybrani zostali: Stanisław KONWERSKI i Leszek WOLFRAM.

Na ogłoszeniu wyniku wyborów posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin*.

Sekretarz *St. Kopczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 Stycznia 1902 r.

Przewodniczący **T. Dunin**.

Obecnych członków 80 gości 15.

**T r e ś ć:** STANKIEWICZ Wł.— Przedstawienie chorej po wielokrotnej operacji wycięcia mięsaka.  
SAWICKI Br. — Przedstawienie dwóch chorych z rozmiękczeniem kości (osteomalacia).

KRAUZE i STEINHAUS.—Przedstawienie chorego po wycięciu nerki i przedstawieniu tegoż preparatu.

NEUGEBAUER—a) Przedstawienie osobnika z wrzekom obojnactwem męzkim zewnętrznym, b) przedstawienie chłopczyka o pozorach kobiecych wskutek hypospadiaseos penis scrotalis, c) przedstawienie preparatu anatomicznego organów płciowych z hypospadiasis penis et scroti wraz z descensus testicularum incompletus, d) przedstawienie fotografii osobnika o podwójnym prąciu i o 4-ch kończynach dolnych, e) przedstawienie preparatu podwójnej ciąży macicznej i jajowodowej.

ŻENCZYKOWSKI.—Przedstawienie chorego z przypuszczalnym nowotworem gruczołu tarczowego i śródpiersia.

RZĘTKOWSKI.—„O cytotoksynach“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES dowiatał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: ŻENCZYKOWSKIEGO, STERLINGA, URBANA, NEUFELDÓWNĘ, CZARNOCKIEGO, St. KLJEWSKIEGO, KOHNA, JASTRZĘBSKIEGO, ROMA, DOLAŃSKIEGO, DALECKIEGO, HOLUBA.

III. PREZES wręczył dyplomy nowowybranim członkom, zapraszając ich do wzięcia udziału w pracach Towarzystwa.

IV. Do Biblioteki Towarzystwa kol. HEINRICH nadesłał 2 książki.

V. PREZES zarządził głosowanie na wybory dopełniające do różnych komitetów. Do Komitetu bibliotecznego wybrany został kol. BIELIŃSKI otrzymał 56 głosów na 66 głosujących, do Komitetu obierającego stypendystę prof. GIRSZTOWTA wybrany został kol. GABSZEWICZ (otrzymał 46 głosów na 57 głosujących). Na członków Komitetu Kasy Wsparcia i Komitetu rewizyjnego nikt wymaganej większości głosów nie otrzymał.

VI. STANKIEWICZ Wł. przedstawia chorą, lat 68, która przybyła na kurację do szpitala Ewangelickiego. 1 Stycznia 1900 r. z powodu guza w okolicy łędźwiowej lewej. Z anamnezy pokazuje się, że taki sam guz i w tem samym miejscu operowany był w r. 1858 przez dr. JABLONOWSKIEGO w szpitalu D-ka Jezus w Warszawie. Po 12 latach wystąpiła recydywa guza w bliźnie i wtedy guz usunął D-r ERLICH w Płocku w r. 1870. Obecnie po 20 latach nastąpiła 3-cia recydywa. Pacjentka silnej budowy ma prócz znacznej wielkości wole [struma] na lewej stronie szyi. W okolicy łędźwiowej lewej z pośrodku szerokiej blizny wyrasta



guz wielkości średniego jabłka o szerokiej podstawie, na górnej powierzchni w rozpadzie, przyczem obnażone miejsca mają podobieństwo do bujnej ziarniny łatwo krwawiącej przy dotknięciu. Chora nie narzeka na żadne bóle, nie gorączkuje i czuje się stosunkowo dobrze.

Guz został wycięty ze znaczną częścią blizny i zdrową tkanką przy podstawie, która opierała się na powięzi mięśnia krzyżo-łędźwiowego, przyczem miało miejsce obfite krwawienie. Rana goiła się powoli i po zupełnem zabliznieniu chora opuściła szpital 29 Marca. Badanie drobnowidzowe wykazało iż guz składa się przeważnie z drobnych okrągłych komórek cechujących mięsak (Sarcoma).

2 Lipca tegoż samego roku chora przybyła do szpitala z recydywą guza [czwartą] w bliznie. Guz był nieco mniejszy niż poprzednio i po wyłuszczeniu miał naokoło podstawy wyraźną cienką otoczkę z tkanki łącznej. Tym razem gojenie odbywało się szybko i chora przed ukończeniem zabliznienia wypisała się 16 Lipca.

W roku 1901 przybyła znów do szpitala 7 Sierpnia z piątą recydywą a jednocześnie załiła się bardzo na utrudnienie oddecha wskutek nacisku znacznie powiększonego wola. Postanowiłem przedewszystkiem uwolnić ją od uciskającego guza na szyi i operację tę wykonałem 17 Sierpnia. Wyłuszczenie to nie przedstawiało wielkiej trudności, z wyjątkiem tylko dość uporczywego krwawienia z całej powierzchni pozostałej, które zmuszony byłem zatamować tamponadą. Jak tylko rana na szyi podgoiła się przystąpiłem do wycięcia guza dnia 3 Września. Wyłuszczenie z głębi odbyło się bez znacznego krwawienia, guz na całym obwodzie przedstawiał cienką otoczkę i na obnażonej powięzi mięśnia krzyżo-łędźwiowego nie było najmniejszej cząstki podejrzanego charakteru. Pomimo to przez ostrożność wyciąłem warstwę powięzi na całej przestrzeni rany. W tydzień potem przy zmianie opatrunku znalazłem niemal całe dno rany pokryte wyspami bujnej, obfitej, granulacyi, zajmującej nawet brzegi wyciętej bliznowatej skóry, barwy malinowej, przy dotknięciu dość mocnej konsystencyi, przypominającej dotknięcie zamrożonej galarety. Nie było najmniejszej wątpliwości co do podejrzanego charakteru owej granulacyi, po kilku dniach bowiem cała powierzchnia rany przedstawiała jedną masę bujnej narośli, rosnącą niemal w oczach. Nie namyślając się wyciąłem całą tę masę wraz ze zdrową skórą oraz wgłąb ze znaczną częścią mięśnia krzyżo-łędźwiowego. Gdy po upływie tygodnia tkanka nowotworu znowu z równą szybkością wyrosła poczęła, niepozostało nic innego jak szukać innej do drogi do powstrzymania tak gwałtownego rozwoju—w tym celu zaczęto opatrywać ranę gazą silnie napojoną 10% roztworem chloroku

cynku a jednocześnie przypalać bujniejsze narośle termokauterem. Sposób ten okazał się bardzo skutecznym gdyż powoli charakter granulacyjny zupełnie się zmienił i blizna prawidłowo od brzegów skóry rozwijając się, zaczęła posuwać się ku środkowi. Obecnie zabliznienie prawie skończone, czy jednak pacjentka po 44-letnim trwaniu choroby, wolną będzie od recydywy trudno osądzić.

Co do wyluszczonego wola, był to guz twardy, wielkości dwóch pięści i przedstawia cechy struma fibrosa.

Z powodu wzmianki o wolu S. przytacza, że w roku ubiegłym wykonał strumectomia u 6 chorych, u 5 dziewcząt w wieku 19 i 20 lat. Z tej liczby 4 były wola miększe (str. parenchymatosa), 1 str. fibrosa, 1 str. cystica. W ostatnim przypadku w lewym płacie gruczołu tarczowego była torbiel wielkości jaja kurzego z częściowem skostnieniem ściany—w prawym zaś płacie 2 torbiele wielkości małego orzecha włoskiego. Wszystkie operacje zakończyły się pomyślnie bez powikłań w przebiegu.

VII. SAWICKI B. przedstawia dwie chore z rozmiękczeniem kości (osteomalacia), usprawiedliwiając swą demonstracją rzadkością tego cierpienia w Królestwie Polskiem.

1) Chora lat 26 włościanka z lubelskiego, wyszła przed 6 laty za mąż, poczem trzykrotnie rodziła i raz poroniła w 4 miesiącu. Dwoje dzieci urodziła żywych, lecz jedno z nich zmarło przy objawach drgawek, mając pół roku, drugie zmarło z powodu ogólnego charłactwa w drugim roku życia, trzecie urodziło się nieżywe. W trzecim tygodniu po pierwszym porodzie pacjentka zaczęła doznawać bólu w krzyżu i w pachwinach, a jednocześnie chód jej stał się ociężałym i utrudnionym. Stan taki, z małemi zmianami, trwał do ostatniej ciąży. Począwszy od drugiej połowy tej ciąży bóle wzmogły się, i chora mogła tylko chodzić o kiju. Po porodzie, który miał miejsce przed 9 miesiącami, chora leżała 10 tygodni, poczem parę miesięcy chodziła o kiju, a następnie zaczęła chodzić bez podpierania się, lecz na niewielkiej przestrzeni i ze znacznym wysiłkiem, doświadczając silnego bólu w krzyżu, pachwinach i lewej nodze. Od pół roku zauważyła, że dawne spódnice są na nią za długie.

Chora wzrostu niskiego, ma chód kaczkowy, przy chodzeniu szybko się męczy. Łuk żebrowy po obu stronach styka się prawie bezpośrednio z grzebieniem miednicy, tak że granica pomiędzy klatką piersiową a miednicą zaznacza się po obu stronach tylko fałdą skórą. Kręgosłup znacznie wygięty ku przodowi w okolicy dolnej grzbietowej i lędźwiowej (lordosis). Miednica w okolicy spojenia łonowego tworzy rodzaj dziobu, wystającego ku przodowi. Gałęzie zstępujące kości łonowych i wstępujące kości siedzeniowych charakterystycznie esowato wygięte, wskutek czego wejście do pochwy ma kształt biszkoptu. Wymiary miednicy  $23\frac{1}{2}$ ,

27, 16. Uciskanie żeber, mostka, miednicy i [w mniejszym stopniu] kręgosłupa bolesne. Ruchy dowolne w obu stawach biodrowych [zwłaszcza zginanie i odprowadzanie uda] możliwe lecz znacznie osłabione. Skurczu w mięśniach, przeprowadzających udo, nie znajdujemy. Odruch kolanowy i ścięgno Achillesa wzmożone. Czucie na kończynach dolnych prawidłowe

2) Kobieta lat 33, włościanka z pod Skierniewic, od lat 10 zameżna, rodziła 4 razy dzieci donoszone, które dotąd się dobrze chowają. Podczas drugiej ciąży chora poczęła doznawać bólu w krzyżu i biodrach, na 2 miesiące przed porodem chodziła już z wielką trudnością; we 2 tygodnie po porodzie o tyle się poprawiła, że mogła chodzić swobodnie. W końcu trzeciej ciąży znowu bóle i utrudniony chód [o kiju]; dopiero w 7 tygodni po porodzie zaczęła chodzić. Podczas czwartej ciąży ponownie wystąpiły silne bóle i utrudniony chód o kiju. Po tym porodzie, który miał miejsce przed 3 laty, chora długo leżała, następnie zaczęła chodzić bez kija; w rok po porodzie wystąpiło pogorszenie, tak, że mogła się poruszać tylko z pomocą kija; od roku stale leży w łóżku. Chora mała, chuda, wyniszczona, ma bardzo silne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi i na lewo (kypcho-scoliosis), zajmujące całą grzbietową i lędźwiową okolicę. Mostek esowato zgięty, przyczem  $\frac{1}{3}$  jego górna wgięta ku wewnątrz,  $\frac{2}{3}$  dolne wypuklają się znacznie na zewnątrz ku przodowi. Żebra zachodzą na siebie, łuki żebrowe stykają się z grzebieniami miednicy i na tem miejscu skóra fałdowato wgięta; wymiary miednicy:  $21\frac{1}{2}$ ,  $24\frac{1}{2}$ , 16. Kości żeber, mostka, miednicy na ucisk bardzo bolesne, mają spistość jakby chrząstkowatą. Ruchy dowolne w obu stawach biodrowych zmienione wskutek porażenia mięśni zginających i odprowadzających (mm. ileopsoas, glutei). Skurcz bardzo silny mięśni, przeprowadzających udo (mm. adductores). Wzmożenie odruchu kolanowego i ścięgna Achillesa. [Autoreferat].

VIII. KRAUZE przedstawił 70-letniego starca któremu 17-go Grudnia r. z. wyciął nerkę płaską z powodu nowotworu. Kilka lat temu chory poczuł ból w okolicy lędźwiowej prawej, przechodzący na górną fałdę części brzucha; ból to był silniejszy to słabszy, trwał kilka dni i przeszedł po zastosowaniu ciepłych okładów. Ból taki ponawiał się dość często bez żadnych poważniejszych następstw. Dopiero na 5 tygodni przed wstąpieniem do szpitala po raz pierwszy zauważył krew w moczu z początku mało następnie coraz więcej, tak iż w końcu występowały znaczne krwotoki. Przy badaniu chorego znalazł guz w jamie brzusznej poniżej prawego podżebrza, guz ruchomy, zrazikowaty, dający się odprowadzić wgląd i wtedy łatwo go było wyczuć za pomocą dwuręcznego badania. Chory oddaje mocz prawidłowo bez bólu. Mocz oddaje około 900 ctm. sz. na dobę ciężaru gatunkowego 1006—1008,

zawiera w sobie krew, cukru nie zawiera. W pęcherzu nie normalnego nie znaleziono. Gruczoł krokowy nie powiększony. Po kilku dniach mocz przedstawiał się dość czystym; mocz wydobyty z prawej nerki za pomocą cewnikowania moczowodów przedstawiał się mętnym, zawierał cylindry, krwinki czerwone i nabłonek płaski, z lewej nerki mocz nic szczególnego nie zawierał, punkt zamarzania moczu z nerki lewej—1,08. Przekonawszy się w ten sposób o dostatecznej sprawności lewej nerki i stwierdziwszy guz nerki prawej K. przystąpił do wyluszczenia nerki za pomocą cięcia lędźwiowego skośnego. Na ranę nałożył szew dwupiętrowy i w dolny kąt rany wprowadził burdenet z muślinu jodoformowego. W 16 godzin po operacji chory oddał mocz w ilości 220 ctm. sz., cięż. gat. 1008, ślady białka. Stan chorego przez cały czas był bardzo dobry, nie gorączkował; mocz oddawał prawidłowo w ilości od 700—1000 ctm. sz. Ślady białka zauważyć można było przez kilka dni, poczem znikło zupełnie. 8 dnia po operacji zdjął szwy i rana zagoiła się per primam intentionem. W 2 tygodnie później rana gdzie znajdował się burdenet zagoiła się zupełnie.

[Autoreferat].

STEINHAUS zdaje sprawę z wyniku badania operowanego przez KRAUZEGO guza nerki. Okazało się, że on należy do grupy t. zw. hypernephromata renis, guzów powstających w samej nerce lub na jej powierzchni pod otoczką z tkanki nadnercza, pozostajej tam z czasów zarodkowych wskutek nieprawidłowości rozwojowych. Umieszczenie guza w badanym przypadku należy do najrzadszych, gdyż zazwyczaj znajdowano te nowotwory w okolicy górnego bieguna nerki, tutaj zaś umiejscowił się on na dolnym jej biegunie pod otoczką nerki, która obejmowała go całkowicie. Guz uciśkał tylko nerkę, lecz w nią nie wrastał. Nowotwór był prawie kulisty o średnicy 10 ctm., gładki, na powierzchni brnmatny; na przekroju zaś pstry—miejscami żółtawy, w innych zaś mniej lub bardziej ciemno brunatno-czerwawy. Żółte miejsca były elastyczne, miękkie, brunatne zaś—kruche.

Pod mikroskopem okazało się, że żółte miejsca odpowiadały tym częściom nowotworu, których budowa była dobrze zachowana, brunatne zaś tym, które zawierały wybroczyny i nekrozy. Histologiczne badanie miejsc dobrze zachowanych wykazało budowę następującą: sieć rozszerzonych naczyń włosowatych, oczka której wypełnione są komórkami wielokątnymi o jednym, rzadziej dwu jądrach okrągłych i jasnej, zawierającej dużo glikogenu, protoplazmie.

Tkanka łączna z grubszymi naczyniami przebiegała wśród guza pasmami różnej grubości i dzieliła go na szereg alweol różnej wielkości.

Wybroczyny w guzie okazały się bardzo obfite i wywoływały nekrozę tkanki na wielkiej przestrzeni. Gdzie wybroczyny były mniej znaczne, budowę gniazda można było jeszcze rozpoznać i wtedy występowała charakterystyczna osobliwość, mianowicie zniszczeniu przez napór krwi podlegały te części mięszu gniazda, które stanowiły centralne części oczek sieci włosowatych, przylegające zaś do ścian tych naczyń komórki mięszu były zachowane i robiły wrażenie nabłonka, wyściełającego przekrój rurki gruczołowej, wypełnionej krążkami krwi. Zanim wyodrębniono grupę hypernefromatów nerki, zaliczone tego rodzaju guzy do raków, mięsaków, śródbłonaków itd., ale dyagnozy te za zawsze pozostawały wątpliwe. Ze stanowiska obecnego zrozumięły się te wątpliwości, jak również swoistość budowy tych guzów, odpowiadająca swoistości budowy kory nadnercza. [Autoreferat].

IX, NEUGEBAUER demonstrował:

1) 18-letniego osobnika o płci wątpliwej dotychczas za pannę wychowanego. Osobnika tego N. już dwukrotnie przedstawiał w Towarzystwie Lekarskim, mianowicie dnia 25 Października 1892 oraz dnia 30 Marca 1896 roku z powodu wątpliwości płci. Wypadało liczyć na to, że prędzej czy później zdradzić się może płeć właściwa, gdy zjawią się albo wytryski nasienia albo też peryody. Otóż obecnie osobnik ten oświadczył, że miewa częste naprężenia członka oraz wytryski białawego lepkiego płynu ze szpary sromowej. Jeśli opowiadania te polegają na prawdzie o czym N. dotychczas nie miał sposobności przekonać się naocznie, wypadaloby płeć uważać stanowczo za męską. Za męską też płcią przemawiają wszelkie cechy płciowe tak zwane wtórne. (Secundæra Geschlechtscharaktere). Panna X. wysokości 258 ctm. co do wyglądu ogólnego czyni wrażenie męzczyzny. Głos jest czysto męzki, na wardze górnej widać ślady zarostu męzkiego. Kształty kośćca są absolutnie męskie, również układ mięśniowy, barki są szersze od miednicy męzkiej, wąskiej. Brak sutek również jest cechą męską, natomiast owłosienie klatki piersiowej, brzucha i kończyn dotąd bardzo nieznaczne nie posiada cech owłosienia męzkiego, również i owłosienie sromu jest kobiece. Ręce i nogi są duże, męskie. Ruchy są czysto męskie, zwracające na siebie uwagę jakgdyby chodziło o męzczyznę za kobietę przebranego. W stojącej pozycji po obnażeniu dolnej połowy ciała widać prącie prawie tych samych rozmiarów jak u normalnego chłopca tego wieku. Prącie to jednak różni się od normalnego tem, że nie jest przebite cewką moczową, a rozszczepione na całej powierzchni dolnej. Rozszczep ten sięga aż na mosznę, która jest rozszczepioną w dwóch trzecich częściach górnych. Podczas gdy wargi sromowe wielkie kobiece w okresie dojrzałości płciowej, którą dany osobnik już posiada, powinny być wydatne, wypukłe i po-

siadać powierzchnię gładką, u X. X. natomiast są one zfałdowane o powłokach skórnych zmarszczonych jak *scrotum* męskie wskutek obfitości mięśni, dalej są zupełnie płaskie jak *scrotum* nie zawierające jąder u kryptorchistów. Wargi sromowe nie zawierają żadnych części stałych w rodzaju gruczołów płciowych, czy to jąder czy ektopicznych jajników. Odruchów *mm. cremasterum* nie skonstatowano. *Mons Veneris* płaski bez charakterystycznej dla płci żeńskiej bogatej tkanki podskórnej tłuszczowej. Prącie rozszczepione lub też łechtaczka bardzo znacznie przerosła jest haczykowato ku dołowi zagięte jak przy *hypospadiasis penis scrotalis* zawsze. Gdy unieść prącie ku górze, widać rozszczepienie jego zupełne. *Fossa navicularis urethrae* sterczy na przodzie żołądki, od niej ciągnie się rowek podłużny *in glande* szeroki, *in parte pendula penis* węższy ku dołowi aż do pozornie kobiecego otworu cewki moczowej. Powierzchnia rozszczepionej części męskiej cewki moczowej prącia wysłana jest gładką błoną białawą, świecąca o kilku widocznych *lacunae Morgagni*; brzegi tego rowka cewki rozszczepionej czynią wrażenie szczątkowych nimf czyli *labiorum pudendi minorum*. Dwie połowy rozszczepionej moszny czyli wrzekome wargi sromowe wielkie kobiece łączą się u dołu ze sobą, jednak wyżej niż normaliter u kobiet, tak że właściwego *frenuli labiorum pudendi* tutaj nie widać. Krocze nader długie, owłosione dosyć znacznie. Gdy rozciągnąć obie połowy rozszczepionej moszny od siebie i ku dołowi, widać w szparze sromowej, to jest w dolnym końcu tej rynny, wielki otwór czyli dołek. Przy należytem napięciu brzegów jego widać, że w głębi lejka tego leżą dwa otwory, ponad sobą, górny i dolny: górny, większy, jest otworem cewki moczowej i wpuszcza cewnik do pęcherza moczowego, dolny zaś nie obrąbiony rąbkami *hymenis* prowadzi do wężkiej, lecz 9 centymetrów długiej pochwy. Światło pochwy w miejscu dla oka dostępnem czyli w ujściu nie jest szersze od czterech millimetrów mniej więcej. *Per rectum* nie wymacano ani *prostatae* ani gruczołów płciowych lub też pęcherzyków nasiennych ani macicy. Pęcherzyki nasienne prawdopodobnie istnieją. Gdy dokładniej badać kontury otworu *sinus urogenitalis* przez szkło powiększające, widać przy każdym boku otworu *sinus urogenitalis* wąską szczelinę, która prawdopodobnie odpowiada każdemu *ductus ejaculatorius, resp. Vas deferens*. Kol. N. nie udało się dotychczas być świadkiem owych ejakulacji, o których panna X, opowiada, nie widzi jednak przyczyny, aby wątpić o jej prawdomówności. Przy badaniu warg sromowych uderza pewna asymetria ich, podczas gdy warga sromowa prawa jest próżną, po stronie lewej łatwo skonstatować można *hydrocele labii pudendi majorius* osobliwego kształtu: istnieje albowiem worek jeden sięgający u dołu aż do połowy war-

gi sromowej, u góry zaś aż powyżej kanału pachwinowego przy przeświecaniu worka *hydroceles* światłem elektrycznym przyrządem „*Ever Ready*“, widać, że worek *hydroceles* zawiera li tylko płyn surowiczny bez żadnego ciała stałego. Worek ten nie komunikuje z otwartą jamą brzuszną jak łatwo się o tem przekouać. Kanał pachwinowy prawy wpuszcza palec do jamy brzusznej, w kanale zaś palec nie wymacuje nigdzie jądra lub jajnika. Wobec wyglądu ogólnego oraz cech płciowych wtórnych wypada płęć określić jako męzką o *hypospadiasis penis scrotalis* przy kryptorchizmie obustronnym oraz istnieniu pochwy znacznej długości, czyli, że chodziłoby wtedy o najpospolitszy typ wrzekomego obojnactwa męzkiego zewnętrznego. Kol. NEUGEBAER dotychczas zebrał 816 spostrzeżeń *Pseudohermaphroditismi* pomiędzy tymi przypadkami 33 własnych spostrzeżeń i już niejednokrotnie miał sposobność przekonać się, jak łatwo może zajść pomyłkn w określeniu płci. Dla stanowczej decyzji żąda bezwarunkowo skonstratowania owej ejakulacji i drobnowidzowego zbadania płynu wystrzykiwanego. Kol. N. ma nadzieję, że z czasem uda mu się dopełnić takiego badania, ponieważ panna X. X. pozostaje stale pod jego kontrolą przedstawiając się od czasu do czasu. Zresztą jeśli chodzi o płęć męzką bynajmniej wykluczonem nie jest, że nie nastąpi z czasem *descensus testiculi* jednego lub obu, co się zdarza, czasem dopiero w po 20-ym, 30-ym a nawet 40-ym roku życia u męzkich obojnaków wrzekomych lub wogóle u kryptorchistów. X. X. uczyła się dobrze w szkołach, zdradza zdolności dobre i ma również dobre świadectwa, co do sprawowania się, czyli że dotychczas jej zachowanie się w szkole dziewczęcej nie dawało powodów do podejrywania mylnego określenia płci — nauczyciele co prawda nie wiedzą o zniekształceniu organów płciowych X. X. Na zapytanie, czy X. odczuwa jakiegokolwiek popędy płciowe dotychczas odpowiedzi świadomej i jasnej kol. N. nie otrzymał od X. i nawet nie chciał posuwać odpowiedniej indagacyi zbyt daleko, aby nie naprowadzić X. na eksperymenta niebezpieczne. W danym przypadku można tylko powiedzieć, że płęć jest p r a d o p o d b n i e męzką. Wobec jeszcze zachodzących wątpliwości kolega N. nie nastawał na zmianę metryki dotychczas, ponieważ na to zawsze jeszcze będzie czas. Głównie chodzi oto, aby panna X. X. nie wyszła za mąż, gdyż małżeństwo takie stanowczoby nie długo potrwało i mogłoby sprowadzić wielkie uieszczenie dla obojga małżonków.

2) Dalej kolega NEUGEBAER demonstrował II-miesięcznego chłopczyka o pozorach kobiecych sromu wskutek *hypospadiaseos penis scrotalis*. Dziecko to skierowane zostało do kol. N. przez kolegę RUTR'a, gdy liczyło 8 miesięcy. Jądro prawe leżało wtedy już w głębi moszny, podczas gdy lewe leżało cokolwiek po-

niżej zewnętrznego otworn kanału pachwinowego. Prącie w całości rozszczepione, o napletku żółdzący znacznie ku tyłowi cofniętym oraz zakrzywieniu znacznym *membri virilis* ku dołowi. *In scroto fisso* widać otwór cewki moczowej pozornie kobiecy; czy otwór ten uważać należy za otwór cewki rozszczepionej *in parte pendula penis* czy też za otwór *sinus uregenitalis*, czyli za wspólny otwór cewki i pochwy, tego powiedzieć nie sposób wobec drobnych wymiarów otworu u dziecka, które jeszcze roku nie ma. Nie wyklucza to jednak możliwości, że w późniejszym wieku uda się udostępnić dla oka, a może i dla palca i otworu pochwy, jeśli takowa istnieje u dziecka tego. Prawdopodobnie w chwili urodzenia się dziecka jądra opadły już jamę brzuszną, w przeciwnym razie ochrzczoneby dziecko za dziewczynkę, powodując się pozorami płci żeńskiej sromu. N. uważa tego rodzaju stopień *hypospadiaseos* za bardzo pospolity, swoją drogą przedstawia dziś dziecko to dla tego aby zwrócić ponownie uwagę kolegów na łatwość pomyłki w określeniu płci przy takim zniekształceniu. W roku 1901 widział on nie mniej jak sześciu noworodków, skierowanych do niego przez kolegów dla określenia płci wątpliwej — powątpiewanie to ze strony lekarzy lub akuszerok już stanowi ważny krok naprzód w odpowiedniej dyagnostyce, w której każda pomyłka nieraz może mieć następstwa arcyważne i niepożądane dla danego osobnika.

3) Dalej N. przedstawia preparat anatomiczny organów płciowych niedawno mu przesłany przez prof. Sądowej Medycyny Wiedeńskiej Wszechnicy, pochodzący z trupa 63-letniej handlarki Pauliny Geilhoefer, zmarłej wskutek zapalenia płuc po złamaniu żeber. W tym to przypadku dopiero badanie zwłok ujawniło pomyłkę w określeniu płci — sekcja albowiem wykazała płęć męską nieboszczki. Pomyłka wywołaną była pozorami sromu kobiecymi wskutek *hypospadiaseos penis scrotalis* o otworze cewki moczowej pozornie kobiecym, rozszczepieniu moszny w górnej części, tak że istniała szpara sromowa, oraz istniały dwie wargi sromowe wielkie. Małych warg na preparacie nie widać, który od lat kilku zachowany jest w spirytusie, pochodzi albowiem jeszcze ze zbiorów ś. p. prof. HOFMANN'a. Wewnętrzne organy płciowe czysto męskie z pewnymi jednak brakami; zdaje się, że nie ma *prostatae*, ani też pęcherzyków nasiennych. *Vasa deferentia* istnieją i widać ich ujście *in capite gallinaginis* po przecięciu odpowiedniem cewki moczowej. Oba jądra i przyjadrza leżą po części jeszcze *in canale inguinali*. Chodzi więc o *hypospadiasis penis et scroti* oraz o *descensus testicularum incompletus* czy *descensus testicularum* był *retardatus* lub nie, o tem nic powiedzieć nie można wobec braku wszelkiej anamnezy. Sądząc podług wielkości jąder i stanu rozwoju ich prawdopodobnie w danym przy-



padku istniały i funkcje gruczołów płciowych. Owłosienie sromu jest kobiece, cewka jest znacznie dłuższą niż zwykle u kobiet. W otworze cewki nie widać nic osobliwego ani też nie widać tam podziału otworu tego na dwa otwory, tak że przypuszczać należy, że tutaj nie istniały nawet ślady szczątkowej pochwy. Natomiast zgłębnik wdraża do *vesicula prostatica* na prawie cały centymetr głębokości. Tuż obok otworu *sinus prostaticus capitis gallinaginis* leżą przy obu bokach jego dwie szczeliny boczne, prawdopodobnie otwory dwóch *ductus ejaculatorii* czyli raczej *vasa deferentia*. Płeć w tym przypadku jest niewątpliwie męską, a jednak osoba ta aż do śmierci w wieku lat 63 uważaną była za kobietę, dopóki nareszcie sekcyja zwłok nie ujawniła pomyłki. Czy w danym przypadku pomyłka ta wywołała jakie następstwa fatalne w życiu denatki, nie wiadomo!

4) W roku 1897 N. ogłosił w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego 34 spostrzeżeń podwójności zewnętrznych organów płciowych a w r.1898 w języku niemieckim artykuł: „37 Fälle von Verdoppelung der aeusseren Geschlechtsteile“ (Monatsbhrift fuer Geburtshuelfe und Gynaekologie 1898. Tom VII pg. 550—578). Pomiędzy temi spostrzeżeniami znajduje się 28 spostrzeżeń *Diphalliae* czyli podwójności prącia. Otóż w tych dniach N. otrzymał od doktora LORTHIOIR w Belgii zamieszkałego opis nowego spostrzeżenia takiego nadzwyczaj ciekawego z powodu kombinacyi dwóch równie rzadkich anomalii rozwojowych. Chodzi o dorosłego mężczyznę z Lizbony o czterech kończynach dolnych, z których dwie środkowe są zrosnięte pomiędzy sobą i tworzą jedną pozornie kończynę dolną nadliczbową o dziesięciu jednak palcach. Dr. LORTHIOIR otrzymał fotografię tego osobnika od d-ra LORAND'a w Karolowych Warach zamieszkałego, ten zaś otrzymał ją od prof. Lizbońskiej wszechnicy MAY FRUER'a. Fotografie zdjęto około 30 lat temu w Lizbonie. Policya miejska wtedy nie pozwoliła osobnika tego publicznie pokazywać ze względów na moralność. Wtedy to osobnik na fotografii przedstawiony liczył lat 18. Pozornie na kroczu osadzoną jest dolna kończyna nadliczbowa trzecia o 10 palcach—gdy, dokładniej się rozejrzeć, widać, że chodzi o dwie pomiędzy sobą zrosnięte kończyny dolne. Spostrzeżenie więc jest analogicznym ze spostrzeżeniem dotyczącym *Blanche Dumas*, która w zeszłym stuleciu pokazywała się za pieniądze, jako *Curiosum*. Miała ona na kroczu osadzone dwie kończyny dolne nadliczbowe, jedną większą a drugą szczątkowo rozwinętą—na jednej z nich osadzoną była wielka sutka kobieca. N. posiada fotografię tej osoby. LORTHIOIR przypuszcza, że u tego osobnika z Lizbony chodzi o *inclusionem foetus in foetu* i że reszta ciała drugiego osobnika zawartą jest *in pelvi et abdomine monstri diphallici* ponieważ przy palpacyi brzucha można

było w brzuchu wymacywać twarde części stałe. Dodatkowe kończyny wychodzą z krocza tuż za moszną i osadzone są na szypule objętości pięści dziecka 4 do 5-cioletniego. *Scrotum* było rozdzielone zupełnie na dwie części—po każdej stronie kończyn nadliczbowych leżała jedna połowa *scroti* o jednym jądrze. Osobnik ten oddawał mocz równocześnie z obu prąci, równoczesną też była erekcja oraz ejakulacja; dla kohabitacji osobnik ten posługiwał się jednym lub drugim *membrum* bez różnicy. Bliższych detali LORRHOIR podać nie może. Przypuszcza on, że istniał tylko jeden pęcherz moczowy wspólny, łączący oba indywidua ze sobą i że jedno prącie należało do jednego osobnika a drugie do drugiego o zatrzymanym rozwoju, inkludowanego w organizmie pierwszego. N. przyznaje zupełnie możliwość, że tak *de facto* było, możebnem jednak również jest, że podwójność prącia była w danym przypadku anomalią *sui generis*, a podwójność dolnych kończyn jeśli chodziło o inkluzję drugiego płodu, również anomalią *sui generis*. Za tem przemawia nietylko równoczesne oddawanie moczu z obu prąci i równoczesna erekcja i ejakulacja — trudno byłoby przypuszczać, aby płód inkludowany w drugim doszedł do tego stopnia rozwoju częściowego, aby nerki, ustrój płciowy funkcjonowały etc., nawet funkcjonowały prawidłowo, a dalej ponieważ *Diphallia*: podwójność prącia jak pokazuje statystyka 28 spostrzeżeń, przez N. dawniej zestawiona wyjaśnia o wiele prościej *diphalliam* zupełnie niezależnie od inkluzji jednego płodu w drugim, tembardziej że anatomia porównawcza uczy nas, że istnieją zwierzęta o fizyologicznej podwójności prącia, jak na przykład samiec *Opossum*. Osobnik ten jest przedstawicielem grupy *Dipygus tetrapus*.

5) Przy końcu N. demonstruje preparat anatomiczny pochodzący ze zwłok pacjentki lat 32, zmarłej wskutek krwotoku wewnętrznego, w trakcie ciąży normalnej w kilka godzin po pęknięciu ciążarnego równocześnie jajowodu prawego. Przypadek ten jako bardzo rzadki i klinicznie niezmiernie ważny będzie opisany w jednym z naszych czasopism lekarskich wraz z kazuistyką przypadków analogicznych.

[Autoreferat].

X. ŻENCZYKOWSKI W. przedstawił chorego z przypuszczalnym nowotworem gruczołu tarczowego zajmującym nad to prawą przednią połowę klatki piersiowej.

Chory lat 22, włościanin z ks. Łowickiego, w okolicach którego wole się nie pojawia. W połowie lipca roku przeszłego zauważył w dolnej części szyi guz, który bardzo szybko wzrastał. Wkrótce począł doznawać duszności, osłabienia, bezsenności, potów. Pracować przestał dopiero w listopadzie. Ogromny guz odpowiada zrazem bocznym i średniemu gruczołu tarczowego. Wie-

lokrotne przekłucia zawartości nie wykazały. Na zasadzie formy guza, gruboziarnistej jego konsystencji, stosunku do naczyń i mięśni szyjowych, przesuwalności przy połykaniu i wyników punkcji możnaby wnioskować, że mamy do czynienia z gruczolem tarczowym, zajęтым przez nowotwór. W płucach stłumienie odgłosu opukowego, zajmujące przednią prawą część klatki piersiowej, na dół aż do wątroby, na prawo—do linii sutkowej. Rękojeść mostka wypukłona. Na miejscu stłumienia brak drżenia piersiowego, szmer oddechowy bardzo osłabiony. Z tyłu między łopatkami oddech oskrzelowy, bronchofonia. Przekłucia próbne płynu nie dały, igła trafia na opór silniejszy, niż płuco daje. Wstrzykiwania jodiny w guz bez skutku.  $P=80-90$ ;  $R=40$ .

Rozpoznanie wola jako jednego cierpienia, nowotworu zaś śródpiersia jako drugiego wydaje się mało prawdopodobnem. Możliwość mieć tylko wątpliwość, czy nowotwór gruczolowy uważać za pierwotny, czy za wtórny, towarzyszący pierwotnemu mięsakowi śródpiersia.

[Autoreferat].

XI. RZĘTKOWSKI K. wypowiedział rzecz p. t. „O Cytotoksynach.“

Mówca przedstawia obecny stan nauki o cytotoksynach. Zaczyna od bemolizy i omawia odkrycia i teorie w tym kierunku, podane przez autorów francuzkich, (BORDET, MIECZNIKOW i inui), oraz przez EHRLICHA a także zarzuty przeciw ostatniemu, czynione przez GRUBERA i BAUMGARTENA. Następnie rozpatruje sprawę innych cytotoksyn, jak spermatoksyny, nefrotoksyny, neurotoksyny, trichotoksyny. W końcu mówca rozbiera kwestyę precypityn i znaczenie ich dla chemii lekarskiej i medycyny sądowej. Kończy swój odczyt wnioskami, jakie dadzą się wyprowadzić z teorii o cytotoksynach.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes: *T. Dunin.*

Sekretarz: *St. Kopczyński.*

Posiedzenie kliniczne z d. 28 Stycznia 1902 r.

Przewodniczący prezes **T. Dunin.**

Obecnych członków 78 i gości 10.

- T r e ś ć:** PAWIŃSKI J. — Przedstawienie preparatu skrycie przebiegającego tętniaka aorty z przdziurawieniem do przełyku;
- RYLKO M. — Przedstawienie dwóch potworków: a) *acardiacus acephalus*, b) *sympodia completa*.
- NEUGEBAUER F. — a) Przedstawienie noworodka o płci wątpliwej, b) przedstawienie rysunku, zrobionego w różnych warstwach, jedna na drugą naklejanych, dla demonstracji ovariotomii c) przedstawienie torbieli dwukomorowej jajnika, d) przedstawienie bardzo rzadkiego okazu wczesnego jaja płodowego.
- ORZEL K. — Przedstawienie chłopca z obrzękiem śluzowym (*myxoedema*).
- STANKIEWICZ C. — a) Przedstawienie chorej po dokonaniem przyszcyciu nerki wędrującej sposobem KOCHERA, b) przedstawienie pacjentki po trzykrotnie dokonaniem cięcia cesarskiego.
- Dyskusya nad odczytem K. RZĘTKOWSKIEGO „O cytotoksynach.“
- CIĄGLIŃSKI K. — „Jakie wody mineralne wewnętrznie użyte przynoszą największy pożytek w skazie moczanowej i czego się po nich spodziewać można.“

I Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości: kolegów ZAJKOWSKĄ, Balbinę WEJSBERGÓWNĘ, URBANA, KAROLEGO, HALPERNA, DŁUGOSZEWSKIEGO, St. KIJEWSKIEGO, M. RYLKĘ, W. STERLINGA.

III Do biblioteki Towarzystwa nadeszła MINCER odbitkę ze swej pracy, GAJKIEWICZ kilka tomów „*Archives de physiologie normale et pathologique*“, L. WOLBERG — rocznik „*Der practische Arzt*.“

IV PREZES doniósł obecnym, że pani Axel-KEY'owa nadeszła zawiadomienie o śmierci swego męża, prof. Axel-KEYA, członka honorowego naszego Towarzystwa.

Pam. Tow. Lek. T. 98. Z. I.

10

V PREZES zarządził głosowanie na członka Komitetu Rewizyjnego i b) na członka Komitetu Kasy Wsparcia.

Do Komitetu Rewizyjnego na ogólną liczbę głosujących 62 największą i dostateczną liczbę głosów, 39 otrzymał PRZYBOROWSKI, do Komitetu Kasy Wsparcia 44 głosy otrzymał SZUMLAŃSKI i ci zostali wybrani.

VI. PAWIŃSKI przedstawia preparat skrycie przebiegającego tętniaka aorty z przedziurawieniem do przelyku.

Emilia F., żona wyrobnika, lat 56, przybyła do szpitala św. Ducha dnia 29 Grudnia 1901 r., uskarżając się głównie na ból w lewym podżebrzu. Z wywiadów okazało się, iż chora zapadła na zdrowiu od roku. Pożycie małżeńskie chorej było bardzo ciężkie: mąż często bił ją i kopał; przed rokiem kopnął ją silnie nogą w lewy bok i stąd też, jak przypuszcza, powstały bóle w tymże boku. Chorób ciężkich, kiły nie przechodziła. Miesiączkowanie było prawidłowe. Nie rodziła wcale. Miewała od czasu do czasu bóle reumatyczne, lecz bez gorączki i bez zajęcia stawów. St. praesens. Chora wzrostu małego; budowa średnia; odżywianie nędzne. Błony śluzowe blade. Stan bezgorączkowy. Tętno 80 miarowe, nieduże. Oddech spokojny 20. Granice płuc z tyłu i z boków obniżone. Odgłos opukowy prawie na całej przestrzeni płuc dość wysoki z odcieniem bębenkowym. Nieliczne rżenia w dolnych częściach płuc. Płwocina skąpa, śluzowa. Górna granica tępości serca na wysokości 5 żebra. Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym na prawo. Uderzenie wierzchołkowe rozlane, widoczne zdaleka, wyczuwalne najwyraźniej w dolku podsercowym. Tony serca dość słabe, czyste. Wątroba niewyczuwalna. Brzuch dość twardy—ściany napięte [nie rodziła], przy obmacywaniu bolesny w okolicy lewego podżebrza. St. KOPCZYŃSKI, zbadawszy układ nerwowy chorej, stwierdził tylko pewne objawy podmiotowe [mrowienie, klucie w różnych miejscach]. Prócz tego znaleziono u chorej—kyphoscoliosis w nieznacznym stopniu, przypuszczano więc iż bóle pochodzą może z kregosłupa. Skłonność do zaparcia stolca. Mocz prawidłowy, białka nie zawiera. Postawiono rozpoznanie: emphysema pulmonum—Hypertrophia cordis.

Chora przebyła na oddziale 3 tygodnie. W pierwszym tygodniu bóle w lewym boku były tak silne, iż kilkakrotnie zastrzykiwano morfinę. Po tygodniu bóle znacznie się zmniejszyły. Chora zaczęła się uskarżać na bóle gardła, szczególnie przy łykaniu; wobec zaczerwienienia gardzieli i obrzmienia lewych gruczołów podszczękowych bóle te wydawały się zależnymi od niezytu ostrego i rzeczywiście przy stosowaniu płukań i okładów zmniejszyły się. Stale jednak chora uskarżała się na uczucie „dławienia“, które

odnoszono do objawów czysto nerwowych. W 3-im tygodniu chora czuła się o tyle dobrze, iż zamierzała już szpital opuścić.

21 Stycznia 1902 r. w nocy nastąpiły wymioty krwawe. Prócz krwi znaleziono w wymiotach kał należycie sformowany, pochodzący z kiszki grubej. Powstała wątpliwość co do pochodzenia tego kału, wobec braku objawów zamknięcia światła kiszki. Siostra miłosierdzia jednak, sama chora i jej sąsiadki twierdziły jednoznacznie, iż kał wyrzucony był przy wymiotach. Chora z rana była bardzo osłabiona, tętno 120, małe i mało napięte. Objawów podrażnienia otrzewnej nie było wcale—brzuch nie był wzdęty. Wezwany Borzymowski potwierdził przypuszczenia P., a mianowicie, że istnieje komunikacja pomiędzy żołądkiem, a kiszką grubą, jaka mogłaby się wytworzyć wskutek urazowego [dawniejszego] peritonitis circumscripta (saccata). Chorą przeniesiono do oddziału chirurgicznego, gdzie następnego dnia 22 Stycznia 1902 r. wystąpiły obfite wymioty krwawe i w parę godzin później—śmierć.

Przy badaniu zwłok znaleziono. Trzewia brzuszne żadnych zmian nie przedstawiają. Żołądek, jelita cienkie i grube aż do rectum zawierają ciemną krew, w znacznej ilości, szczególnie w górnym odcinku jelit. Kału cokolwiek w samym rectum. Hepar moschatum. Cirrhosis renum. Powierzchnia płuc i osierdzia prawidłowa, zrostów żadnych niema, Płuca dość szczelnie wypełniają klatkę piersiową. Tylko w dolnej części brzezi płuc rozchodzą się i odsłaniają serce. Brzezi płuc w stanie rozedmy. Serce małe pokryte obficie tłuszczem. Wymiary: poprzeczny 10 ctm., podłużny—9 ctm. Ost. ven. sin. przepuszcza 2 palce—8 ctm., grubość mięśnia lewej komory  $1\frac{1}{2}$  ctm. Ost. ven. dextr. przepuszcza 3 palce 12 ctm.—grubość mięśnia  $\frac{1}{2}$  ctm. Jamy komór nieduże, mięśnie brodawkowe średnio rozwinięte. Mięsień na przekroju z odcieniem żółtawym Conus art. pulm. silnie rozwinięty, światło tętnicy płucnej w obwodzie wynosi 7,5 ctm. Przedsionek lewy rozciągnięty. Aorta wstępująca przedstawia się w postaci tętniaka wielkości dużego jaja gęsiego [szer. 14 ctm.], arcus aortae w postaci krótkiego [3 ctm.] i wąskiego [2 ctm.] przesmyku, który przechodzi w drugi znacznie większy tętniak aortae descendens [dług. na przekroju 20 ctm., szerokość 16 ctm.]. Ściany tego tętniaka nierówne, wypełnione jest on skrzepami. W odległości 10 ctm. od górnej granicy tętniaka na bocznej jego ścianie znajduje się otwór wielkości 20 kop. drążący do przelyku, otwór ten od strony tętniaka był zasłonięty częściowo skrzepami.

W danym przypadku trudno było postawić rozpoznanie z powodu braku objawów obiektywnych, do czego się głównie samo umiejscowienie tętniaka przyczyniło. Ten ostatni leżąc głęboko po za sercem unosił to ostatnie ku górze, stąd zwiększenie tę-

pości serca nie zależące jedynie, jak to można było przypuszczać od przerostu serca. Nie ulega wątpliwości iż prześwietlenie chorej promieniami ROENTGENA mogłoby być wielce ułatwić rozpoznanie—nie miano wszakże dostatecznych danych—aby istnienie tętniaka przypuszczać. P. wyciąga więc z powyżej przytoczonych spostrzeżeń praktyczny wniosek, iż w każdym przypadku, w którym istnieją bóle nieokreślonej natury w klatce piersiowej należy chorego poddawać prześwietlaniu. [Antoreferat].

VII. RYZKO M. przedstawił 2 potworki *acardiacus acephalus* i *sympodia completa*.

1) *Acardiacus*—pochodzący od pierwiastki 18-letniej, urodzony w dniu 9 Października 1901 r. *Acardiacus* zawsze jest jednym z bliźniąt rozwijających się z jednego jaja—mających przeto wspólną kosmówkę (*chorion*). Przyczyną tej potworności są zmiany w krwiobieg. Jedni autorowie, jak MECKEL, PANUM, twierdzą, że zmiany w krwiobieg, zanik naczyń, a w następstwie zanik całych organów istnieje od samego początku rozwijania się płodów. Inni, jak CLAUDIUS, AHLFELD, są zdania, że początkowo płody rozwijają się normalnie, a dopiero w następstwie, zmiana resp. zanik naczyń wywołuje zanik organów. W danym przypadku oba płody były męzkie, przedwcześnie urodzone w 5-ym miesiącu ciąży. Jeden płód rozwinięty najzupełniej normalnie; drugi zaś, przedstawiający tylko dolne kończyny i część tułowia, miał b. silnie obrzękniętą tkankę podskórną. U rodzącej był bardzo duży hydramnios.

2) *Sympodia completa*. W dniu 28 Stycznia b. r. 35-letnia zupełnie zdrowa kobieta, po raz ósmy rodząca, urodziła potworka o następujących cechach: płód odpowiadający mniej więcej 8-mu miesiącu ciąży, wagi 1620 grm., długości 47 ctm, obwód główki 30 ctm, obwód w ramionach 28 ctm., górna połowa rozwinięta dobrze; dolne zaś kończyny na całej przestrzeni zupełnie zrosnięte; zrosnięte stopy, z których jedna ma 5 palców, a druga 3 palce podeszwową powierzchnią są zwrócone ku górze. Na miejscu gdzie powinnyby być organy płciowe. jest tylko niewielka brodaweczka, otworu kiszki stolcowej wcale niema. Wszystkie poprzednie dzieci były czesne i normalne. Obecny płód rodził się w pośladowem położeniu. Urodził się nieżywy, lecz do ostatniej chwili prawie matka czuła ruchy. [Autoreferat].

VIII. NEUGEBAUER demonstruje noworodka trzy dni temu urodzonego o płci wątpliwej skierowanego do niego przez kol. MONSIORSKIEGO. Rodzice udali się do M. z zapytaniem, czy mają ochrzcić dziecko jako dziewczynkę, czy jako chłopca? M. rozpoznał wrzekome obojnactwo męzkie. N. nie podejmuje się rozstrzygnięcia płci w danym przypadku, może być, że chodzi o *hypospadiasis penis* przy nierozszczepionej mosznie oraz kryptor-

chizmie, również jednak możebnem jest, że chodzi o *Hypertrofię* lechtaczki przy równoczesnem zrośnięciu warg sromowych wielkich pomiędzy sobą, za czem poniekąd przemawia osobliwy kształt *raphe scroti*—szew wystaje na zewnątrz jako wydatna fałda zmarszczona—dalej istnienie kilku bliźn pomiędzy dolnym końcem moszny a odbytem. Kilka lat temu, N. wraz z ANDERSEM i KRAJEWSKIM w domu podrzutek określił płęć wątpliwą noworodka jako męzką przy istnieniu *hypospadiaseos penis scrotalis*, a jednak sekcyja zwłok dziecka, które po dwóch tygodniach pobytu w domu podrzutek zmarło, wykazała pomyłkę w określeniu płci, mniemany spodziew męzki okazał się dziewczynką o *hypertrophia clitoridis* oraz prawidłowych organach płciowych wewnętrznych żeńskich. Kto raz widział taką pomyłkę drogą anatomiczną dowiedzioną, mimowoli staje się ostrożniejszym. N. stanowczo nie może rozstrzygnąć kwestyi, czy M. trafnie określił płęć jako męzką lub nie.

2. N. demonstruje rysunek sposobem atlasów klastycznej anatomii zrobiony w różnych warstwach, jedna na drugą naklejanym dla demonstracyi operacyi niedawno na oddziale jego dokonanej przez jednego z asystentów. Przypadek dotyczył owarjotomii przy rozpoznaniu torbieli bardzo wielkiej o skręceniu przypuszczalnym szypuły. Rozpoznanie sprawdziło się i przy operacyi usunięto torbiel pierwotnie wielokomorową bardzo znacznej wagi bo aż 50 funtów ważącą przez cięcie brzuszne bardzo małe około 11 ctm. długości mające—ma się rozumieć po wypuszczeniu płynu przez paracentezę. N. w zasadzie jest wielkim przeciwnikiem wszelkich punkcyi guzów jajnika czy dyagnostycznych czy też *sub operatione*, podpisując zupełnie aksiomat prof. SCHAUTA, że punkcyja taka może mieć skutki jak najgorsze—osobiście stracił jedną pacjentkę wskutek perytonitu septycznego po usiłowaniu ewakuacyi guza *sub operatione*, na drodze paracentezy — guz okazał się guzem skórzastym i chora padła ofiarą tego rękoczynu, który można było ominąć powiększając cięcie brzuszne o kilka centymetrów. W tym zaś przypadku zdecydował się na opróżnienie kolosalnej torbieli na drodze paracentezy *sub operatione* z dwóch przyczyn raz guz był tak wielki, że trzeba było dokonać cięcia od spojenia łonowego aż do *processus ensiformis sterni*, powtórnie zbyt wyraźnem było cbełbotanie, tak że można było liczyć na pewno na to, że nie ma torbieli skórzastej. Dalej paracentezy dokonano z wszelką ostrożnością, aby ani kropla zawartości torbieli nie mogła się dostać do jamy brzusznej—N. po wypuszczeniu chociażby najmniejszej ilości płynu z torbieli chwytła ścianę torbieli powyżej i poniżej miejsca wklęcia trójgrańca imadłami zębowatemi prof. SCHAUTA'a, które się doskonale dla tego celu nadają, każe asystentowi wywierać ręczny ucisk na oba boki brzucha



w miarę wyciągania torbieli z jamy brzusznej, w dodatku otacza brzegi rany brzusznej poprzednio serwetami etc. Torbiel wskutek skręcenia szypuły a raczej zagięcia pod ostrym kątem jajowodu była zrośniętą dokoła z otoczeniem, zrosty te jednak były świeżymi i bez jakichkolwiek trudności dały się odseparować na tępo. Szczególnie interesującym był objaw silnych obrzęków dolnej połowy ciała aż do łuków żebrowych wskutek ucisku na *vena cava inferior* przez guz wywartego. Obrzęki te zginęły w przeciągu jednej doby po operacji przy nadzwyczajnie wielkiej ilości moczu przez operowaną oddawanego w przeciągu pierwszych 24 godzin po operacji. Chora wyczerpana bólami i bezsennością o drobnem tętnie i silnych obrzękach, cały rękoczyn operacyjny jako też i narkozę zniosła nadspodziewanie dobrze, dziś już szwy zdjęte, rana brzuszna jest zagojoną i chora otrzymała już pierwszą kąpiel. Przypadek ten znów potwierdza przypuszczenie N., że większa część pacjentek dotkniętych torbielami jajników dopiero wtedy zgadza się na operację lub żąda takowej, jeśli nastąpiło skręcenie szypuły, ponieważ zwykle dopiero wtedy występują silniejsze bóle. W danym przypadku chodziło o pacjentkę lat 38, która rodziła 4 razy, ostatni raz 4 lata temu i od 5 miesięcy nie miała peryodów. Ciąży nie skonstatowano. Chora twierdziła, że po raz pierwszy zauważyła guz w brzuchu dopiero 6 miesięcy temu. Gdy dwa miesiące temu widział chorą JANCZEWSKI guz był mały i ruchomy, chora wtedy o żadnej operacji ani słyszeć nie chciała, dopiero w ostatnich tygodniach wystąpiły silne bóle, które chorą do szpitala sprowadziły. Przez trzy dni, które chora przeleżała w szpitalu, przed operacją, guz powiększał się z dnia na dzień znacznie, tak że obwód pępkowy brzucha wynosił ostatecznie 122 cm. Wylewu krwi w torbieli nie było. *Cystoma multiloculare proliferum glandularo ovarii dextri cum deflexione tubae dextrae*, jajnik drugi był prawidłowy i dla tego pozostawiono go na miejscu.

3. Dalej N. demonstruje wczoraj wyciętą torbiel dwukomorową jajnika prawego międzywiązadłowo rozwiniętą u pacjentki 21-letniej, zamężnej od lat trzech, która raz jeden poroniła w pierwszym roku po zamążpójściu. Od roku już pacjentka trapiącą była stałym bólem w prawem podbrzuszu. Guz wielkości przeszło głowy noworodka uwydatniał się dla oka, wytłaczając ścianę brzuszną, na zewnątrz aż obok pępka sięgając. Najdłuższy wymiar guza podłużny leżał skośnie w kierunku od góry i z prawej strony ku dołowi i ku stronie lewej. Guz był zupełnie nieruchomy. Operacja sprawdziła rozpoznanie klinicznego intraligamentarnego rozwoju guza, część którego wypełniała przestrzeń pomiędzy macicą a odbytnicą. Operacja była prostą po za komplikacją ze zrostem dawnym i nowym sieci z przednią ścianą

brzuszną po prawej stronie, który to zrost zmusił operatora do przecięcia sieci pomiędzy ligaturami. Nie było wolnego płynu w jamie brzusznej. Po podwiązaniu trąbki prawej niedaleko macicy oraz *ligamentum infundibulopelvicum* nacięto *ligamentum latum* cięciem poprzecznym na tylnej ścianie guza cokolwiek poniżej największej wypukłości jego, dodano takie samo cięcie na przedniej powierzchni, a więc *in summa* nacięto owalnym cięciem płaszcz guza czyli *ligamentum latum*. Następnie dokonano tej enukleacji całego guza *ex ligamento lato*, przyczem opróżniono go przez paracentezę w obawie aby nie pękł przy enukleacji. Zawartość guza była lepkiem płynem czekoladowej barwy, ponieważ miał miejsce obfity wylew krwi do wewnątrz torbieli. Brzegi legowiska guza obszyto szwami ciągłymi. Legowisko to przedstawiało jamę tak wielką i głęboką, że N. nie zdecydował się na zeszytanie jej kilkopiętrowymi szwami, a przebił raczej dno legowiska torbieli ku pochwie wypełniając jamę gazą wyjałowioną; koniec gazy do pochwy wprowadzono od strony jamy brzusznej. Po założeniu tego tamponu spojono kilkoma szwami przednią i tylną ścianę legowiska guza, czyli przedni i tylny listek *ligamenti lati* aby odseparować jamę od jamy brzusznej. Ranę brzuszną zaszyto następnie jednopiętrowym szwem, ponieważ N. porzucił od roku prawie trzypiętrowy szew rany brzusznej z powodu, że przy stosowaniu szwu takiego niejednokrotnie, pomimo wszelkich starań aseptycznych, widział wyropienie jednego lub drugiego szwu założonego w warstwach głębszych ściany brzusznej. Ciekawą była torbiel składająca się zresztą z dwóch torbieli (jednej większej i drugiej malej) pod tym względem, że cała powierzchnia wewnętrzna jej była wysłaną powłoką grubości dwóch do trzech młm. grubości o barwie brunatno-muszkatowej. Powłoka ta jednolita z trudem tylko dała się odłuszczać od ściany torbieli. Jak prof. PRZEWOSKI utrzymywał, powłoka ta składa się z wewnętrznej warstwy powierzchniowej torbieli krwią nacieczonej oraz nalotu włóknikowego. N. tego rodzaju wygląd wewnętrznej ściany torbieli jajnika napotkał po raz pierwszy — drugi jajnik zdradza sprawę zapalną o zrostach rozlanych — *perioophoritis*, lecz ze względu na młody wiek pacjentki pomimo to nie wyłuszczonego.

4. Nakoniec N. demonstruje bardzo rzadki okaz wczesnego jaja płodowego, jakiego sam dotychczas jeszcze nigdy nie widział, albowiem płód ma zaledwie dwa do trzech młm. długości — preparaty takie należą do bardzo rzadkich nawet w zbiorach embryologicznych. Katarzyna S. lat 39, zamężna od lat 20 rodziła 10 dzieci, ostatnie pięć kwartałów temu i dziecko to karmiła jeszcze. Peryody miała kilka razy lecz od 15 Listopada peryod się więcej nie powtórzył. Pacjentka w Styczniu uważała, że jest ciężarną. Dnia 9 Stycznia miała wypadek nieszczęśliwy na stacyi

kolei Praga-Nadwiślańska. Gdy wysiadła z wagonu, pociąg ruszył: pacjentka wpadła pomiędzy deski chodnikowe wagonu, a brzeg platformy kolejowej – po przejściu wagonu, z którego wysiadła udało się jej wykręcić tak, że mogła się podnieść. Po tym wypadku przywieziono ją do oddziału chirurgicznego szpitala Ewangelickiego gdzie BURSCHÉ skonstatował złamanie dwóch żeber po lewej stronie, wylewy podskórne krwi pod prawem okiem, na czole z lewej strony etc. Dnia więc 9 Stycznia chorą przewieziono do szpitala. Dnia 22 Stycznia wieczorem zaczęła krwawić, wezwano asystenta kol. N. kol. JANCZEWSKIEGO, który skonstatował poronienie i wydobyl palcami z części rodnych produkt *gestationis*, zachowując takowy dla wręczenia N., który zastrzegł sobie rewizję wszelkich poronionych jaj. Jajo czyli raczej produkt ciąży przedstawiało się w kształcie stożka formy odlewu jamy macicznej o podstawie szerokiej górnej, a dolnym końcu zaostrzonym lecz tępym. Znalezione przy badaniu *decidua vera* na wierzchu, pod nią *decidua reflexa*, nacieczoną krwią (*apoplexia multiplex*). Cały ten produkt miał u góry trzy ctm. szerokości od prawej ku lewej, grubość przedniotylną półtora ctm. Makroskopijnie produkt ten wyglądał jak mała gruszka. Na przekroju znaleziono nienaruszony worek *chorionis* kosmówki w średnicy 16 do 18 mlm. worek *chorionis* miał kształt prawidłowy kulisty, po przecięciu *chorionis* wewnątrz jamy jego znaleziono worek *amnionis* o wiele mniejszy bo nie więcej niż 6 do 8 mlm. w średnicy. Ścianki *amnionis* były przeświecające: wewnątrz worka *amnionis* widać było już gołem okiem płód około trzech mlm. długości o wyraźnem już zagięciu obu końców, górnego i dolnego, czyli głowy przyszłej i końca ogonowego. Również znaleziono pęcherzyk żółtkowy, Makroskopijnie badając przy pomocy szkła powiększającego zdawałoby się, że płód odpowiada mniej więcej 8-emu lub 9-emu stadium rozwoju podczas pierwszego miesiąca ciąży podług skali podawanej przez SCHROEDER'a i WINCKEL'a. Podług skali tej płód miałby najwyżej dwa tygodnie lub dwa tygodnie i kilka dni. N. bynajmniej nie podejmuje się określenia ścisłego wieku tego zarodka, ponieważ trzeba na to większego doświadczenia embryologicznego, i tymczasem zachowuje płód w zbiorach swoich, dopóki nie nastarczy się okazać dokładnego zbadania przez biegłego embryologa. Jeśli zestawić dane anamnestyczne, ostatni peryod dnia 15 Listopada z dniem nieszczęśliwego wypadku na kolei, to przypuścić należy albo, że dnia 15 Grudnia pacjentka już była w ciąży: wtedy płód powinienby, rozwijając się prawidłowo aż do dnia katastrofy kolejowej, dnia 9 Stycznia liczyć conajmniej 25 dni lub też cokolwiek więcej — niewiedomo kiedy zająście nastąpiło—płód zaś dni 25 powinien być już znacznie większym od płodu w tem jaju znalezionej. Można więc dla pogodzenia danych

nauki z danemi tego przypadku zrobić trzy przypuszczenia; albo peryod grudniowy nie zjawił się u kobiety nieciężarnej lecz dziecko karmiącej z przyczyny byle jakiej od zajścia niezależnej i pacjentka zaszła w ciążę dopiero około 22 Grudnia, albo też poczęcie nastąpiło przed 15-m Grudnia i rozwój płodu został zatrzymany z jakiegokolwiek przyczyny nieznannej czyli zatrzymanie rozwoju płodu nastąpiło przed wypadkiem kolejowym a więc niezależnie od niego, albo też zajście nastąpiło przed 15-m Grudniem a rozwój płodu pozostał w dniu katastrofy kolejowej dnia 9 Stycznia: wtedyby płód liczył co najmniej 26 dni. Bądź co bądź termin poczęcia nie da się oznaczyć dokładnie, jak to bywa, po większej części, w takich przypadkach, gdzie stosunek odbywa się częściej, jak raz na miesiąc. Zdaniem N. płód ten liczy nie więcej jak dwa i pół tygodnia lub kilka dni więcej. Może być, że ściśle badanie embryologiczne wypowie zdanie odmienne i więcej do istotnego stanu rzeczy zbliżone. N. zachował preparacik ten w wysokoku. Prof. HOYER uważając taki sposób konserwacji jako niezdatny dla preparacji mikroskopowej zalecił zanurzenie takich preparatów w 10% roztworze kwasu azotnego z dodaniem 30% roztworu wysokoku a później dopiero zanurzenie preparatu w samym wysokoku.

[Autoreferat].

IX. ORZEŁ K.—przedstawia 7 letniego chłopca, dotkniętego rzadką u nas chorobą — obrzękiem śluzowym (*myxoedema*). Chłopiec ten, w pierwszym roku życia wybitnie otyły, do 2-go roku życia rozwijał się prawidłowo. Od tej pory rozpoczęło się powstrzymanie rozwoju fizycznego, a zwłaszcza rozwoju psychicznego. Obecnie chory, mający lat 7 przypomina zaledwie 4-letnie dziecko i przedstawia wybitny typ kretyna. Oczy bez wyrazu, język wysunięty, wymawia zaledwie kilka słów. Tkanka podskórna znacznie zwiększona, przy dotyku niezwykle pulchna. Gruczoł tarczowy powiększony. W wywiadach dość wyraźny przymiot. Co się tyczy leczenia, to mówca zamierza stosować w danym przydadku thyreoidyę.

[Autoreferat].

X. STANKIEWICZ C. — przedstawia a) pacjentkę po dokonaniem przyszcyciu nerki wędrującej sposobem KOCHER'a. Wskazaniem do operacji były bóle w prawem podżebrzu, gdy inne zabiegi (opaska) nie sprowadzały ulgi. Na uwagę zasługuje fakt wystąpienia nerki wędrującej u osoby dobrze odżywianej, bez zwiótczenia ścian brzusznych; pacjentka nigdy nie rodziła. S. przedstawia ten przypadek głównie ze względu na wynik ostateczny. Od chwili operacji minęło 1½ roku w warunkach ciężkiej pracy fizycznej, a jednak dotąd nawrotu niema. U tej-że pacjentki S. usunął przed pięciu laty torbiel jajnika prawego przez cięcie pochwowe w tylnem sklepieniu.

b) S. przedstawia pacjentkę, u której trzykrotnie wykonał cięcie cesarskie klasyczne, ze wskazania względnego. 36-letnia kobieta, zamężna 10 lat. Miednica ogólnie zwężona, płaska. Wymiary: 23, 24, 29, 16. Conj. diag. 9, 2. Pacjentka odbyła 6 porodów, z tych trzy pierwsze zakończone wymóżdzeniem płodu. Przy trzecim porodzie oderwanie tułowia od główki, — zabieg bardzo trudny, trwał 4 godziny. Przy następnych płodach cięcie cesarskie: 1-sze — 10 Maja 1897 r., 2-gie — 9 Grudnia 1899 r. wreszcie 3-cie — d. 12 Stycznia r. b. Po pierwszej operacji macica pozostała w związku ze ścianą brzuszną w okolicy pępka, tak iż następne w znacznej mierze odbyły się zewnątrzotrzewnowo. Za każdym razem natrafiano na łożysko, usadowione na przedniej ścianie macicznej, a przy ostatnim cięciu musiano przebić je ręką, aby szybko wydobyć płód. Wszystkie dzieci przysły na świat żywe: pierwsze z nich zmarło po dniach 10-ciu, drugie ma obecnie 2 lata  $1\frac{1}{4}$  mies., trzecie — 16 dni. Wszystkie płci męskiej, dobrze zbudowane; ostatnie waży 10 f., przy 54 ctm. wzrostu. Oprócz pacjentki S. przedstawia fotografię powłok brzusznych, zdjętą po drugiej operacji (2 blizny równoległe), oraz podobizny dzieci. [Autoreferat].

W dyskusji nad odczytem RZĘTKOWSKIEGO „O cytotoksynach“, Pruszyński zaznacza doniosłość badań nad cytotoksynami i potrzebę zorientowania się w nagromadzonej od przeszło 3 lat materjali naukowym, który może posłużyć do dalszych samodzielnych prac w tym kierunku.

Otrzymanie heterocytolysyn, izo — i autocytolysyn daje cenne wskazówki co do budowy ciał białkowych żywych, w których zachodzić muszą znaczne różnice nawet przy identyczności cech chemicznych i fizycznych. Fakt że pod wpływem pewnych komórek, wprowadzonych do ustroju, wytwarzają się w surowicy toksyny jedynie te komórki uszkadzające lub nawet niszczące nie tylko *in vitro* lecz w żywym nawet ustroju, przemawia za tem, że można przeobrażać czynnościowe własności żywych ciał białkowych i że te ciała w warunkach fizjologicznych mają pewne zadanie do spełniania: jedne z nich służą jako przenośniki tlenu, inne służą do pochłaniania tlenu, inne do przeobrażania białka nie żyjącej materji i t. d. Wszystkie te ciała posiadają nadzwyczaj złożoną cząsteczkę, obdarzoną nadzwyczajną niestałością oddzielnych grup atomów. Być może, że z drugiej strony istnieje różnica we wrażliwości pewnych konfiguracji atomów, wchodzących w skład cząsteczki. Gdy jedna substancji sensibilizująca BORDET'U (Immunkörper EHRlich'a) nie ulega zmianie przy 55°, inna natomiast grupa atomów (*alexyna, complement*) traci w tych warunkach swe własności cytolytyczne. Jaka jednak musi być delikatna bliżej objaśnić się nie dająca, a jednak wyraźna

różnica pomiędzy enzymami, dość przytoczyć fakt, że ferment podpuszczkowy otrzymany z ustroju zwierzęcego niszczy takiż sam ferment wydzielony z roślin (*Cynariacardunculus*—Morgenroth). Takich przykładów można przytoczyć wiele. Tego rodzaju spostrzeżenia dowodzą, że identyczne enzymy oddzielnie spełniające pewne czynności przy zetknięciu wzajemnem zobojętniają się, co znajduje analogię wśród ciał nieuorganizowanych t. z. hemiedrycznych z asymetrycznym węglem: np. prawoskrętny w połączeniu z lewoskrętnym tworzy kwas winny obojętny, ten sam kwas prawoskrętny przy dłuższem ogrzewaniu przemienia się również na kwas winny obojętny, przyczem, rozumie się, połowa substancji przeobraża się na odpowiedni antypod (kwas winny lewoskrętny).

W ustroju zwierzęcym nie ma związku organicznego, któryby nie posiadał własności skręcania płaszczyzny polaryzacji lub który nie dałoby się rozłożyć na ciała optycznie czynne.

Z tego powodu nie można nie przyznać racji bytu hipotezie LOEW'a, który sądzi, że przy wprowadzeniu enzymów do ustroju wytwarzają się w nim odpowiednie antypody.

Nauka o cytolysynach odkrywa wielkie pole do owocnych badań nad otrzymaniem ciał posiadających specyficzne wyborcze własności nie tylko odnośnie do komórek lecz i cieczy w ustroju i stanowi według zdania P. odkrycie tak wielkie, że doniołości jego na razie tak dla fizjologii, jak patologii, a zwłaszcza leczenia dostatecznie ocenić się nie da. W każdym razie budzą się nadzieje zwalczania chorób, o których przed niedawnym czasem nawet marzyć nie było można. [Autoreferat].

MUTERMILCH zaznacza, iż hemoliza nie ma, zdaje się nie wspólnego z resztą procesów cytolitycznych i tłumaczy się w myśl teorii BAUMGARTENA, w sposób czysto fizykalny współdziałaniem aglutyninów i zmienionego ciśnienia osmotycznego surowicy. Jak wiadomo bowiem, badacz ten dowiódł, iż przy hemolizie czerwone krążki krwi zachowują się pod mikroskopem zupełnie tak samo, jak gdyby znajdowały się one w środowisku hyper-isotonicznem, mianowicie hemoglobina naprzód kurczy się, a następnie wskutek przedostawania się soli do ciałek krwi, wychodzi na zewnątrz (plasmoliza i plasmoptiza). Słowem zachowują się one zupełnie inaczej, niż pod działaniem fermentów np. trypsyny. Za słusznością teorii B. przemawiałyby poniekąd doświadczenia SHIBAYAMY, który dowiódł, iż surowica traci swe własności hemolityczne nie tylko wskutek ogrzania do 56°, lecz również po dializie z wodą przez błonę zwierzęcą czyli wskutek utraty soli oraz, iż nabywa ona znowu własności hemolitycznych po dodaniu do niej roztworu węglanu sodu. Pewna odrębność hemolizy w stosunku do reszty procesów cytolitycznych, polega dalej na tem, iż podczas gdy wo-

góle surowica staje się cytotoksyczną po zastrzyknięciu zwierzęciu elementów tego samego rodzaju, surowica świnki morskiej może się stać hemotoksyczną dla czerwonych ciałek krwi psa po zastrzyknięciu śwince nie tylko krwi psiej, lecz również węglańu sodu. (Doświadczenia SHIBAYAMY). M. zwraca nadto uwagę na niewytłomaczony dotychczas ściślejszy związek pomiędzy cytolizynami, rozpuszczającymi elementy komórkowe, a preceptynami, dającymi osady. [Autoreferat].

ŚWIĄTECKI J. w dyskusji na twierdzenie prelegenta, że być może wkrótce będziemy w stanie leczyć nowotwory złośliwe swoistą cytotoksyną (kankrotoksyną)“ zaznacza, iż w r. 1895, kiedy jeszcze nie istniała wcale nauka o cytotoksynach, RICHES i HÉRICOURT otrzymywali surowicę kankrolityczną i próbowali leczyć nią chorych. W tym samym roku Ś. a w następnym J. BRUNNER powtórzyli te próby, nikt z nich jednak nie otrzymał zbyt dobrych wyników; wprawdzie owrzodzenia rakowate oczyszczały się znacznie, a nawet zabliźniały zupełnie, same guzy zmniejszały się trochę, wyleczenia jednak w żadnym wypadku nie nastąpiło. Obecnie na oddziałach kol. KRAJEWSKIEGO i KARCEWSKIEGO na nowo Ś. podjął te próby, i o wynikach, jakiegokolwiek będą, nie omieszką powiadomić kolegów. [Autoreferat].

PREZES w dyskusji zwraca uwagę na ważność teorii EHRLICH'a t. z. teorii bocznych ogniw [Seitenkettentheorie]. Według tej teorii immunizacja nie jest czemś nowem w organizmie, ale polega na tych samych prawach, co zwyczajne odżywianie. Zarówno przy łączeniu się z toksynami jak i przy odżywianiu t. z. ruptory komórek łączą się z ciałami pośrednimi [Zwischenkörper] a te dopiero z komplementami, które działają jako rodzaj fermentów.

Co do tego, aby hemoliza polegała jedynie na zjawiskach fizykalnych (zmiana ciśnienia osmotycznego), to tylko dalsze badania mogą rozstrzygnąć, po której stronie jest słuszność. W każdym razie mówca nie jest zdania aby teoria fizykalna była słuszną. Hemoliza jest tylko jednem ogniwem w całym szeregu zjawisk, a mianowicie immunizacja, cytoliza, bakteryoliza, precypitacja. Te wszystkie zjawiska nie mogą polegać na czysto fizykalnych zmianach, lecz zmuszają nas do przyjęcia jakiejś chemicznej siły, naksztalt fermentu. [Autoreferat]

RZĘTKOWSKI dziękuje PRUSZYŃSKIEMU za uzupełnienie odczytu cennymi szczegółami. MUTERMILCHOWI odpowiada, że doświadczenia SHIBAYAMY nie rozstrzygają sprawy, ponieważ pod wpływem węglańu amonu ustrój zwierzęcia mógł wytwarzać hemolizynę. Co się tyczy stosunku precypityn do hemolizyn to kwestya ta nie jest ustalona i rozstrzygnięta. To fakt, że precypityny otrzymują się drogą tego samego sztucznego

uodporniania zwierząt — jak i hemolizyny ew. cytotoksyny. W końcu mówca podnosi zaznaczony przez P. fakt ważności sprawy cytotoksyn i zachęca do pracy w tym kierunku zwłaszcza wobec łatwej metodyki, dostępnej nawet niezbyt zasobnym pracownikom.

[Autoreferat].

XII. CIĄGLIŃSKI K. odczytał rzecz p. t. „Jakie wody mineralne wewnątrznie użyte przynoszą największy pożytek i czego się po nich spodziewać można?“

W kwestyi tej panuje wielka rozmaitość poglądów; dla jej rozwiązania należy uświadomić sobie o ile możemy przez użycie wewnętrzne wód mineralnych wpłynąć: 1) na przemianę materyi i 2) na wydalenie z ustroju wadliwych jej produktów. Rozpatrując działanie wody per se i różnych roztworów solnych (chlorku sodu, węglanów alkalicznych i ziemnych, soli obojętnych) resp. odnośnych wód mineralnych, na zasadzie najświeższych badań w tym względzie, widzimy, że o działaniu takowych na samą przemianę materyi wiemy nie wiele, a to co wiemy zdaje się świadczyć o bardzo nieznacznem działaniu, za to wprowadzając do organizmu znaczniejsze ilości wody zimnej, osobliwie nasyconej kwasem węglanym, podnosimy diurezę i przepłukujemy tym sposobem ustrój; zawartość w wodzie na Cl wzmaga znacznie działanie moczopędne, zaś zawartość węglanów alkalicznych i ziemnych rozpuszcza złoży kwasu moczowego; bardzo ważnem jest działanie węglanów ziemnych, które przy dłuższem nawet użyciu większych ilości, zmniejszają kwaśność moczu, ale go nie alkalizują, co z wielu względów byłoby niepożądanem.

Ponieważ w skazie moczanowej chodzi o usunięcie złoży kwasu moczowego, najodpowiedniejszymi zdają się być zdroje, zawierające roztwory węglanów ziemnych wraz z roztworami (o ile można) soli kuchennej, węglanów alkalicznych, lub soli obojętnych, przy znacznej zawartości wolnego kwasu węglowego. Warunki te znajdujemy w najwyższym stopniu w zdrojach Wildungen, Tarasp i Kohitsch.

[Autoreferat].

PRUSZYŃSKI nie zgadza się z twierdzeniem prelegenta jakoby można było wyprowadzać wnioski z doświadczeń PFEIFFER'a o stosunku fosforanów do kwasu moczowego in vitro o zachowaniu się tych substancyi w ustroju. Istota podagry według zdania P. tkwi w nadmiernem wytwarzaniu się kwasu moczowego i w jego upośledzonym wydzielaniu. Co do wydzielania to wiadomo, że przy podagrze mamy do czynienia albo ze śródmiaższowem zapaleniem nerek albo też, ze znacznem upośledzeniem czynności tego narządu.

Co się zaś tyczy wytwarzania kwasu moczowego, to niezależnie od nuklein, czy to znajdujących się w ustroju i wyzwalających się przy rozpadzie leukocytów czy też, doń wprowadzonych



należy uwzględnić znaczenie pokarmów białkowych, które również dają początek tworzeniu się kwasu moczowego.

Że ciała białkowe substancję tę wytwarzają, dowodzi tego i budowa kwasu moczowego i badania porównawcze i zresztą obserwacje bezpośrednie na zwierzętach i ludziach. Przy przeważnie mięsnem pożywieniu wytwarza się naraz wiele kwasu moczowego, który w braku odpowiednich oksydaz nagromadza się w ustroju i jako nadzwyczaj trudno rozpuzczalny osadza się w miejscach najpowolniejszego krążenia t. j. w szczelinach limfatycznych.

Kwas moczowy tedy przynajmniej częściowo stanowi produkt przejściowy od białka do ostatecznego produktu jego spalania t. j. mocznika.

Fakt, że miejscem spalania tego kwasu jest wątroba przemawia za tem, że przy niedostatecznem spalaniu narząd ten w czynności swojej jest upośledzony, co zgadza się z dawno wyrażonym poglądem CHARCOT'a, że główne źródło dla podagry tkwi w zaburzeniu czynności wątroby. [Autoreferat].

PAWIŃSKI zgadza się z prelegentem, co do stosowania wód alkalicznych w skazie moczanowej. Podnosi wszakże, że z powodu znacznej wrażliwości błony śluzowej przewodu pokarmowego wody alkaliczne zimne nie zawsze bywają przez podobnych chorych dobrze znoszone, należy je wówczas podgrzewać. Powtórę—jakkolwiek ze względów teoretycznych stosowanie wód zawierających związki wapnia jest uzasadnione, praktyka jednak wykazuje, że wody—takie usposabiają do zaparcia stolca—co jest okolicznością wielce niepożądaną u chorych z nieprawidłowo, przeinaczoną przemianą materji. Z tego też względu lekarze praktycy oddawna zalecają najczęściej artrytkom i wogóle pacjentom ze skazą moczanową wody alkaliczne z zawartością soli średnich, lub soli kuchennej. [Autoreferat].

MUTERMILCH S. jest zdania, iż gdyby, jak sądzi kol. PRUSZYŃSKI przy artrytyzmie zachodziła istotna, zwiększona produkcja kwasu moczowego wskutek niedostatecznych utlenień, wówczas artrytyk powinienby wydzielać z moczem większą ilość kwasu moczowego, a tak jednakże nie bywa.

RZĘTKOWSKI zaznacza, że do skazy moczanowej zaliczamy dwa obrazy chorobowe klinicznie różne i patogenetycznie nie mające prawdopodobnie nic wspólnego, mianowicie: 1) dnę czyli t. zw. *arthritis urica* i 2) *urolithiasis*. Przy pierwszej — kwas moczowy ze krwi osadza się w tkankach, przy drugiej zaś—wykryształizowuje się w nerkach skutkiem zmienionych warunków rozpuszczalności jego w moczu. Przy dnie znajdujemy powiększoną ilość kwasu moczowego we krwi, przy *urolithiasis*—urolicytna sprawność moczu ulega zaburzeniu. Wzmagając tę ostatnią możemy zapobiedz osadzaniu się kwasu moczowego w kana-

likach nerek. Ponieważ zaś możemy wpływać dowolnie nie tylko na ilość wody moczowej, ale i na ilość innych składników moczu zasady stałe,  $P_2O_5$  i t. d.) przeto a priori wolno przypuszczać z punktu sądenia teoretycznego, że przy pomocy wód mineralnych możemy zapobiegać tworzeniu się złogów kwasu moczowego. Praktyka wielokrotnie wskazuje słuszność tego przypuszczenia.

Co się tyczy dmy istotnej — *arthritis urica* to kapitalnym faktem w tej chorobie jest niewątpliwe powiększenie się ilości kw. moczowego we krwi, nie do tego jednak stopnia, aby już arolityczna sprawność krwi była całkowicie wyczerpana. Owszem — krew ew. surowica podagryka może jeszcze rozpuszczać kwas moczowy. Ztąd wniosek, że jeśli ilość kwasu moczowego wzrośnie ponad normę, to powstaje usposobienie do odkładania się w pewnych tkankach kwasu moczowego. Ilość kwasu moczowego wzrasta we krwi: 1) przy rozpadzie tworów jądrowych — leukemia, pneumonia crouposa i t. d. 2) skutkiem spożycia znaczniejszych ilości nukleiny lub pokarmów ją zawierających oraz mięsa, 3) skutkiem zaburzeń w wydzielaniu kw. moczowego *nephritis interstitialis*, 4) skutkiem przyczyn niewiadomych np. w podagrze. Z 26 zmarłych na *nephritis interstitialis* LUFF u 20 znajdował złogi kwasu moczowego w stawach; u podagryków zaś, którzy przez dłuższy czas nie mieli napadu, widziano pojawianie się nader uporczywych napadów po kryzie przy zapaleniu płuc (F. MUELLER). Tak czy owak widzimy, że jakkolwiek u podagryków istotnym podłożem na którym rozwija się napad, jest wzmożenie się ilości kw. moczowego we krwi, to jednak zjawisko to zdarza się i u innych chorych — bez napadów podagry. Ztąd wniosek, że sam moment, który powoduje powstawanie napadów podagry jest dla nas nieznanym.

Mówiąc o leczeniu podagry musimy przedewszystkiem zadać sobie pytanie, w jaki sposób znikają złogi kwasu moczowego, bo to stanowi istotę leczenia tej choroby.

Tophus duży, otoczony zbitą i grubą tkanką łączną nie ginie wcale albo też pod wpływem energicznych rękoczynów jak np. masaż i t. d. To, że krew podagryka nie jest nasycona kwasem moczowym, że może go rozpuścić pewną ilość — świadczy, że nie grają tu roli zwykłe warunki rozpuszczania kwasu moczowego. HIS (sen.) znalazł, że przy zmniejszaniu się niewielkich złogów kwasu moczowego utworzonych drogą iniekcji do stawów roztworów moczanu sodu, pewną rolę odgrywają leukocyty, które zgromadzają się naokoło złogu i pochłaniają ziarenka soli i unoszą je. Być może, że wewnątrz leukocytów kwas moczowy ulega dalszym zmianom oksydacyjnym.

Wobec tego wszystkiego jaką rolę odgrywać mogą wody mineralne przy leczeniu podagry? Nie działają one chyba drogą

wzmoczenia urolizy krwi, boć krew podagryka może jeszcze rozpuszczać kw. moczowy. Być może, że wody mineralne wpływają nie na kwas moczowy, to jest nie powstrzymują jego wytwarzania się i nie wzmagają wydzielania, ale działają na tkanki, zabezpieczając je przed osadzaniem się w nich kwaśnego moczanu sodu. Wogóle nie mamy pojęcia o działaniu w tych razach wód mineralnych i skutkiem tego przy obecnym stanie wiedzy niepodobna stawiać twierdzeń dogmatycznych, że taka a taka woda, z taką a taką zawartością  $\text{CO}_2$  i soli powinna być stosowana w kuracji podagry. W miejscowościach kuracyjnych współdziała wiele czynników jak np. odżywianie racjonalne, kąpiele, masaż i t. p. Trudno więc rozstrzygnąć, co tu odgrywa istotną rolę czynnika leczącego.

Nadto—zdarza się często, że chorzy spijają nieraz bardzo znaczne ilości wód — po kilka litrów dziennie: wobec faktu, że bardzo wielu podagryków cierpi na *nephritis interstitialis* — takie ilości wody niewątpliwie obciążają znacznie pracę serca. Ztąd też kontrola lekarska nad takimi chorymi jest konieczna i szczególnie badanie ogólnego stanu chorego i jego moczu powinno zawsze poprzedzać właściwą kurację wodami mineralnymi.

[Autoreferat].

JANOWSKI W. nie uważa bynajmniej za rozstrzygniętą kwestyi odrębności kamicy nerkowej od zwyczajnej postaci skazy moczanowej z zajęciem stawów. Osobiście uważa te cierpienia za jedno. Na czem polega istota skazy moczanowej, tego dziś stanowczo w sposób określony wyrzec nie można. Dawniej uważano ją za stan organizmu, przy którym rozmaite związki azotowe nie ulegają dostatecznemu utlenieniu, czyli stawiano w związku z ich niedotlenieniem (*Hypoxydatio*). Dziś, kiedy wiemy, że i kwas moczowy może być istotnie końcowym produktem utlenienia ciał azotowych o pewnej budowie chemicznej, podobne twierdzenie nie byłoby już ściśłem. Niewątpliwie bowiem mamy przy skazie moczanowej do czynienia nie z niedotlenieniem, lecz z jakimś utlenianiem wadliwym, w złym kierunku idącym, opacznym (*Paroxydatio*). Ponieważ prawidłowy bieg wszelkich spraw utleniających i odtleniających i odwadniających zależy niewątpliwie od prawidłowego działania w ustroju różnych fermentów i enzymów (oksydazy), należy przypuszczać, że przy skazie moczanowej te lub inne z pomiędzy owych oksydaz bądź w niedostatecznej ilości przez komórki organiczne są wytwarzane, bądź też należyćcie działać nie mogą wskutek nieodpowiedniego dla ich działania środowiska, które może być w bardzo nieznacznym stopniu w te lub owe swoje składniki zubożone. Wszelkim wodom mineralnym należy, zdaniem J., przypisywać właściwie to tylko działanie, że, zmieniając stężenie surowicy, lub też wpływając w sposób mini-

malny na jej skład chemiczny, dają onym fermentom krwi możność odzyskania prawidłowego działania. Tem się też tłómaczy niezaprzeczone działanie wód mineralnych w skazie moczanowej. Z tych też powodów nie należy sądzić, by ściśle wskazanie do użycia tej lub owej wody w poszczególnym przypadku mogło być z jakąś ścisłością stawiane. Prawie wszystkie bowiem wody działają jednakowo. [Autoreferat].

ŚWIĄTECKI J. zaznacza, iż znany klinicysta prof. IZRAEL zaleca chorym na podagrę wyłącznie wodę Karlsbadzką, która ma tu działać lepiej, niż Vichy, Contréxeville i t. d., być może dlatego, że jest więcej skoncentrowaną i zawiera w sobie więcej siarczanów, soli o bardzo wysokim wskaźniku osmotycznym. Być może, że oprócz działania przeczyszczającego wód mineralnych leczniczych ich wpływ przy podagrze zależy i od tego, że przy picciu wód mniej się jada; jeżeli weźmiemy z jednej strony ustalony fakt istnienia leukocytozy trawiennej, z drugiej zaś teorię powstawania kwasu moczowego z leukocytów, to może będzie racjonalnem zalecanie chorym na podagrę jadanie nie częste, np. tylko raz na dzień.

[Autoreferat].

PERKOWSKI zaznacza, że przy użyciu wód mineralnych mamy na celu przeważnie ich działanie diuretyczne i ciepłota wody nie odgrywa tu żadnej roli.

PREZES w dyskusji zaznacza, że należy odróżniać *arthritis urica*, jako sprawę ogólną, polegającą na zaburzeniu w przemianie materji od kamicy nerkowej, jako sprawy przeważnie lokalnej. *Arthritis urica* — cierpienie, stosunkowo rzadkie; momentu etyologicznego dopatrzeć się dlań nie zawsze można. Twierdzenie, że dotyczy ono wyłącznie osób, które dużo jedzą i piją, a mało się ruszają, jest zbyt jednostronne: spotkać bowiem można niekiedy osoby, dotknięte *arthritis urica* przy złem odżywianiu. Podobnie jak etyologia, i leczenie tej choroby jest ciemne i trudne. Łatwiej leczyć osoby otyłe, za dużo jadające: zmniejszenie pokarmów, uregulowanie trybu życia — bez wątpienia zmniejszy u nich napady dny. Że zmniejszenie ilości mięsa odgrywa tu rolę, świadczy o tem fakt, iż u chorych otyłych lub z moczówką cukrową podawanie samego mięsa uspasabia do dny. Ustanowienie racjonalnej diety przy *nephrolithiasis* jest rzeczą niemożliwą. Mówca z własnych spostrzeżeń twierdzić może, że duża ilość wody zmniejsza napady kolki nerkowej. Jakość wody nie odgrywa tu żadnej roli: zarówno działa Karlsbad, jak Vichy, Fachingen, Contréxeville i t. p. Nawet zwyczajna gorąca woda ten sam efekt wywołać jest w stanie. Od zalecanych w tych razach przez NOORDEN'a soli wapniowych mówca nie widział szczególnych wyników. Raz tylko zauważył, że kamyczki nerkowe, dawniej mocno zbite,

stawały się nieco kruchszymi. Teoretycznie mówca przechyla się ku teorii HORBACZEWSKIEGO, według której kwas moczowy ma powstawać z nukleiny jąder; za tem przemawia między innymi fakt, że wprowadzenie do organizmu dużej ilości grasicy, związku bogatego w nukleinę, zwiększa ilość wydzielanego kwasu moczowego.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin*.

Sekretarz *St. Kopczyński*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4 Lutego 1902 r.

Przewodniczący Prezes **T. Dunin**.

Obecnych członków 77 i gości 4.

- T r e ś ć:** BORZYMOWSKI J.— Przedstawienie preparatu włókniaka niezwyklej formy i wielkości.  
 NEUGEBAUER Fr.— a) Przedstawienie jaja poronionego w bardzo wczesnym okresie ciąży, b) przedstawienie chorej z obumarłym od roku płodem pozamacicznym.  
 BRUDZIŃSKI J.— Przedstawia chorego chłopca z *exostosis multiplex*.  
 KĘPIŃSKI M.— Przedstawienie chorego po plastycznej operacji na gałce ocznej.  
 SZTEYNER W.— Przedstawienie chorego po dokonaniu przeszczepienia nerwu twarzonego do nerwu dodatkowego WILLIS'a.  
 GRUNDZACH J.— Przedstawienie nowego przyrządu do mięsienia brzucha.  
 KOPCZYŃSKI St.— Przedstawienie preparatów mikroskopowych z przypadku „*meningo-myelitis lumbosacralis syphilitica*“.  
 BORZYMOWSKI J.— „O nowym sposobie leczenia pooperacyjnego ostrego zapalenia ropnego stawu kolanowego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: WESOŁOWSKIEGO, BORNSZTEJNA, MASZEWSKIEGO i SZLEIFSZTEJNA.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłał odbitki ze swej pracy JANOWSKI.

IV. SEKRETARZ STAŁY odczytał krótki nekrolog prof. AXEL KEYA tej treści:

Ernest Henryk AXEL KEY urodził się w r. 1832 w Smaland w Szwecyi, odbył studia lekarskie w Lund; w r. 1857 został licencyatem, a w 1862 doktorem medycyny. U M. SCHULTZ'ego w Bonn zajmował się KEY w r. 1860 histologią normalną, u VIRCHOW'a w Berliuie w r. 1861 anatomią patologiczną. W r. 1862 został profesorem anatomii patologicznej w Instytucie medyko-chirurgicznym Karolińskim w Stockholmie i jednocześnie redaktorem nowo założonego pisma lekarskiego „Nordisk medicinsk Archiv“. Od roku 1882 był także posłem m. Stockholmu do sejmu szwedzkiego. Prace jego naukowe nie są bardzo liczne, ale doniosłe i fundamentalne, ogłaszane w szwedzkim, w części także w niemieckim języku, odnoszą się do histologii normalnej [o nerwach narządu smaku, budowie śledziony], w części do anatomii patologicznej. Najznakomitsze dzieło wydał wspólnie z G. RETZIUS'em pod tytułem: „Studien in der Anatomie des Nervensystems und des Bindegewebes“, obejmujące kilkaset tablic z wyborowymi rysunkami, za które autorem udzieloną została przez francuską Akademię nauk nagroda MONTYON'a. Dzieło to dostało się darem do biblioteki naszego Towarzystwa. W r. 1882 prof. KEY wybrany został na członka honorowego naszego Towarzystwa.

Zredagowaną przez SEKRETARZA STAŁEGO kondolencję postanowiono wysłać do żony zmarłego.

V. BORZYMOWSKI Jan przedstawił preparat pomyślnie wyjęty przez laparotomię u 30-letniej kobiety, stanowiący rzadkość kliniczną i anatomiczną; mianowicie, włókniak formy nerkowatej wielkości głowy dorosłego człowieka. Włókniak ten pochodzi z włókien mięsnych, znajdujących się w więzach szerokich macicy. Guz ten nie miał żadnego związku z macicą, z prawym jajnikiem łączył się szypułą, a z prostatką był zrosnięty luźno na dosyć dużej powierzchni. W literaturze francuskiej zanotowano dotąd tylko 42 a w niemieckiej 49 guzów pochodzących z więzów szerokich.

B. przedstawił także preparat mikroskopowy tego guza oraz małą torbiel lewego jajnika, usuniętą u tej samej chorej.

VI. NEUGEBAUER Fr. przedstawił a) jajo w bardzo wczesnym okresie ciąży poronione.

b) N. przedstawił pacjentkę, która już przeszło półtora roku nosi w jamie brzusznej płód pozamaciczny obumarły. Już przed 1 1/2 r. N. zaproponował chorej usunięcie martwego płodu,

chora jednak na operację się nie zgodziła, gdyż uważa się za zupełnie „zdrową“.

VII. BRUDZIŃSKI J. przedstawił chłopca lat 8 z *Exostosis multiplex* i z objawem SMITHS'a. Cały kościec dziecka usiany jest wyrosłami wielkości od ziarna grochu do dużych sopli. Głównem siedliskiem wyrosli są kości długie, spotykają się one jednak i na kościach płaskich np. na żebrach, na granicy chrząstek, wielkość ich jednak jest tu znacznie mniejszą. Ogólna liczba dostępnych badaniu wyrosli przekracza liczbę 50.

Wyrosłe te istnieją od urodzenia, w miarę wzrostu powiększały się. Matka twierdzi, iż takie same wyrosłe miał i ojciec dziecka, zmarły w 36 roku życia, podobno na gruźlicę.

B. przytacza pokrótce różne teorie patogenetyczne powyższego cierpienia (*Exostosis multiplex*)—jako to: *rachitis*, *tuberculosis*, wada ustrojowa—z teorii tych mało jeszcze uzasadnionych, najwięcej, zdaje się, może liczyć na uzasadnienie w przyszłości teoria wrodzonej wady rozwojowej.

U chłopca tego B. stwierdził jeszcze jeden ciekawy objaw—objaw SMITHS'a—szmer ciągły żylny, powstający przy przechyleniu głowy dziecka w tył, wskutek ucisku wywieranego przez powiększone gruczoły oskrzelowe na żyłę bezimienną. Szmer ten wysłuchuje się na środku mostka lub po jego prawej stronie. Objaw ten podniesiony już był przez B. w r. 1900 w „Gazecie Lekarskiej”.  
[Autoreferat].

VIII. KĘPIŃSKI przedstawia przypadek operacji plastycznej, wykonanej na gałce ocznej, gdzie brak twardówki pokryto kawałkiem łącznicy. Rzecz się tak miała: w dniu 24 Grudnia r. z. przy zabawie uderzono 17-letniego ucznia szkoły rysunkowej, kawałkiem kości tak nieszczęśliwie w oko prawe, iż przebito wskroś gałkę oczną w górnej wewnętrznej części. Rana była równoległą do rąbka łącznicy—odległą od niego o 2 młm.—i około 4 młm. długą, w ranie wypukłało się ciało rzęskowate. Przednia komora była zapełniona skrzepem krwi—a cała gałka oczna wskutek filtrowania cieczy przez otwartą ranę, do  $\frac{2}{3}$  wielkości zmniejszoną.

Pod narkozą K. przystąpił zaraz do zwyczajnego zaszycia rany za pomocą 3 szwów jedwabnych, naturalnie po poprzedniem, możliwie dokładnem oczyszczeniu rany, obrównaniu jej brzegów. Podczas szycia asystent za pomocą druciku srebrnego wtłaczał wypadające ciało rzęskowate; w ten sposób udało się zupełnie dokładnie ranę zaszyć, przy zmianie opatrunku w dniu następnym K. zauważył, iż brzegi rany są nacieczone ropą a cała okolica teje obrzmiała. Wobec tego K. zdecydował się na powtórna operację, mianowicie wobec grożącego zapalenia ropnego otworzył ranę, obciął ostremi nożyczkami infiltrowane części twardówki oraz wypadającą część tęczówki i ciała rzęskowatego i ranę

wymył sublimatem 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. Ponieważ po obcięciu brzegów rany, taż przybrała kształt owalny i brzegi o 2 młm. się rozchodziły, więc w górnej zewnętrznej części K. odpreparował kawałek łącznicy z szypułką ku dołowi wewnątrz zwróconą, przesunął go na ranę i do brzegu tejże, już na samym kraju rogówki, za pomocą 2 szwów jedwabnych przyczepił.

Rezultat przeszedł wszelkie oczekiwania—po 5 dniach K. zdjął szwy, rana była zagojona, objawy ropnego zakażenia ustąpiły, tylko gałka zawsze jeszcze była miękka, gdyż ciecz filtrowała przez bliźnę z łącznicy i nowowytworzonej tkanki łącznej powstałą. Obecnie w 6 tygodni po operacji gałka oczna ma wygląd i wielkość oraz napięcie normalne, brak kawałka tęczyówki zwrócony ku górze wewnątrz, w miejscu zranienia jest szara plama w twardówce (bliźna). Co do wzroku, to oko to niczem się od zdrowego nie różni, przy E. jest  $V = \frac{5 \cdot 0}{5 \cdot 0}$  i czyta najdrobniejsze druki Snellena. Ponieważ wzornikiem ocznym żadnych zmian na soczewce i jej torebce aż na dnie oka nie spostrzegamy, więc uważam oko to za zdrowe.

Chory napowrót do szkoły rysunkowejpowrócił.

[Autoreferat].

IX. SZTEYNER przedstawił 20-letniego młodzieńca, któremu przed 11 miesiącami dokonał operacji przeszczepienia nerwu twarzowego do nerwu dodatkowego WILLISA.

Wskazaniem do operacji był całkowity bezwład nerwu twarzowego prawego, który powstał skutkiem dwukrotnego postrzału w przewod uszny zewnętrzny i pomimo wyjęcia kuli nie ustępował. Operację wykonano w ten sposób, że nerw twarzy po odpreparowaniu odcięto przy wyjściu z kości skroniowej i zeszyto jego obwodowy koniec z połową ośrodkowego końca nerwu dodatkowego. Na skutek operacji trzeba było długo czekać. W trzy miesiące po operacji jeszcze nie było śladu powrotu jakichkolwiek ruchów mięśni w zakresie nerwu twarzowego. Dopiero później i to bardzo powoli powracały ruchy *orbicularis palpebrarum*, następnie mięśnia, unoszącego kąt ust i mięśnia okrążającego usta. Obecnie chory może zamykać dobrze oko, porusza kątem ust, może gwizdać, może nadąć policzki.

[Autoreferat].

X. GRUNDZACH J. przedstawił przyrząd do mięśnienia brzucha.

Oddawna już odczuwano potrzebę przyrządu, za pomocą którego można byłoby masować samemu brzuch.

Nie zawsze chcemy i nie zawsze możemy (a liczne się na to składają względy) zalecać chorym naszym lekarza lub masażystę. Probowano też rozmaitych sposobów, prof. SABL (z Berna szwajcarskiego) stosował i zalecał kulę żelazną kilkofuntową pełną lub



próżną (bombę). Kulę taką należało pokrywać suknem, zaszywać, aby nie ziębiła, i toczyć po brzuchu. Bomba taka ma wady 1) jest ona za ciężka i często bolesnie ugniata powłoki i narządy brzuszne 2) tarcie o ścianę brzucha jest przy tem znaczne i t. p. Lepszą znacznie jest kula drewniana dość duża (średnicy 14—15 ctm.), wydrążona i dowolną ilością śrutu napełniona [wagi 3—5 funtów]. Główną wadą też kuli jest ciężar, a więc bolesne często ugniatanie brzucha. Powyższych przyrządów prawie nigdy chorym G. nie zalecał, przypuszczając że ręce chorego mogą przyrząd zastąpić, byle kierunek ruchów i ogólne zasady mięsienia brzucha były zachowane. Nie można się było jednakże obejść bez waseliny, gliceryny i t. p. gdyż tarcie rąk o powłoki brzuszne jest bardzo znaczne przy tych ruchach. Od wad powyższych w znacznej części wolne jest mięsienie brzucha za pomocą przyrządu, który G. znalazł w ręku pewnej chorej, bardzo z tego przyrządu zadowolonej.

G. polecił tokarzowi wykonanie, tego prostego i praktycznego przyrządu. Składa się on z kawałka drzewa twardego, gładko-obtoczonego, tak aby ręka mogła dobrze go ująć. W wydrążeniu półkuliste tego kawałka drzewa wtłoczoną jest kulka również z drzewa twardego, swobodnie obracająca się w samym wydrążeniu. Zalety tego przyrządu są duże: 1) małe rozmiary 2) lekkość 3) tarcie spowodowane jest do minimum 4) gliceryna i waselina stają się tu zbyteczne 5) ucisk wywierany i miarkowany siłą rąk własnych. 6) Wreszcie—taniść. [Autoreferat].

W dyskusyi Skowroński R. zaznacza, że zdaniem jego przyrząd ten nie odpowiada celowi i działać może na chorego jedynie przez suggestyę, a to z powodu, że chory, jakkolwiek nauczony przez lekarza w jakim kierunku prowadzić kulę po brzuchu, sprowadza cały rękoczyn jedynie do gładzenia i rozcierania powłok brzusznych, najczęściej w okolicy jelit a nie okrężnicy, pomijając jej górne załamki, zgięcie osowate i ślepą kiszki, do których dotrzeć nie jest w stanie, a na które działanie masażu powinno być skierowane. O przesuwanu mechanicznem zawartości okrężnicy w danym wypadku nie może być mowy: daje się ono osiągnąć jedynie przez ruchy wgłębiające i odpowiedni ucisk na ściankę samej kiszki przesuwając jej zawartość, co nieraz przy wielkim rozwoju tkanki tłuszczowej powłok brzusznych i wielkiem napięciu tłoczni brzusznej wcale nie jest rzeczą łatwą, nawet przy masażu ręcznym. Co się zaś tyczy działania odruchowego na kiszki, jakie się ma osiągnąć przy stosowaniu danego przyrządu, na które się G. powołuje, to jest ono prawie żadne, gdyż nerwy brzuszne—[w danym razie oba splachnicy] są głęboko położone i podziałka na nie można tylko przez ruchy wgłębiające, odrywanie jak: kołysanie, wstrząsanie, falowanie wgłębiające ugniatanie i wibracyę.

Samomasaż w danym razie ma i tę niedogodność, że chory przy nim męczy się bardzo.

Rzeczony przyrząd, jak i wiele innych w kształcie rolek, wałków i t. p., którymi nas codziennie pomysłowi Niemcy zarzucają, daje się zastosować w razie wyjątkowego stwardnienia tkanek, gdzie siła palców nie wystarcza jak to ma miejsce np. przy obrzęku drewnowatym lub przy masażu podczerw, przy ostrem zatruciu alkoholem lub uduszeniu. [Autoreferat].

PRUSZYŃSKI i ZIELIŃSKI E. ostrzegają przed daniem do masażu przyrządu w ręce chorego. Z. motywuje to tem, że często nie wiemy, co się pod powłokami brzuszными znajduje. Oprócz tego chory, masując sam brzuch, napina jego mięśnie.

ŚWIĄTECKI J. podaje, że podobne przyrządy są pochodzenia japońskiego i przyszły do nas po wojnie chińskiej.

W odpowiedzi SKOWROŃSKIEMU, GRUNDZACH zaznacza, że 1) masaż stosujemy w t. zw. atonii kiszek, przewlekłych nawykowych zaparciach, nadużyciach środków czyszczących i t. p. 2) że mięsienie uwięzioną kulką musimy nieraz stosować, jako surogat skutecznego leczenia rękoma masażysty 3) że skuteczność działania nie polega na posuwaniu zawartości kiszek, lecz na tem, że wpływamy na naczynia, nerwy i zwoje nerwowe jakoteż warstwę mięsną kiszek.

PRUSZYŃSKIEMU i ZIELIŃSKIEMU — że nie widzi żadnego niebezpieczeństwa w stosowaniu owej kulki. Kula żelazna może być istotnie szkodliwa, ta zaś jako lekka nie może krzywdy wyrządzić. Na zarzut Z., że chory całą uwagę na brzuch skieruje, mięśnie brzucha napręży i te tylko ugnia, G. odpowiada, że chory prędko z przyrządem tym się oswaja i uczy się umiejętnie go używać. ŚWIĄTECKIEMU G. odpowiada, że w pałacu Wilanowskim znajduje się majstersztyk chiński—kula z kości słoniowej z szeregiem coraz mniejszych kulek swobodnie obracających się w wydrążeniach, a przedziwnie wytoczonych z jednej sztuki. Być może przedstawiona kula jest japońskiego pochodzenia.

XI. KOPCZYŃSKI S. przedstawił szereg preparatów mikroskopowych z przypadku *meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica* z niezwykle zaburzeniami odżywczemi.

Demonstrację ową mówca poprzedził krótkim zarysem przebiegu klinicznego owego przypadku. Chodziło tu o 20-letnią dziewczynę, która przybyła w Styczniu r. z. do kliniki chorób nerwowych w szpitalu Ś-go Duchą z objawami dość ciężkiej hysterii, z bolesnością wielu pni nerwowych, z ogólnem osłabieniem siły mięśniowej zwłaszcza w kończynach dolnych z brakiem odruchów kolanowych i ze ścięgien Achillesa. W wywiadach *abusus in Baccho*. Z zaburzeń czucia notowano rozrzucone i zmienne *plaques analgésiques anaesthésiques*. W kwietniu naraz zabu-

rzenia w urynowaniu, wkrótce odleżyny na poślądkach, rozwijające się z nadzwyczajną szybkością, dalej ograniczona gangrena pod postacią drążących ran w kilkunastu miejscach przeważnie symetrycznych zwłaszcza na kończynach dolnych [stopach, gołeniach, udach] głównie ich przedniej powierzchni.

Chora zmarła w Czerwcu od zakażenia septycznego.

Przy badaniu mikroskopowem rdzenia [w pracowni d-ra FLATAUA] według różnych metod [WEIGERTA, WOLTERSA, van GIESONA, MARCHIEGO, karminem, ałunową hematoksyliną, antracytem] K. na seryi skrawków od *cauda equina* do 6-go odcinka grzbietowego znalazł zmiany następujące:

W ogonie końskim prawie wszystkie nerwy z wyjątkiem położonych na najdalszym obwodzie zupełnie zwyrodniałe, większość z nich zamieniona na pasma łącznotkankowe, z nacieczeniem drobnokomórkowem pomiędzy poszczególnymi pasmami. Na odcinkach krzyżowych błony: zewnętrzna, miękka i pajęczka zgrubiałe, nacieczone i miejscami zrośnięte. W niektórych miejscach gumaty prosówkowate, tu i owdzie uległe zserowaceniu. Naczynia w sposób swoisty zmienione: bujanie błony wewnętrznej, nacieczenie drobnokomórkowe szczelin w przestrzeniach błony zewnętrznej. Istota rdzenia aż do górnych odcinków lędźwiowych mocno zmieniona; rozszerzenie jej, tworzenie się siatek, zmiana wybitna w cylindrach osiowych [nabrzmienie lub ścięnczenie]. Począwszy od dolnych odcinków lędźwiowych zwyrodnienie wstępujące pęczków tylnych a w wyższych odcinkach — pęczków Gowersa i dróg mózdzkowych.

Mówca rozpatruje swój przypadek ze stanowiska anatomo patologicznego, jako dość rzadkie umiejscowienie przymiotu w tak niskich odcinkach rdzenia, podnosi wydatne zajęcie opony twardej, i ogona końskiego, i ostatni fakt wiąże z niezwykle zaburzeniami odżywczemi, które początkowo nasuwały na myśl gangrenę symetryczną.

Przemówienie swe mówca uzupełnił rysunkami szematycznymi zwyrodnień, fotografią zmarłej, demonstrującą owe niezwykle liczne i głębokie zniszczenia tkanki.

XII. BORZYMOWSKI J. w odczycie: „O nowym sposobie leczenia pooperacyjnego ostrego zapalenia ropnego stawu kolanowego“, zaznaczył na wstępie, że terażniejsze sposoby leczenia ciężkich zapaleń ropnych kolana nie dają po artrotomii wyników zadowalniających. Leczenie trwa po kilka miesięcy, pozostają zesztywnienia i choremu często grozi amputacja a nawet ogólne zakażenie.

Główną przyczynę złego mówca widzi w niedostatecznym odpływie ropy przez otwory artrotomiczne, które robią się na przedniej ścianie torebki stawowej t. j. w miejscach najwyższej po-

łożonych względem wszystkich innych części stawu—przy zwykłej leżącej pozycji chorego.

Przeciwotwór zaś w dole podkolanowym, zalecany oddawna przez KÖNIGA sprawy nie rozstrzyga, ponieważ staw kolanowy jest rozdzielony na dwie połowy więzami krzyżowymi a przeciwotwór robi się na zewnętrznej połowie stawu i drenuje tylko jedną zewnętrzną połowę jego.

Nowy sposób, stosowany już w jednym wypadku przez B., polega na obracaniu chorego na brzuch w czasie leczenia po artrotomii.

W pozycji tej otwory artrotomiczne zajmują najniższe miejsca względem wszystkich innych części stawu, przez co zatrzymywanie się ropy staje się fizycznie niepodobieństwem.

Ponieważ jednak pozycja ta jest męczącą dla chorych głównie z powodu następującego przytem rozgięcia kręgosłupa i przeniesienia na chore kolano punktu oparcia, przeto prelegent zaleca ułożenie chorego ze zgiętym kręgosłupem i z pochyleniem tułowia na stronę zdrową. Zgięcie kręgosłupa osiąga się przez podłożenie wałka z poduszki pod brzuch i klatkę piersiową. Pod głowę trzeba dać drugi wałek, a pomiędzy pierwszym i drugim zestawić miejsce na ręce. Chora, u której B. ten sposób stosował, mogła leżeć w tej pozycji po 12 godzin dziennie od drugiego dnia po operacji.

Również z dobrym wynikiem stosował B. ten sposób po operacji ograniczonego ropnia pomiędzykiszkiowego. Oprócz leczenia pooperacyjnego ropnego zapalenia kolana sposób ten może mieć zastosowanie przy ranach zakażonych i ropniach otrzewnej i osierdzia. [Autoreferat].

W dyskusji KRAJEWSKI zwraca uwagę prelegenta, iż po za podręcznikami, uwzględnionymi przez B., istnieją liczne monografie, omawiające ropne zapalenia kolana, z którychby się prelegent przekonał, iż kwestya zatrzymywania się ropy w uchyłkach torebki stawowej bardzo detalicznie była rozbierana. K. przypomina, iż dawno już KOZOMNIN opisał metodę arthrotomii kolana, która tem się różni od innych, iż zasadniczo przeprowadza się gruby dren pomiędzy kłykciami kości udowej do dołu podkolanowego. Metoda ta dała K. bardzo dobre wyniki.

Zresztą ropne zapalenie stawu kolanowego, zależnie od jałowitości wywołujących je drobnoustrojów, przebiega rozmaicie i ustępuje przy stosowaniu najrozmaitszych zabiegów. Gdy czasami jednorazowe opróżnienie stawu trójgrańcem wystarcza do wyleczenia, innym razem należy powtórzyć zabieg kilkakrotnie i połączyć go z przemywaniem stawu rozczynek formaliny lub innym rozczynek przeciwnym. W cięższych przypadkach należy wykonać arthrotomię KOZOMNINA, w jeszcze cięższych rezekcją

stawu, a w najcięższych uciec się trzeba aż do amputacji. To też niepodobna ocenić wartości jakiejś metody na zasadzie jednego spostrzeganego przypadku. Sądząc z opisu K. przypuszcza, iż przypadek prelegenta, w którym stosował leżenie na brzuchu, należał do lekkich. Bardzo być może, że w przypadku tym opróżnienie trojgrańcem, połączone z przemyciem stawu, wystarczyłoby do wyleczenia. Nie podobna więc polecać nowego sposobu leczenia pooperacyjnego, opierając się na tym jedynym przypadku. Dalej zaznacza K. luki poważne, jakie zauważył w samym opisie nowego sposobu leczenia pooperacyjnego. Prelegent opisuje detalicznie sposób złożenia tułowia chorego, lecz nie wzmiankuje ani jednym słowem o ułożeniu chorej kończyny, a przecież to rzecz pierwszorzędnej wagi. Czy kończyna jest ułożona na szynie, czy szyna ulokowana jest z tyłu, czy z przodu, czy po bokach kończyny, o tem niema wzmianki. Nadto niewiadomo, czy chore kolano dotyka przednią powierzchnią pościeli, czy też jest zawieszane w powietrzu. K. przypuszcza, iż prelegent użył tego ostatniego sposobu, gdyż w przeciwnym razie chory miałby nieznośne bóle, a nadto dreny krzyżujące się pod ręką byłyby zaciśnięte. K. prosi prelegenta o wyjaśnienie tych wątpliwości. Zdaniem K. ułożenie chorego na brzuchu po arthrotomii kolana przyniesie bardzo tylko wątpliwe korzyści, dające się osiągnąć inną drogą, a stanie się źródłem wielkich męczarni dla chorego.

[Autoreferat].

SAWICKI B. zaznacza, że wielokrotnie otwierał staw kolanowy ku tyłowi metodą KOLOMNINA i zawsze był z tejże zadowolony. Operacja jest łatwa, a odpływ ropy ze stawu zupełny. Nielśnziejnie zresztą B. ujemne wyniki po artrotomii stawia wyłącznie w zależności od niedostatecznego odpływu ropy z jamy stawowej: przebieg ropnego zapalenia stawu kolanowego zależy głównie od rodzaju zakażenia. Saw. wielokrotnie miał możność przekonania się, że proste, niekiedy kilkakroć powtarzane przekłucie stawu z przemywaniem tegoż słabymi roztworami odkażającymi dawało zupełne wyleczenie bez zeszywnień. W jednym natomiast przypadku, pomimo wykonania artrotomii, pomimo najzupełniejszego odpływu ropy, pomimo po dwakroć dziennie w celu lepszego odkażania wykonywanych przemywań i opatrunków, objawy zakażenia rozwijały się w dalszym ciągu tak, że dla uratowania życia choremu wypadło wykonać amputację.

W tego rodzaju przypadkach nie może mieć znaczenia ułożenie chorego na brzuchu, choćby nawet chory był w stanie znieść tego rodzaju położenie, co ze względu na znaczne bóle wydaje się Saw. niemożliwym.

SZTEYNER również podnosi różnorodność infekcji. Dalej zaznacza, że autor nie wspomina o tak ważnej metodzie KOENIGA, jak

wycięcie rzepki, operacji wskazanej w przypadkach najcięższych. Ostrzega przed nieostrożnym drenowaniem, mogącem przedziurawić tętnicę kolanową. Leżenie na brzuchu zdaniem S. jest możliwe tylko w lekkich przypadkach.

JAKIMIAK zapytuje, czy mówca robił przekłucie i przemycie stawu przed samą operacją. Te zabiegi w wielu razach zdaniem J. wystarczają w zupełności.

KOSOBUDZKI pyta, dlaczego mówca używa wyrazu „zawrót.“

ODERFELD zaznacza, że tytuł odczytu jest niezupełnie właściwy. Sposób podany nie jest „nową metodą“, gdyż zawsze kierujemy się zasadą, ażeby ropa z ropnia mogła najswobodniej odpływać.

ŁAPIŃSKI W. uzupełniając przemówienia poprzednich mówców, zaznacza, że te ciężkie przypadki, w których po otworzeniu stawu stan gorączkowy wciąż trwa dalej i gojenie się sprawy chorobowej nie postępuje naprzód, zależą przedewszystkiem od siły zakażenia i zmian anatomopatologicznych w torbie stawowej.

Ta ostatnia ulega obrzmieniu, zgrubieniu i bywa usiana oddzielnymi ogniskami ropnemi w głębi tkanki i taki stan torebki stawowej nie sprzyja gojeniu, nawet w razie najdokładniejszego drenowania stawu.

W tych razach — nie uciekając się do tak radykalnego środka, jakim jest amputacja—można, opierając się na dawniejszych i nowszych spostrzeżeniach chirurgów francuskich (np. z kliniki RECLUS'a z roku ubiegłego), wycinać całkowicie lub częściowo zmienioną chorobowo torebkę stawową (synovectomia) i w ten sposób usunąć źródło zakażenia.

Na zarzut KRAJEWSKIEGO, jakoby B. przedstawił artrotomię jako główny zabieg w omawianej chorobie z pominięciem innych skutecznych, B. odpowiada, że mówiąc wyłącznie na temat: leczenie „pooperacyjne“ resp. poartrotomiczne, *eo ipso* nie nważał za potrzebne wyliczanie innych ogólnie znanych sposobów „przedoperacyjnych lub operacyjnych“ jako nie objętych tematem; sposobu swego B. wcale nie opiera na swoim pojedynczym wypadku tylko na teoretycznym rozumowaniu, przytoczył zaś swoją pojedynczą obserwację tylko jako dowód możliwości zastosowania nowego sposobu. Co do sposobu KOŁOMNINA to B. wątpi, aby można było przesunąć gruby korcang pomiędzy mocno przylegającemi do siebie powierzchniami stawowemi, zresztą sposób ten nie jest racjonalny albowiem drenuje tylko zewnętrzną połowę stawu, a wewnętrzną wcale nie. Że sposób ten znany jest B. dowodzi tego przytoczona historia chorej Nr. 2, operowanej tym sposobem. W położeniu na brzuchu noga nie zawiesza się, tylko unieruchamia się dwoma bocznymi fornirami, i podkłada się małą poduszkę pod zgięcie golenia skokowego. Dwa szerokie forniry

i opatrunek w zupełności chronią kolano od opierania się o łożko i przez to samo od ściśnięcia drenów pod rzepeką.

Że obecne sposoby nie dają spodziewanych korzyści dowodzi tego najlepiej wspomnianna przez K. konieczność rezekcy i amputacyi.

SAWICKIEMU B. odpowiada, że stawiając gorączkę w zależności od zatrzymywania się wydzieliny, czemu nikt chyba nie zaprzeczy, wcale przeto nie identyfikuje jednego z drugim. Przytoczony zaś na poparcie tego zarzutu wypadek SAWICKIEGO może tak samo dobrze służyć jako dowód niedostateczności drenowania stawu od przodu ku tyłowi.

SZTEYNEROWI B. odpowiada, że dlatego nie wspomniał o sposobie rezekcyi rzepek, że o nim nie wiedział; gdyby jednak o nim wiedział, to takżeby nie wspomniał, ponieważ nie widzi, dla czegoby miał być skuteczniejszym od innych.

W wypadku wyzdrowienia cytowanym przez S. musiały być przecięte więzy poprzeczne, dla tego nie może być ten sposób naśladowanym [S. następnie wyjaśniał, że nie robił cięcia poprzecznego, jak wyraził się, tylko ukośnej].

ŁAPIŃSKIEMU B. odpowiada, że chociażby synovect miała być dobrą, to wymaga jednakże zrobienia b. poważnego urazu, jakiego unikamy przy omawianym sposobie.

Z KOSSOBUDZKIEM B. zupełnie zgadza się, że nie należy używać wyrazu „zawrót“ w znaczeniu „uchyłek.“

ODERFELDOWI B. odpowiada, że sposobu swego B. nie nazywa „nową metodą“ tylko „nowym sposobem“, ponieważ oparty jest on na starej metodzie, i nie był jeszcze wcale w omawianem cierpieniu przez nikogo stosowany.

KRAJEWSKIEMU na wzmiankę jego, że można drenować obie połowy kolana przez zrobienie drugiego przeciwotworu ze strony wewnętrznej kolana, B. odpowiada, że nigdy tego nie poważyłby się zrobić ze względu na przebiegające w tem miejscu duże pnie naczyniowe, tembardziej, że pozostawiony na stałe dren groziłby ciągle zgorzelą uciskanej przezeń ściany naczynia (zgadza się z tem i SZTEYNER).

Po zakończeniu dyskusyi B. reasumując zarzuty zaznacza, że koledzy oponenci wcale nie krytykowali logiczności nowego sposobu tylko 1) chwalili obecne sposoby, którymi niepodobna zadowolnić się i 2) przewidywali trudności znoszenia przez chorych położenia na brzuch, czego znowuż dowieść może tylko praktyka. [Autoreferat].

XIII. KAMIENSKI S, redaktor, przeczytał sprawozdanie Pamiętnika T. L. W. za r. 1901.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes: *T. Dunin.*

Sekretarz: *St. Kopczyński.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 Lutego 1902 r.

Przewodniczący **T. Dunin.**

Obecnych członków 68 gości 6.

**T r e ś ć:** **BIRO M.** — Przedstawienie przypadku choroby **ADDISON'a**.  
**ŻURAKOWSKI W.** — Przedstawienie chorego z rakiem niezwyklej formy na niezwyklej miejscu.  
**FLATAU E.** — Przedstawienie preparatów mikroskopowych z przypadku myasthenii, obserwowanej przez **S. GOLDFLAMA**.  
**STANKIEWICZ Cz.** — Przedstawienie preparatów z zakresu nephrectomii.  
**BRUDZIŃSKI J.** — „Przymiot dziedziczny u niemowląt“ jego rozpoznawanie, karmienie niemowląt, obarczonych tem cierpieniem.“

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. **PREZES** zawiadomił obecnych, że p. **General-Gubernator** nadesłał zatwierdzenie **PREZESA** i wice-prezesa **Towarzystwa** na ich stanowisku. O sekretarzu dorocznym ma nastąpić osobne zawiadomienie.

III. Do Biblioteki **Towarzystwa Akademia Medyko-Chirurgiczna** nadesłała 75 rozpraw doktorskich, a kol. **DZIERŻAWSKI** „Opis lecznicy Maksymilianowskiej“ i rocznik „Przewodnika zdrowia“.

IV. **Towarzystwo Chirurgiczne Petersburgskie** zawiadamia o jubileuszu prof. **M. WELJAMINOWA**.

V. **PREZES** zawiadamia, iż kol. prof. **KRYŃSKI** z Krakowa, członek korespondent **Towarzystwa**, przesiedlił się do Warszawy i został przez to samo członkiem czynnym.

VI. **BIRO** przedstawił przypadek choroby **ADDISONA**.

**G. H.**, lat 26, przybył do polikliniki d-ra **GOLDFLAMA** d. 6. II. 1902 r. ze skargą na osłabienie ogólne od roku i bóle tępe w łędźwiach i po nad niemi od 6 miesięcy. W 16 roku podobno dysenterya. Innych cierpień nie przechodził. Z rodzeństwa zdrowego. Od dysenterji wypróżnienia po kilka dni wolne lub zaparte. Od 10 lat cera ściemniała.

Budowa niezła, odżywianie mierne. Cera twarzy — brunatnawa z miejscami mocniej brunatnemi; dokoła oczu, pod oczami, na czole w pobliżu oczu pasmami zewnątrz i z góry ku dołowi i ku wewnątrz, na policzkach, na miejscu bokobrodów, na podbródku,



na uszach, zwłaszcza na brzegu zewnętrznym muszel. Mocno pigmentowaną jest szyja. Taką cerę, jak twarz, ma cała reszta ciała, i na tułowiu są plamy i pasma mocniej pigmentowane, miejscami prawie czarne. Takież pasma czarne od ramion ku pachom. Na kończynach górnych pigmentacja jest najmocniejszą na powierzchni wyprostnej, głównie na łokciach, na dolnej trzeciej przedramion, na dłoniach, głównie na palcach, potęgując się ku członkom paznogciowym. Paznogcie normalne. Brzuch jest mocniej brunatny, niż klatka piersiowa. Ciemną jest bardzo okolica dokoła odbytnicy, jeszcze ciemniejszą można oraz członek, głównie corpus. Na dolnych kończynach najmocniej pigmentowaną jest powierzchnia przednia, głównie okolica kolan. Na stopach pigmentacja jest słabsza, zwłaszcza na podszewkach. Palce nóg są sinawe i zimne. Żadnych zmian konsystencyj skóry. Wargi, dziąsła, twarde i miękkie podniebienie, łąki, gardziel — brunatno-różowe i zabarwienie to nie jest jednolite. Na dziąsłach miejsca około zębów są najciemniejsze; miękkie podniebienie, łąki, gardziel są mocniej brunatne, niż podniebienie twarde. Łącznice oczu są, jakby bradnawe. Gruczoły chłonne, kości, mięśnie nic szczególnego nie przedstawiają; może lekka patella natans dextra [po urazie niedawnym]. Siła gruba kończyny górnej każdej, mierzona dynamometrem — 30. Żrenice je lnakie, średnie, dobrze oddziałują na światło i przy akomodacji. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Wzrok, słuch, węch, smak dobre. Żadnych porażań języka i miękkiego podniebienia. Ruchy tułowia i kończyn dobre. Brak myastenicznego wyczerpania mięśni. W płucach, sercu, narządach brzucha nic nieprawidłowego nie wykryto. Może nieco bolesny wstrząs okolic lędźwiowych, zwłaszcza prawej. Odruch kolanowy może nieco słabszy na kończynie prawej [dotknięty jest staw kolanowy], niż lewej. Odruchy ze ścięgna ACHILLES'a dobre, obustronnie jednakie. Takimi są również odruchy kończyn górnych i skórne. Wszelkie gatunki czucia, włącznie ze zwykłym mięśniowym, prawidłowe. Może dno oczu z odcieniem brunatnym. Oddziaływanie elektryczne niezmienione. Tętno tak miękkie, że ledwo udziela się sfigmografowi, które wykazuje uniesienia fal b. niskie, a spadki powolne. T° 36°07. Kol. MUTERMILCH był łaskaw zająć się badaniem moczu, kału i krwi. Ilość dobową moczu — 146 ccm., cięż. wł. 1021, odcz. obojętn., Δ [punktom zamarzania] 1,85°. W kale nic nieprawidłowego. Krew cięż. gat. 1062, ilością czerw. ciałek 5735000, białych 5200 w 1 mm. sześć, zawartość hemoglobiny 108% według GOWERS'a.

P wykluczeniu malaryi, charłactwa rakowatego lub gruźliczego, pellagry, leukaemii, pseudoleukaemii, icerus gravis, diabète bronzé, cierpienia trzustki z zajęciem aparatów współczulnych brzusznych, melanodermii pozostało rozpoznanie choroby ADDISON'a.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na napotkany przy nim wstrząs bolesny okolicy lędźwiowej, ze względu na dane badania krwi i na zaburzenia kiszkowe, które w tym wypadku wystąpiły odmiennie, niż w dotychczas spostrzeganych przypadkach.

Wobec częstych zmian w nadnerczu przy chorobie ADDISON'a (88%) wstrząs bolesny w okolicy lędźwiowej może przypuszczać w danym razie cierpienie nadnercza. Ilość hemoglobiny była zwiększoną. Zwiększenia tego nie można kłaść na karb biegunek, gdyż te ustały przed 6 miesiącami. Zaburzenia kiszkowe zachodziły w porządku odwrotnym, niż zazwyczaj [zaparcie poprzedzone zostało przez biegunki]; kto wie, czy objawy te w danym razie należą do obrazu chorobowego i czy nie są raczej skutkiem przebytej dyzenterji. Wobec późnego wystąpienia wszelkich innych objawów po za zmianą zabarwienia skóry i błon śluzowych przypadek ten poucza, jak niepewne jest określenie czasu początku tego cierpienia, jeśli nie zachodzą zmiany pigmentacji.

Stosowano tabletki z nadnercza. Miały po nich ustąpić biegunki, które niewiadomo, czy należały do obrazu choroby ADDISON'a. [Autoreferat].

VII. ŻURAKOWSKI Witold przedstawił rzadki pod względem umiejscowienia i wyglądu nowotwór u 68-letniej kobiety, która przed kilku dniami zgłosiła się do Ż. o poradę z powodu narości na grzbiecie ręki prawej. Chora opowiadała, że koło Zielonych Świąt roku zeszłego zauważyła pośrodku grzbietu ręki prawej jakąś „krostkę“, która długi czas nie powiększała się i nie sprawiała dolegliwości; na jesień r. zeszłego krostka poczęła się rozrastać wszczeg, i, gdy koło Bożego Narodzenia już była narość wielkości połowy śliwki, pewnego razu, przy praniu bielizny w wodzie z ługiem, środek tej narości odpadł i na tem miejscu powstała blizna; krążek zaś nowotworowy szybciej od tej pory zaczął rosnać, nie sprawiając wszakże najmniejszych dolegliwości. Obecnie stau przedstawia się jak następuje: stan ogólny chorej jest całkiem pomysłny; na grzbiecie ręki prawej widać nowotwór kształtu zwiniętej w krąg kielbasy, grubej jak palec dużej ręki dorosłego; w środku zaś tego kręgu jest płaszczyzna bliznowa, nieco chropowata, z małemi wyniosłościami. Średnica zewnętrznego koła kręgu mierzy 8—9 ctm., średnica wewnętrznego 3—4 ctm. Nowotwór jest suchy, nie krwawi, nie rozpada się, nie boli; wyrasta wyłącznie ze skóry i jest przesuwalny. Sam wał nowotworowy jest w kilku miejscach porzewężany, pokryty jest bardzo cienką skórą, miejscami luszczącą się; barwa tej skóry nieco ciemniejsza niż otaczającej zdrowej; na tle tej ciemnawej skóry widać tu i owdzie, w sporej liczbie, przeświecające żółtawo szare plamki. Spoistość nowotworu jest twardawo-ciastowata; przy naciskaniu nowotworu

wyłaczają się zeń długie nitki szarawej masy, zupełnie jak z węgrów (comedones). Nowotwór wyraźnie odcina się od zdrowej, otaczającej skóry. Ruchy ręki i palców zupełnie zachowane. Gruczoły łokciowe nie wymacowują się; pod pachą czujemy kilka niebolesnych powiększonych gruczołów. Nowotwór nie przeszkadza chorej zajmować się, jak dawniej, praniem. Chora została zapisana na oddział chirurgiczny d-ra SAWICKIEGO z nieustalonym rozpoznaniem, które dopiero określono po zbadaniu mikroskopowym [dr Z. DMOCHOWSKI] wyciśniętej z guza zawartości. Znalaziono w niej mianowicie ciała perłowe (globes épidermiques) typowe dla raka skórniego. Kawałki tkanki nowotworowej będą również poddane badaniu drobnowidzowemu po operacji.

[Autoreferat].

VIII. FLATAU demonstrował preparaty drobnowidzowe z przypadku myastenii, obserwowanego przez kol. GOLDFLAMA. Przypadek ten dotyczył 34 l. służącego, u którego kol. G. stwierdził myastenię już w r. 1891. Wtedy to wystąpiły objawy paretyczne w górnych i dolnych kończynach, trudność w mówieniu i połykaniu, porażenie podniebienia miękkiego, gardzieli, mowa nosowa, osłabienie ruchów szczęki dolnej, szybkie męczenie się przy żuciu, obustronny lagophthalmus. Pareza wzmagala się aż do zupełnego porażenia w miarę wykonywania odpowiednich ruchów. Przez 5 lat następnych chory był zupełnie zdrow. W r. 1897 nastąpił nawrót myastenii, który trwał aż do śmierci w (w 1900 r.). W 1899 r. stwierdzono po za objami myastenicznymi, stłumienie na klatce piersiowej wraz z kaszlem i dusznością (tumor pulmonis dextri). Badanie pośmiertne wykazało lymfosarkomat prawego płuca. W układzie nerwowym makroskopowych zmian nie stwierdzono (z wyjątkiem piae matris cerebri wraz ze zmętnieniem wzdłuż jej naczyń). Mikroskopowo były zbadane, zarówno układ nerwowy ośrodkowy, jak i nerwy obwodowe i mięśnie. Rdzeń pocięto na oddzielne odcinki i zbadano, stosując metody NISSL'a, MARCHI'ego i WEIGERT'a. Badanie skrawków rdzenia pacierzowego, zabarwionych metodą NISSL'a, wykazało normalną budowę komórek. Liczba komórek nerwowych była zwykła i ich forma zewnętrzna nie wykazywała zmian najmniejszych. Zarówno ciało komórki nerwowej, jak i wyrostki protoplazmatyczne zawierały niezmiennione ciała NISSL'a. Również normalny wygląd miały jądra komórek. Skrawki rdzenia, zabarwione metodą MARCHI'ego wykazały również budowę normalną. Zwyródnień wtórnych z pewnością nigdzie nie było. Korzenie rdzeniowe pozostały nietknięte, zarówno w ich przebiegu zewnątrz — jak i wewnątrz rdzeniowym. Skrawki rdzenia zabarwione metodą WEIGERT'a nie wykazywały zmian żadnych. Pień mózgowy pokrajano w kawałki, stanowiące nieprzerwaną serię [od skrzyżowania piramid aż do jądra nerwu okoruchowego]

Sposób barwienia zastosowano przeważnie metodą NISSL'a, oprócz tego—metodą MARCH'ego. I tutaj również badanie drobnowidzowe nie wykazało najmniejszych zboczeń od budowy normalnej zarówno komórek, jak i włókien.

Oprócz tego zbadano w przypadku tym korę mózgową [metodą NISSL'a i WEIGERT'a). Do badań użyto następujących części kory: gyr. centr. ant. dexter, gyr. centr. post. dexter, gyr. front. inf. dexter, gyr. parietalis sup. dexter, gyr. centr. ant. sin., gyr. front. inf. sin., gyr. pariet. sup. sin., gyr. tempor. primus sin. Skrawki zabarwione metodą NISSL'a wykazały normalną budowę komórek. W skrawkach, zabarwionych metodą WEIGERT'a, stwierdzono najdelikatniejsze włókienka w powierzchniowych warstwach kory mózgowej.

Z nerwów obwodowych użyto do badania drobnowidzowego n. medianus sin., n.—peroneus sin. i n. ischiadicus sin. Na skrawkach, zabarwionych według metod MARCH'ego, WEIGERT'a i van GIESOW'a, stwierdzono budowę normalną. Z mięśni zbadano m. flexor antibr. dext., m. biceps dexter, m. deltoideus sin., m. soleus sin., m. quadriceps sin. W mięśniach tych znaleziono rozsiane ogniska [nacieczenia drobnokomórkowe], których budowa odpowiadała zupełnie ogniskom, które kol. GOLDFLAM stwierdził w lewym mięśniu naramiennym, wyciętym jeszcze za życia chorego (w 1898 r.). Ogniska te składają się przeważnie z jednojądrowych komórek, podobnych do ciałek limfatycznych. Jądra są przeważnie okrągłe. Ogniska mają wygląd gwiazd [na przecięciach poprzecznych] lub okrągławych, wrzecionowatych skupień [na przecięciach podłużnych]. Leżą one w istocie śródmiąższowej, ale z łatwością przekonać się można, że nacieczenie drobnokomórkowe przechodzi również na otaczającą tkankę mięśniową. Włókna mięśniowe wykazują w samych ogniskach zmiany zanikowe, po za tem jednak zmian wyraźnych nie stwierdzono ani na skrawkach zabarwionych metodą hematoksylinową, ani też—metodą MARCH'ego.

Mówca zwraca uwagę na prace WEIGERT'a i LAQUER'a, którzy stwierdzili w jednym przypadku myastenii narośl grasicy i skupienia drobnokomórkowe w mięśniach, uznane przez tych badaczy za przerzuty tegoż nowotworu. WEIGERT i LAQUER są jednak oględni w wyciąganiu wniosków z tego przypadku co do patogeny myastenii. Mówca sądzi również, że i w przypadku powyżej nakreślonym wykryte zmiany w mięśniach [stanowiące być może również przerzuty lymfo-sarkomatu] nie wyjaśniają nam istoty cierpienia. W ogłoszonej dotychczas kazuistyce znajdowano najrozmaitsze zmiany w komórkach, nerwach ruchowych, drogach piramidalnych [w części zwyrodnienia, w części zmiany rozwojo-

we]. Lecz istnieje cały szereg dokładnie zbadanych przypadków, w których badanie drobnowidzowe żadnych zmian nie wykryło.

[Autoreferat].

W dyskusji DOWNAROWICZ zaznacza, iż w kilku przypadkach choroby ERB'a były znalezione znaczne zmiany w naczyniach krwionośnych układu nerwowego i rozszerzenia aneurysmatyczne, zgrubienia ścianek naczyń, wybroczyny krwawe. GOLDFLAM w swojej pracy o danym przypadku wspomina, że makroskopowo zauważano przekrwienie mózgowia i zmętnienie opony miękkiej w kierunku naczyń. Zmiany te mają znaczenie wobec istnienia przypuszczenia, że chorobę ERB'a należy zdaniem niektórych zaliczyć do polioencephalitis sup. et inf. chronica lub subacuta.

Kilka przypadków z wynikami pozytywnymi badania nabiera większego znaczenia wobec niewielkiej liczby wykonanych sekcji wogóle. Tak, do 1898 roku ogłoszono około 46 przypadków choroby ERB'a, z których w 13 były zrobione badania drobnowidzowe; z pośród nich w 9 znaleziono większe lub mniejsze zmiany w naczyniach krwionośnych, w 4 zaś oprócz tego i w elementach nerwowych: zwyrodnienia korzeni nerwów czaszkowych, zmiany w komórkach nerwowych. W pracy DEJAINÉ'a i THOMAS'a, wydanej w zeszlórocznej Revue Neurologique opisane są zmiany w korze mózgowej, znaczne zwyrodnienie pęczków piramidalnych na przebiegu w pniu mózgowym; także zmiany w pęczkach piramidalnych były znalezione w przypadku ogłoszonym przez D. jeszcze w 1898 roku. W przypadku WIDAŁ'a i MARINESCO znaleziono zmiany w komórkach odpowiednich ośrodków nerwowych; spostrzegano klinicznie osłabienie w kończynach i tułowiu, a pośmiertne badania wykazały zwyrodnienie pęczków piramidalnych.

[Autoreferat].

STEINHAUS powiada, że przemówienie FLATAUA winno być uzupełnione co do 2 punktów. Ad. 1. Na sekcji chorego, omawianego przez FLATAUA, znaleziony został guz zdyagnozowany jako limfosarkomat przez prof. PRZEWOSKIEGO. Preparaty tego guza, niestety nie zostały zachowane, tak iż obecnie nie mamy możliwości porównania nacieczeń mięśniowych z owym guzem; nie możemy też z całą pewnością twierdzić, że one są przerzutami limfosarkomatu.

Duże prawdopodobieństwo wszakże istnieje.

Kiedy po raz pierwszy Sr. widział demonstrowane tutaj obecnie preparaty mięśniowe, o których zbadanie prosił GOLDFLAM, wyraził już przypuszczenie, że ma do czynienia z przerzutami nowotworowymi, nie wiedząc jeszcze o wyniku badania pośmiertnego płuc. Wykluczyć bowiem można było z całą pewnością zarówno zapalną jak i leukemiczną naturę nacieczeń, a pozostawało jedynie przypuszczenie guzków przerzutowych.

Informacje co do wyniku sekcji z jednej strony, a przypadek WEIGERT'a z drugiej, utwierdziły w tem przypuszczeniu.

Kwestya wszakże patologicznej anatomii i patogenezy myastenii nie pozostaje przez to posuniętą naprzód. Mikroskopowe przerzuty nowotworowe, znalezione w kilka lat po rozpoczęciu się choroby, nie mogą być brane w rachubę jako przyczyna objawów, które istniały prawdopodobnie już dawno, zanim owe przerzuty rozwijać się zaczęły.

Specyficznych więc zmian patologicznych, mogących wytłomaczyć powstawanie objawów myastenii, w danym przypadku nie znaleziono.

Ad. 2. Obok nacieczeń, o których wyżej mówiłem, znalazłem w mięśniach inne jeszcze zmiany, o których kol. FLATAU nie wspominał, mianowicie zmiany wsteczne — atrofię włókien i atroficzne bujanie jąder mięśniowych, dowodzące, że jednak myastenii pozostawia ślady w mięśniach, będących siedliskiem objawów chorobowych. [Autoreferat].

W. JANOWSKI zapytuje prelegenta, jakiego rodzaju białe ciała krwi spostrzegał w ogniskach pośród mięśni. Znane są wszak w literaturze przypadki myastenii, w których znajdowano mięsaki limfatyczne (lymphosarcoma) w płucach z przerzutami do różnych narządów. Dla takich nowotworów charakterystyczne są wyłącznie komórki jednojądrowe, t. zw. limfocyty. Gdyby więc wchodziły one w skład spostrzeganych przez mówcę ognisk w różnych mięśniach, przemawiałoby to raczej za tem, że ogniska te są przerzutami nowotworu. Nie wynika stąd bynajmniej przesądzanie wogóle patogenezы myastenii, choroby, zdaje się, wielopostaciowej i etyologicznie niejednolitej, ani nawet patogenezы danego przypadku; idzie tylko o ustalenie względne natury owych ognisk.

[Autoreferat].

FLATAU w odpowiedzi DOWNAROWICZÓWNI zaznacza, że przy terażniejszym stanie wiadomości o zmianach histopatologicznych w myastenii niepodobna określić patogenezы tego cierpienia. Znalezione dotychczas zmiany nie są, ani stałe, ani jednolite. Zboczenia w budowie komórek nerwowych nie posiadają znaczenia bezwzględnego. W odpowiedzi STEINHAUSOWI prelegent podkreśla ten fakt, że pomijając nieznaczne zmiany w mięśniach natury zanikowej, włókna mięśniowe zachowały swą budowę normalną. W odpowiedzi JANOWSKIEMU zaznacza, że nacieczenie drobnokomórkowe składało się przeważnie z komórek jednojądrowych. W obec braku badania drobnowidzowego znalezionej w tym przypadku nowotworu płuca, nie podobna twierdzić z absolutną pewnością, że ogniska w mięśniach stanowią przerzuty tego nowotworu.

[Autoreferat].

STANKIEWICZ Czesław przedstawia szereg preparatów anatomicznych i drobnowidzowych z zakresu nephrectomii.

**P r z y p a d e k I.** C., lat 17, niezamężna, dotąd nie miesiączkowała. Przybyła do szpitala z objawami pelvipéritonitis acuta na tle zakażenia rzeżączkowego. W kilka dni potem colpótomia posterior, która daje ujście dużej ilości ropy. We dwa tygodnie po zabiegu, część ropy znajduje drogę do odbytnicy, powstaje przetoka: część kału wydziela się przez pochwę. Po usunięciu pyosalpinx sin. na drodze pochwowej, stan chorej polepsza się, jakkolwiek przetoka kałowa trwa w dalszym ciągu. Mocz z domieszką ropy. W kilka tygodni potem nagłe pogorszenie, ze znacznym nasileniem gorączki. Cięcie brzuszne (30. XII. 1897) wykazuje obecność guza, leżącego pozaotrzewnowo na miejscu bifurkacji aorty brzusznej. Jest to nerka, znacznie powiększona, na powierzchni swej, pod otoczką, pokryta dużą ilością drobnych ropni. Nephrectomia transperitonealis; następnie wydzielenie S. romani ze zrostów, odszukanie przetoki [w dolnej części esicy] i zeszcycie jej szwem dwupiętrowym.

Powolne zdrowienie.

W 9 tygodni po ostatniej operacji gorączka do 38,4, bóle głowy, wymioty. Po 6 dniach utrata przytomności, oddech CHEYNE-STOKES'owski. Zejście na dziewiąty dzień od początku choroby.

Ogłędziny pośmiertne. Abscessus intraperitonealis [wielkości jaja kurzego, pomiędzy jelitami a ścianą brzuszną w związku z przetoką w powłokach]. Nephritis mixta drugiej nerki.

Preparat przedstawia typowy obraz nephritid. suppur. ascend.

**P r z y p a d e k II.** W następstwie wycięcia macicy raka watej u 39-letniej osoby [metodą kleszczykową], w 2 tygodnie po zabiegu powstaje przetoka moczowodowa prawa. W trzy miesiące potem nephrectomia [8. I. 1898. kol. KRUSCHE]; zabieg pochwowy, wobec nawrotu sprawy nowotworowej i innych warunków indywidualnych, byłby zbyt trudny i niepewny. Zdrowienie niepowikłane.

Jak w pierwszym przypadku, tak i w tym preparat przedstawia obraz nephrit. suppur. ascend. [prof. PRZEWOSKI].

**P r z y p a d e k III.** G., panna, l. 39, chora od 2 lat. Krwawienia z pęcherza moczowego od dwóch miesięcy. Prawa nerka znacznie obniżona, powiększona, nieruchoma, wrażliwa na ucisk. Lewa przy głębokim wdechu wyczuwalna cała, niepowiększona, niebolesna. Pollakinria nocturna. Białka w moczu 4,30/100, dużo nukleoalbuminy. Osad — prawie wyłącznie ropa. Gorączka do 38. Dreszcze. Cystoskopia trudna, wlać można ledwie 100

ctm.<sup>3</sup>. Śluzówka mocno przekrwiona. Prawego moczwodu odnaleźć nie sposób; lewe ujście szerokie, zięjące, otoczone fałdami śluzówki.

Badanie bakteryologiczne [bakteryoskopia, hodowle, szczepienia] dało wynik ujemny co do gruźlicy.

21. IV. 1901. Nephrektomia. Typowa gruźlica nerki [preparaty drobnowidzowe]. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

17. V. 1901. Ilość moczu 910 ctm.<sup>3</sup>. C. g. 1016  $\Delta$  = — 1,1<sup>o</sup> C. Wskaźnik POEHL'a 35,61. Praca nerki 11,65 [normalnie]. Azot 8,15. Mocznik 17,25. Chlorki 6,75.

Przypadek IV-ty. S., l. 39, chora od sześciu lat. Objawy przewlekłego zapalenia pęcherza. Bakteryologicznie — streptococcus longus turbidus BEHRING'a. Nerka prawa powiększona, opuszczona, wrażliwa na ucisk. W roku 1900 wytworzenie sztuczne przetoki moczowej—pochwowo-pęcherzowej [sposób PALLEN'a]. Ustąpienie objawów nieżyty pęcherza, bóle w okolicy nerki prawej bez zmiany. Wobec tego cięcie lędźwiowe, otwarcie ropnia nerkowego i miedniczek (Abscessus renis, Pyelitis purulenta). Nephropexia i nephrostomia dextra. Długotrwałe przepłukiwanie miedniczek nerkowych. Zeszytanie przetoki pęcherzowo-pochwowej. Na razie polepszenie, z biegiem czasu pogorszenie znaczne.

Przetoka nerkowa (po nephrostomii) wydziela dużo ropy, barwiącej opatrunki na niebiesko (bacillus pyocyaneus + streptococcus longus). Ilość moczu przez przetokę kilkakrotnie większa, niż na stronie lewej. Ciężar gatunkowy niemal jednakowy.

Ciężki stan chorej wymagał szybkiej decyzji co do dalszego postępowania. Ciągłe ropienie wyniszczało chorą, a przed usunięciem nerki zajęte należało sprawdzić, czy druga nerka w stanie jest przejąć na siebie pracę obydwóch. Przeprowadzono tedy szereg prób (badanie chemiczne, kryoskopia, próba ACHARD'a z błękitem metylenowym, próba z KJ), które wszystkie jednoznacznie wykazały, iż praca nerki chorej jest w stosunku do zdrowej bardzo niewielka.  $\Delta$  krwi = — 0,6<sup>o</sup> C;  $\Delta$  moczu z prawej nerki = — 0,3<sup>o</sup> C.  $\Delta$  moczu z lewej nerki = — 1,5<sup>o</sup> C. Praca nerki lewej [według POEHL'a] = 1,94; — nerki prawej 14,84 [normalnie]. Na mocy tych danych nephrektomia (29. V. 1901). Przebieg po zabiegu z początku gorączkowy. Pacjentka poprawiła się szybko; przybyło na wadze 8  $\mathcal{L}$ . Dotąd pozostaje mała przetoka w miejscu operacji. Wycięta nerka znacznie zmniejszona z powodu blizny podłużnej po cięciu sekcyjnym (przy nephrostomii). 2 ropnie wielkości orzecha laskowego. Drobnowidzowo—obecność komórek olbrzymich w tkance ziarninowej; zamało danych dla rozpoznania gruźlicy (prof. PRZEWOSKI). Bar-



wienie skrawków na laseczniki nie dało również wyniku. Badanie chorej w cztery miesiące po nephrectomii dało wynik następujący:  $\Delta$  krwi = — 0,578° C.  $\Delta$  moczu = — 1,105° C. Ilość 1120 ctm<sup>3</sup>. C. g. 1013. Białko circa  $\frac{1}{4}/_{00}$ . Praca nerki 25,59 [znacznie zwiększona].

Przypadki III i IV-ty zostały opracowane wspólnie z kol. Stanisławem SERKOWSKIM i będą szczegółowo ogłoszone.

W końcu S. przedstawia instrumentarium kryoskopiczne, a więc ciepłomierz BECKMAN'a, oraz bardzo prosty przyrząd do zamrażania moczu, pomysłu kol. SERKOWSKIEGO.

[Autoreferat].

PRUSZYŃSKI jest zdania, że gdyby prelegent w pierwszym przypadku dokonał katetyzacji moczowodów, niewątpliwie nie przystąpiłby do operacji nefrektomii i nie naraziłby się przeto na przykrą niespodziankę zejścia śmiertelnego chorej z powodu niedostateczności drugiej nerki. Takie przypadki zdarzały się niejednemu chirurgowi, stąd też należy przed operacją wycięcia nerki, zbadać mocz z obu nerek oddzielnie. Próby, przeprowadzone przez prelegenta w jednym z przypadków, dają bardzo cenne wskazówki; z nich niewątpliwie kryoskopia, a następnie próba floryzynowa są najpewniejsze. Próby barwnikowe zwłaszcza przy zastosowaniu błękitu metylenowego, również mogą być przydatne, o ile uwzględni się inne czynniki na nie wpływające i o ile w odpowiednich przypadkach będą stosowane. Najpierw błękit metylenowy który, jak wiadomo, wydziela się z ustroju per se lub jako chromogen, nie da wyników dokładnych w przypadkach zapalenia nerek, gdyż białko przy określeniu chromogenu, przy utlenianiu kwasem octowym i nagrzewaniu strąca się pochłaniając barwnik, a przy oddzielaniu białka za pomocą przesączania, znaczna część barwnika osiada na sączku.

Natomiast próba ta może wykazać nieprzepuszczalność nerki przy t. zw. niedostateczności funkcjonalnej, wzmożoną czynność nerek i różne klinicznie dotychczas nieuchwytnie objawy. Możliwość niedostateczności, peryodycznej, różnych typów wydzielania, wreszcie czynności wzmożonej, jak tego dowiodły badania F. MAJEWSKIEGO, dokonane na oddziale PRUSZYŃSKIEGO. Że próba z błękitem metylenowym daje wyniki nieraz niespodziewane, pozornie niecisłe, jest to tylko fakt, przemawiający za koniecznością nowych badań, uwzględniających zachowanie się tego barwnika przy cierpieniach innych narządów.

[Autoreferat].

JANOWSKI W. uważa za szczęśliwy zbieg okoliczności ten fakt iż wyniki badania kryskopowego oraz za pomocą błękitu metylenowego dały prelegentowi jednobrzmiące wnioski przed operacją. Dotychczasowe bowiem doświadczenie J. każe mu uważać metodę badania czynności nerek za pomocą błękitu metylenowego

za zupełnie niepewną. Przynajmniej spostrzegaliśmy raz on u młodego, zdrowego osobnika początek wydzielania się błękitu z moczem po 2-ch godzinach. Co do obaw St. przy wykonaniu prób z florydzyną, J. zaznacza, iż dziś jest w nauce powszechnym mniemaniem o nieszkodliwości podobnych badań. Cukromocz bowiem przy tych badaniach jest wyłącznie nerkowego pochodzenia. Mianowicie, florydzyzna rozkłada się w organizmie na floretynę, florozę, z których ta ostatnia przechodzi w nerkach w dekstrozę i, jako taka, zostaje z moczem wydalona. Znaczna ilość wydalonej przytem z moczem glukozy zależy od tego, że pozostała po rozszczepieniu się florydzyzny floretyna ma własność przyciągania do krwi węglowodanów i zamiany ich na florozę. Powtarza się to dotąd, aż ostatnia cząstka floretyny zostanie z organizmu wydaloną. Zład natężenie cukromoczu zależy od ilości wprowadzonej florydzyzny. Nie powstaje jednak przytem nigdy glikemia, niema więc niebezpieczeństwa zatrzymania się w ustroju produktów niedostatecznego spalania węglowodanów.

PRUSZYŃSKIEMU JANOWSKI powtarza, że nie przesądza, od czego zależą niedokładne wyniki doświadczeń z błękitem metylowym. Jest jednak faktem, że dziś opierać się na nich z dostateczną pewnością nie można. Z teorii działania florydzyzny wynika, jako prosta konieczność, że wywołany przez nią cukromocz musi być tem większy, im więcej florydzyzny wprowadzono do ustroju. Wyniki to wreszcie niezaprzeczenie ze znanych doświadczeń v. MELBINGA. Nikt chyba jednak nie wie z mych słów do dziś, aby ilość wydalonego przy tem cukru odpowiadała ilości odszczepionej od florydzyzny florozę, gdyż wprowadza się florydzyzny 1—2 grm., a cukru wydalą się przy tem nerki 40—100 grm. na dobę.

[Autoreferat].

W dyskusji PREZES zaznacza doniosłość badań kryoskopowych, wykazujących ciekawe fakty co do pracy zastępczej drugiej nerki. Te badania pozwalają nam nie tylko określić, że jedna nerka gorzej funkcjonuje, ale i to jakie jej części są dotknięte, a to opierając się na teorii LUDWIG — KORANYI'ego. Według tych autorów woda wydziela się wraz z Cl w kłębkach, dalej w kanalikach krętych następuje dyfuzja tego rodzaju, że Cl przenika do komórek kanalików krętych, a ztamtąd do moczu dostaje się mocznicz i t. p. W danym przypadku punkt kryoskopowy jest bardzo niski, co dowodzi, że z kanalików pierwiastki moczu wcale prawie nie dyfundują. W takich razach warto zawsze mocz chorej nerki badać na Cl., jeżeli teoria LUDWIG-KORANYI'ego jest słuszna, ilość Cl powinna być znaczna.

[Autoreferat].

STEINHAUS w dyskusji zaznacza, iż przypadek STANKIEWICZA, w którym przed nefrektomią dokonywane były dokładne badania ilościowe moczu, był istotnie doskonałym materiałem do spraw-

dzenia teorii L. o miejscach, w których pojedyncze składowe części moczu doń przechodzą.

Jeśli istotnie przy dużej stosunkowo zawartości soli mineralnych, a małej innych części składowych (moczniaka, mocznów i t. d.) kłębki okazały się zdrowymi, a przynajmniej zdrowszymi od kanalików krętych, mielibyśmy potwierdzenie tej teorii.

Rzecz wszakże ma się tu inaczej. St. przejrzał preparaty STANKIEWICZA i uderzyło go w nich szkliste zwyrodnienie wielkiej ilości kłębków—więc zajęcie tych części nerki, które w myśl teorii powinny być zdrowe. [Autoreferat].

STANKIEWICZ C., w odpowiedzi PREZESOWI, zaznacza, iż teoria KORANY'ego znalazła potwierdzenie w pracy BUJNIEWICZA (streszczonej w Nowinach lekarskich). Ilość chlorków w omawianym przypadku była określana b. dokładnie, tak z przetoki, jak ze zdrowej nerki. Ilość ta w obu razach była prawie jednakowa. Z PRUSZYŃSKIM S. podziela najzupełniej zdanie, iż nie wolno obecnie robić nephrectomii, zanim nie nabierze się przekonania, iż druga nerka jest czynnościowo normalna. Operacja w I-szym przypadku była wykonana przed pięciu laty. W owym czasie było jeszcze głucho o dyagnostyce czynnościowej każdej nerki oddzielnie.

Z JANOWSKIM S. zgadza się, iż próba ACHARD'a nie zawsze daje pewne wyniki. Stosował ją też równolegle z innymi, i nie opierał się wyłącznie na tej próbie, robiąc nephrectomię. Zresztą inna jest rzecz, gdy badamy mocz pochodzący z obydwóch nerek, inna zupełnie—gdy zbieramy mocz oddzielnie. W tym razie nie obchodzi nas, czy błękit wydzielać się zacznie po pół godzinie np., czy też po godzinie, ważną jest dla nas r ó z n i c a w czasie ukazania się przez jedną i przez drugą nerkę.

Próbę florydzynową S. zastosował u swej pacjentki, gdy z dzieła CASPER'a i RICHTER'a dowiedział się o zupełnej jej nieszkodliwości. Zresztą i ta próba nie jest bezwzględnie pewną, jak to wykazuje przypadek SCHAUTY (brak cukromoczu przy nerce zupełnie zdrowej). [Autoreferat].

BRUDZIŃSKI J. wygłosił odczyt p. t. „Przymiot dziedziczny u niemowląt, jego rozpoznawanie, karmienie niemowląt, obciążonych tem cierpieniem.“

Mówca podnosi na wstępie trudności, następczając się przy rozpoznaniu przymiotu dziedzicznego, zwłaszcza w braku dokładniejszych wywiadów, co w wielu wypadkach ma miejsce. Nawet postaci wyraźne jak *syphylis papulosa* — mogą wprowadzać w błąd. Jako dowód służyć może postać, opisana przez PARROT'a pod nazwą *syphilide lenticulaire*, której późniejsi autorowie—SEVESTRE, JACQUET—nie uznają za cierpienie przymiotowe (*dermatitis posterosiva papulosa*). B. zwraca uwagę na jeszcze jedną

postać, w jakiej objawia się przymiot dziedziczny u niemowląt, postać nieopisywaną w istniejących pracach o przymiocie dziedzicznym. Postać tą uznał za przymiotową KOZERSKI, obserwując przez czas dłuższy niemowlęta w Domu Wychowawczym, w dalszym ciągu obserwował niemowlęta pod tym względem DASZKIEWICZ i inni pracujący w Domu Wychowawczym między innymi i prelegent.

Postać ta przedstawia się w ten sposób: widzimy na poślaskach błyszczące nacieczenia czerwone, również czerwone błyszczące pięty, niekiedy podeszwy. Poza tem nader często niema innych objawów ani na skórze ani na błonach śluzowych. Że jednak przymiot dziedziczny występować może pod tą postacią, dowodu dostarczył fakt, iż podobne niemowlęta zarażały niekiedy mamki. I tu jednak występują trudności i błędy rozpoznawcze—niektóre niemowlęta przedstawiają zupełnie takie same objawy, które jednak znikają po paru dniach bez swoistego leczenia i bez żadnego innego leczenia tylko przy czystości, kąpielach i pudrowaniu. Prel. przytacza odpowiednie historye chorób dzieci obserwowanych przez czas dłuższy (do 8—9 miesięcy), mamki odpowiednio obserwowane również przez czas dłuższy, pozostały zdrowi. Na postać tę baczniejszą zwrócićby należało uwagę.

Z kolei B. przechodzi do kwestyi karmienia niemowląt obarczonych przymiotem dziedzicznym. Wobec ogromnej śmiertelności tych dzieci kwestya karmienia wysuwa się na plan pierwszy. Wszyscy autorowie przyznają zgodnie, iż jedynym ratunkiem dla takich dzieci byłoby karmienie piersią; WALTER-FREUND z kliniki CZERNY'ego chwali natomiast otrzymane przy sztucznem karmieniu wyniki. Karmienie piersią dzieci syfilitycznych napotyka jednak na ogromne trudności. Właściwie jedynie matka syfilitycznego dziecka może karmić swe dziecko lub dziecko innej matki syfilitycznej, które nie ma objawów przymiotu. Po za tem każda mamka wystawia się na niebezpieczeństwo zarażenia. Tak poważni wprawdzie pedyatrzy jak HENOCH i WIDERHOFER wypowiadają się za tem, że byleby tylko uprzedzić mamkę o możliwości zarażenia się, można jej dać dziecko rodziców syfilitycznych; niebezpieczeństwo zarażenia bowiem, jeżeli dziecko nie przedstawia objawów przymiotu na błonie śluzowej jamy ustnej, jest względnie niewielkie—młodzi jednak autorzy są daleko ostrożniejsi—dopnszczają jedynie myśl karmienia niemowląt rodziców syfilitycznych przez mamki syfilityczne. Prel. zwraca uwagę na tę ostatnią kwestyę, tą drogą bowiem uratowałoby się wiele niemowląt, inaczej skazanych prawie niechybnie na śmierć.

Prel. kilkakrotnie zaznacza, że do poruszenia kwestyi rozpoznania przymiotu dziedzicznego i karmienia niemowląt syfilitycznych skłoniła go chęć wywołania dyskusyi i wyświetlenia tą

drogą niektórych kwestyi spornych, prel. pragnąłby więc, by odczyt jego zrozumianym był przez słuchaczy jedynie jako pobudka do dyskusyi nad poruszonym tematem. [Autoreferat].

Dyskusyę nad odczytem BRUDZIŃSKIEGO postanowiono odłożyć do następnego posiedzenia.

Dalej PREZES zawiadomił, że na jego ręce złożono podanie, podpisane przez 12 członków Towarzystwa, w sprawie zmiany godziny rozpoczynania posiedzeń z 7-ej na późniejszą. PREZES nadmienia, że wniosek ten będzie rozpatrywany w zarządzie, a głosowanie odbędzie się na 4-em z rzędu posiedzeniu.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes *T. Dunin*.

Sekretarz *S. Kopczyński*.

Posiedzenie kliniczne z d. 25 Lutego 1902 r.

Przewodniczący prezes **T. Dunin**.

Obecnych członków 71 i gości 7.

**T r e ś ć:** KOPYTOWSKI W.—przedstawienie chorej z przymiotem guziczkowatym pełzącym skóry;  
LANDAU H.—przedstawienie preparatów malaryi złośliwej;

Dyskusya nad odczytom J. BRUDZIŃSKIEGO „Przymiot dziedziczny. Jego rozpoznawanie. Karmienie niemowląt, obarczonych tem cierpieniem.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. PREZES powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: LIPIŃSKĄ, WEJSBERG, St. KIJEWSKIEGO, L. GÓRSKIEGO, K. PODGÓRSKIEGO, St. COHNA i POLAŃSKIEGO.

III. Do biblioteki Towarzystwa Fr. NEUGEBAUER, nadesłał 11 tomów LANCETA i St. KOPCZYŃSKI odbitkę ze swej pracy „O nowotworach i ropniach mózgowia.“

IV. KOPYTOWSKI W. przedstawia przypadek przymiotu guziczkowatego skóry (*syphilis tuberculosa cutis serpiginosa Gumata cutis*).

Chora kobieta lat około 32 wynędzniała przybyła do szpitala Ś-go Łazarza d. 22, II. 02.

Leczyła się w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie około 4-ch miesięcy i wypisała się z niego bez objawów choroby. Wkrótce potem wyszła za mąż i miała troje dzieci, ostatnie przed półtora rokiem. Dzieci żyją, i jak utrzymuje chora, stan ich zdrowia jest zupełnie pomyślny.

Powrót choroby (przymiotu) rozpoczął się przed rokiem na skórze prawej piersi pod postacią małych czerwonych guziczków. Choroba zwolna szerzyła się z przodu tułowia, tworząc nacieki, powstałe ze zlania się oddzielnych guziczków, układających się w postaci odcinków koła. Obecne nacieki są szerokości od  $\frac{1}{2}$ —2 ctm. i dochodzą do 20 ctm. długości; powierzchnia ich w wielu miejscach się rozpada, wytwarzając powierzchniowe owrzodzenia w wielu miejscach pokryte strupami. Nacieki w wielu miejscach bądź to zachodzą jedne na drugie, bądź to przecinają się pod różnymi kątami, tak że otrzymujemy gzygzakowate formy wykwitów, podobnie jak to może mieć miejsce przy łuszczycy.

Nacieki te umiejscawiają się przeważnie pod obojczykami, na piersiach i na całym mostku. W dolnej części brzucha znajdują się oddzielne dwa nacieki dość szerokie (do 2-uch ctm) i około 8 ctm. długości pokryte strupami. Na plecach, na lewym ramieniu i przedramieniu widać obszerne, nieprawidłowych konturów blizny. Gruczoły chłonne na szyi i pod pachami silnie obrzmiałe; inne gruczoły chłonne słabo obrzmiałe.

*Factor ex ore*; powierzchniowe nadżerki na języku; jakby oddzielne afty.

Przypadek ten o tyle jest ciekawy, że w okresie dziesięcioletnim do powtórzenia się choroby chora była pozornie zdrową i urodziła troje zdrowych dzieci.

Dalej należy zauważyć, że rzadko zdarzają się podobnie ciężkie i zaniedbane postaci przymiotu w naszym kraju, gdzie pomoc lekarska jest szeroko rozwiniętą [gub. Radomska].

Rokowanie przy tej postaci przymiotu jest względnie pomyślne. Leczenie mieszane t. j. wcieranie szaruchy z jednoczesnym użyciem jodku potasu (około 2 gr. na dobę) do wewnątrz, z leczeniem miejscowym wykwitów za pomocą przylepu rtęciowego, daje zazwyczaj usunięcie objawów choroby w ciągu 4—6 tygodni.

[Autoreferat].

V. LANDAU H. demonstrował preparaty malaryi złośliwej i uzupełnił swą demonstrację odpowiednim przemówieniem.

Po nakreśleniu różnic klinicznych, zachodzących pomiędzy łagodną, a złośliwą postacią malaryi, L. zaznaczył różnicę etyologiczną czyli różnaitość pasorzytów, wywołujących jedną i drugą postać zimnicy; niemniej różne są pasorzyty, wywołujące ten

lub ów typ [trzeciaczka. czwartaczka] malaryi łagodnej [wiosennej] za czem przemawiają różnice biologiczne resp. morfologiczne pomiędzy tymi pasorzytami, jakoteż fakt, że przy przeszczepianiu malaryi z człowieka chorego na zdrowego otrzymujemy zawsze ten typ malaryi, na jaki cierpiał osobnik, którego krew była szczepioną. Przedstawiwszy dalej ogólny typ rozwoju hemospordyi wewnątrz ludzkiego czerwonego krążku krwi, L. zastanowił się głównie nad znaczeniem jednej z form pasorzytów malaryi złośliwej [letnio-jesiennej], a mianowicie półksiężyców. Do wyjaśnienia stanowiska tej formy pasorzyta zimniczego, uważanej do niedawna przez większość autorów za formę degeneracyjną, niezdolną do dalszego rozmnażania się, a tem samem przeznaczoną do zaginięcia, przyczyniły się ostatnimi czasy 2 okoliczności: 1) dokładne poznanie sposobu rozmnażania się kokcydy i 2) poznanie środowiska, w którym żyją i rozwijają się hemospordye po za ustrojem ludzkim.

Badania SCHAUDINN'a, SIEDLECHIEGO, SIMOND'a i in. nad sposobem mnożenia się kokcydy, wiodących zazwyczaj żywot pasorzytniczy w komórkach nabłonkowych kanału pokarmowego jakoteż w wątrobie królików oraz myszy, wykazały, że przechodzą one podwójny cykl rozwoju: 1-szy polega na tem, że jednokomórkowy ten ustrój otarbia się, poczem zawartość tej cysty (*oocysta*) dzieli się [drogą mitozy] na pewną liczbę części—zazwyczaj 4, przedstawiających sobą sporoblasty, te zaś przeistaczają się następnie w sporocysty, i wreszcie w sporozoidy, czyli w młode organizmy, zdolne znów do wtargnięcia do jednej z komórek swego gospodarza, według 2-go zaś typu ciało kokcydy dzieli się wprost bez uprzedniego otorbienia na pewną liczbę ciałek sierpowatych, które też stanowią sporozoidy. Pierwszy typ mnożenia się kokcydy nazwano sporogonią (ciało dzielące się — sporont, wytwarzające się zaś młode organizmy — właściwe sporozoidy). drugi zaś—schizogonią (ciało dzielące się—schizont, powstające zaś zeń młode organizmy—merozoidy). Dalsze badania wykazały, że mnożenie się według typu sporogonicznego poprzedza zawsze kopulacja czyli akt płciowy, wielce zbliżony do takiegoż aktu, mającego miejsce u ustrojów wyższych (*metazoa*). Po zróżniczkowaniu się mianowicie dojrzałych kokcydy na osobniki żeńskie (*makrogamety*) i męskie (*mikrogametocyty*) i po wytworzeniu się z tych ostatnich drogą dzielenia się mikrogametów, odbywa się sam akt płciowy w ten sposób, że osobnik męzki (*spermoid*) wnika wewnątrz osobnika żeńskiego (*ooidu*), z połączenia zaś tego powstaje copula, której zawartość dzieli się, jak to było opisane powyżej.

Takież sam bimorfizm czyli podwójny cykl mnożenia się właściwy jest hemospordydom należącym wraz z kokcydami do

gromady sporozoa klasy pierwotniaków (*protozoa*); te ostatnie różnią się wszakże tem od kokcydy, że gdy u kokcydy zarówno schizogoniczny, jak i sporogoniczny cykl mnożenia odbywa się w ciele jednego i tego samego gospodarza (nabłonek przewodu pokarmowego królika), u hemosporydy cykle te odbywają się w różnych gospodarzach, a mianowicie: cykl schizogoniczny wedle typu przedstawionego w czerwonych krążkach krwi człowieka, cykl zaś sporogoniczny w ustroju moskitów (*anopheles*), za pośrednictwem których możliwym jest jedynie dostawanie się pasorzyta malaryi do krwi człowieka. Rozwój sporogoniczny hemosporydy w ciele (kanale pokarmowym) moskita obserwowali bezpośrednio: Ross odnośnie do pasorzyta malaryi ptasiej (*proteosoma*), GRASSI zaś, CELLI i in. potwierdzili toż samo odnośnie do pasorzytów malaryi ludzkiej. Otóż z tego stanowiska należy uważać półksiężyce, spotykane w krwi ludzkiej przy malaryi złośliwej za osobniki niezdolne już do dalszego bezpośredniego rozmnażania się we krwi ludzkiej), które jednak po dostaniu się do ustroju moskitu (gdy ten wysię krew ludzką) podlegają kopulacji i mnożą się według typu sporogonicznego, innemi słowy są to osobniki (makrogamety resp. mikrogametocyty), przeznaczone do zachowania rodzaju poza ustrojem ludzkim.

Przytoczywszy następnie pochodzenie przypadków przedstawionych, L. opisał dalej technikę badania krwi na pasorzyty malaryi [rozpostarcie cienkiej warstwy krwi, wziętej z palca lub z ucha chorego, na szkiełku pokrywkowym, utrwalanie za pomocą wysokiej temperatury lub w absolutnym alkoholu, następnie podwójne barwienie eozyną oraz błękitem metylenowym lub też metodą ROMANOWSKIEGO, polegającą na zmieszaniu ze sobą w odpowiednim stosunku nasyconego w cieple roztworu błękitu metylenowego z roztworem eozyny, z której to mieszaniny wydziela się 3-ci barwnik chromatynowy. [Autoreferat].

W dyskusyi DĄBROWSKI W. zaznacza, że pomimo iż przez szereg lat zajmował się badaniami krwi chorych na malaryę, i nawet, badał takich chorych, którzy przyjechali z Kaukazu, to jednak podobnych form w swych preparatach nie znajdował. D. przypomina, że już w swej monografii wyrażał powątpiewanie, ażeby nasza postać malaryi i podzwrotnikowe były identyczne.

PREZES podnosi, że u nas u chorych na malaryę, pasorzytów złośliwej malaryi — owych półksiężyców nigdy nie znajdował. W Galicyi jednak je znajdowano. Dalej PREZES podaje w krótkości historię choroby owych chorych, u których LANDAU znalazł pasorzyty i zaznacza, że półksiężyce znajdowano nawet wtedy, kiedy chory napadów nie miał. U chorych z naszych stron nawet nietypowe postacie malaryi nie są bynajmniej malaryą złośliwą. Dalej PREZES podnosi znaczenie badania krwi na plasmodye, jej łatwość [ruch barwnika na świeżych niebarwionych



preparatach bardzo widoczny]. W końcu PREZES wspomina, że u nas za często bywa rozpoznawana malarya, bo znajdują niektórzy lekarze świeże przypadki malaryi nawet w tym czasie, kiedy o moskitach, przenoszących chorobę nie może być mowy.

VI. W dyskusji nad odczytem S. BRUDZIŃSKIEGO zabrał głos najpierw KOZERSKI, który w krótkości najpierw streścił odczyt B. Pedyatra, prowadzący oddział niemowląt—podrzutków, między innymi przechodzi wzruszenie w dwóch kierunkach. Raz, trapi go widok szeregu mamek, dotychczas tryskających zdrowiem, zarażonych przymiotem od niemowląt. Zdważy wtedy czujność w oglądaniu niemowląt, staje się więcej podejrzliwym w szukaniu u nich przymiotu i większą ich liczbę odstawia od piersi mamek. Przeniesione do oddziału dla podejrzanych o przymiot z pomocą sztucznego karmienia prędko kończą tam swój żywot. I wtedy lekarz staje wobec drugiej troski, z niepokojem patrzy na statystykę śmiertelności i rodzi się w nim wątpliwość, czy nie zawiele noworodków odsyła do sali syfilitycznych, czy niejedno niemowlę, wysłane tam z powodu objawów, budzących obawy co do natury przymiotowej, nie jest wolnem od przymiotu, czy jednym słowem rozpoznanie było dobrze postawione. I znów zmniejsza liczbę dzieci podejrzanych, niejedno z tych, któreby dawniej uznał za takie, pozostawia przy piersi mamki, dopóki nowa seryą zakażeń nie wywoła nowego popłochu. O ile dyagnoza jest pewną, wątpliwości co do tego nie is nieją, że dziecko należy odstawić od piersi. Jak więc tę pewną dyagnozę postawić?

O wywiadach, powiada B., w domu wychowawczym niema mowy. K. zgodziłby się na to tylko po części. Istnieje bowiem pewna odsetka dzieci, których pochodzenie jest wiadome. Należą tu 1) niemowlęta t. z. „salowe“ t. j. takie których matki, złożone chorobą, leżą w innym oddziale szpitalnym. Te niemowlęta, o ile K. wiadomo, przybywają do domu wychowawczego, nieopatrzony w żadne dane co do zdrowia matki. Zdaniem K. należałoby wyjednać, ażeby obowiązkowo takiemu dziecku towarzyszyły dane co do zdrowia matki, a także i wyniki oględzin pacyenta, jeżeli niemowlę pochodzi z instytutu położniczego lub którego z przytułków. Ostrzegłoby to przed niejednym niebezpieczeństwem zarażenia. ZILLES ogłosił 3 przypadki, w których matki były syfilityczne, *placenta materna*, *foetalis* i kawał pępownicy wykazywały wybitne zmiany syfilityczne, płody zaś zostały powite jako prawidłowo donoszone dobrze odżywione bez najmniejszych oznak przymiotu, na które doktor napróżno czekał tygodnie całe. W podobnych razach oględziny łożyska ostrzegłoby przed niebezpieczeństwem i zakwestyonowałyby złudzenia co do zupełnego zdrowia noworodka, oparte na czasowym braku widocznych objawów.

2) Należą tu niemowlęta, których matki wstępują jako mamki do Domu Wychowawczego i mogą być szczegółowo zbadane.

3) Wreszcie dzieci, oddawane przez rodziców lub protektorów do Domu Wychowawczego. Co do tej kategorii, zdaniem K., winien być zaprowadzony zwyczaj, ażeby oddawca podpisywał szematyczną deklaracją, mocą której zobowiązywałby się ponieść wszelkie koszta na wypadek, gdyby dziecie okazało się zaraziło przymiotem i gdyby mamkę zaraziło. Rodzice bowiem wiedzą o swej chorobie i groza przed możliwymi kosztami zmniejszyłaby ich pochopność do umieszczania w Domu Wychowawczym zarażonego dziecka. A przypadki takie, należące do wszystkich trzech kategorii, K. pamięta.

Tyle co do wywiadów.

Po dane dyagnostyczne zwraca się tak prelegent do podręczników i znajduje w nich jako oznaki przymiotu niemowląt *Exanthema vaculosum, papulosum, tuberculosum, pemphigus, coryza, pseudoparalysis* PARROT'a i rozlane stwardnienie skóry, opisane między innymi i przez kol. RABKA etc. O ile lekarz ma z takimi objawami do czynienia, dyagnoza jest pewną i niewątpliwą. Lecz po za tymi objawami istnieją inne, nie dające zupełnie pewności co do ich natury przymiotowej. Jest to wysypka, nazwana przez PARROT'a *syphilide lenticulaire*, a przez JACQUET'a *Erythema, dermite* lub *syphiloide post-érosive*. Podręczniki pedyatryczne podobno bardzo mało o niej mówią. A jednak ta właśnie wysypka przedstawia największe trudności dyagnostyczne i ona to właściwie stanowiła treść odczytu B.

JACQUET opisuje wysypkę, opisaną na zjeździe krakowskim przez B., w sposób następujący. Umiejscowiona najczęściej na pośladkach, mniej i rzadziej na tylnych powierzchniach ud i łydek, wysypka występuje w postaci rumieńca, w granicach którego skóra jest zrazu gorąca, wiśniowo czerwona, obrzękła, błyszcząca, jak lakierowana. (*Dermite érythémateuse simple*). Jeżeli powierzchnia pokryje się łuską—będziemy mieli do czynienia z *Dermite érythémato-squameuse*, jeżeli drobnymi, czasem od łebka szpilki drohniejszymi pęcherzykami—*D. é-o-vésiculeuse*, jeżeli wystąpią bardzo drobne okrągłe lub wielokątne guziki, z małą kropką w środku nadżerką, czerwone lub brunatnawo świecące—zowie je JACQUET *Er. papuleux posterosive*—PARROT zaś *syphilide lenticulaire*. Wreszcie *dermite ulcéreuse* nazywa JACQUET przypadki, w których na pośladkach lub piętach doszło do głębokich, czasem zajmujących i kość, owrzodzeń.

Jako dowody nieswoistości tych dermatoz JACQUET, a za nim B., przytaczają: a) że wysypka taka bez leczenia przechodzi. B. cytuje też przypadki z warszawskiego Domu Wychowawczego,

w których, wysypka uznana przez K. za podejrzaną co do przymiotu, znikła bez leczenia swoistego, ażeby, więcej nie wrócić. Czegóż to dowodzi? Wszak niema takiego objawu syfilisu, nie wyłączając nawet owrzodzonych gumiaków, które nie byłyby w stanie samodzielnie zgoić się lub zniknąć. Wszak każdy syfildolog, spodziewając się wysypki u pacjenta, zapowiada mu, ażeby przedstawił się zaraz po ukazaniu się jej, bo czasem już po kilku dniach znika. Ten więc argument nie dowodzi niczego.

b) Dalej JACQUET i B. spostrzegali niemowlęta z podobnem<sup>i</sup> wysypkami, które mamek nie zarażały. Zdaniem K. argument ten też nie wytrzymuje ścisłej krytyki. K. zna przypadek, w którym prostytutka w 2 miesiące po przebyciu swoistego leczenia w szpitalu Ś-go Łazarza, gdzie zanotowano obfite wczesne objawy przymiotu zgodziła się na mamkę do zdrowego dziecka, karmiła je przez szereg tygodni, dopóki nie została zdemaskowaną przez policję i odsuniętą od dziecka. Niemowlę, obserwowane jeszcze przez 4 lata, pozostało nadal zupełnie zdrowe. Jeżeli mamka we wczesnym okresie przymiotu nie zaraziła dziecka, może też i *vice versa* dziecko syfilityczne nie zarazić i mamki. Objasnia nam to porównanie, użyte przez FINGERA. Dopóki panowała teoria patologii humoralnej, sądzono, że każda kropla płynów, pochodzących od zarażonego organizmu, musi zawierać zarazę. Tak każda kropla wody, nasyconej cukrem, cukier zawiera. Od czasów jednak, kiedy wyobrażamy sobie, że podstawą przymiotu są prawdopodobnie bakterye,] ciała, mogące, przejść w zawiesziny, lecz nierozpuszczalne, rzecz przedstawia się inaczej. Stan wydzielin ustroju zarażonego jest podobny wtedy do wody, w której zbełtano pył węglowy. Od ilości pyłu zależy, czy w każdej kropli znajdzie się węgiel. Można jednak niejedną kroplę zacerpnąć, wolną od węgla — w szklance, wolną od zarazków we krwi lub ślinie. To mu tłumaczy przypadki niesporadyczne, w których oboje syfilityczni rodzice płodzą dziecko zdrowe, choć następnemu już przymiot przekazują. Czy można fakt ten zużytkować jako dowód tego, że rodzice wolni są od przymiotu?

c) A dalej kol. B. twierdzi, że dzieci pozostały w dalszym ciągu bez objawów? Wszak istnieje *lues hereditaria tarda*. W domu wychowawczym istnieje oddział, w którym wznastają dzieci od lat dwóch do 14-tu. Pomędzy niemi niejedno ma nieznaczne ślady chorób kośćca, u niektórych K. zualazł wyraźne objawy późnego przymiotu. Czy te dzieci nie były kiedyś uważane za zdrowe, bo nie zdradzały swoistych objawów, dopóki choroba nie zamaifestowała się, choć późno? Czy nie taki sam los czeka niemowlęta, dopiero co przez kol. B. przytoczone?

d) Dalej *dermatitis posterosivus* ma powstawać pod wpływem drażnienia przez kal i urynę, ma też pod wpływem czystości i przy

obojętnem leczeniu przechodzi w kilka dni do dwóch tygodni. Jak wygląda sztuczne podrażnienie skóry, ażeby to wiedzieć, wystarcza elementarne doświadczenie. Lecz kto zna te drobniutkie błyszczące nadżarte guziki, o których tu mowa, ten musi wynieść wrażenie, że te dwie sprawy nie mają nic ze sobą wspólnego. To też już JACQUET twierdzi, że wysypka ta zjawia się nieraz przed zaburzeniami w kiszkiach i może jeszcze długo po nich pozostać. A więc nie pochodzi od drażnienia zewnętrznego. JACQUET uważa wysypkę za odruch naczynioruchowy, wywołany przez podrażnienie kiszki lub przez inne przyczyny, jak żąbkowanie.

Przytaczając badanie Menabema HODARY nad anatomią patologiczną *Erytheme papuleux posterosive*, JACQUET zażytkowuje je do swego tłumaczenia sprawy. Tymczasem, jeżeli wogóle można by było stawiać rozpoznanie anatomo-patologiczne przymiotu, to czy możnaby znaleźć coś bardziej za nim przemawiającego, jak *endoarteritis* z bujaniem *endo-i perithelimum*, jak to znalazł HODARA? Boć wszak syfilis jest przedewszystkiem chorobą naczyń i właśnie wspomniane zmiany wywołuje.

Jeżeli się do tego wszystkiego jeszcze doda, że w dziale terapii JACQUET, między innymi przepisuje kąpiele sublimatowe, to K. wydaje się wątpliwem, czy J. i B. dostarczyli niezbitych dowodów nieprzymiotowej natury tych cierpień.

Że istnieją podrażnienia sztuczne skóry niemowląt, o tem nikt nie wątpi. Lecz czy można bezpiecznie uważać każde niemowlę, dotknięte jedną z przez J. opisanych wysypek, za wolne od przymiotu, K. bardzo wątpi. Już J. przyznaje, że *Erythema squamosum* jest trudno, „czasem niepodobna“ odróżnić od rozlanych łuszczących się nacieków syfilitycznych pośladków, stóp i dłoni. A więc co z nimi począć? Jak je odróżnić, jeżeli są nie do odróżnienia? Czy podobna mieć tak subtelny dotyk, ażeby w celu różniczkowej dyagnozy rozróżnić „zwykły soczysty zapalny guzik od twardego syfilitycznego?“ Zwolennicy J. nawet przyznają wszyscy, że rozpoznanie jest nadzwyczaj trudne. Jeżeli się do tego doda, że Dom Wychowawczy dostarczył przykładów, jak drobne zrazu nacieki lub guziki rozrastają się w wielkie, natury przez nikogo nie podawanej w wątpliwość, jeżeli się widzi mamkę, zarażoną przez niemowlę, u którego nawet autopsya nie stwierdzi nic innego oprócz ledwie dostrzegalnych, choć niemniej charakterystycznych nacieczek pięt lub pośladków lub drobno-guzikowatej wysypki, to nie wyda się przesadną żadna ostrożność w tym kierunku. Do niej też i J. zagrzewa, radząc, ażeby tylko matka karmiła takie dziecko. K. przypomina tym kolegom, którzy od niejakiego czasu znają materyał warszawskiego Domu Wychowawczego, niemowlę, któremu kol. ŚMIECHOWSKI niszczył naczynia za

pomocą elektrolyzy. Było to doskonale rozwinięte i odżywione dziecko, co do którego K. wyraził podejrzenie w kierunku przymiotu na zasadzie bardzo subtelnego nacieczenia pięt. Koledzy oponenci odzywali się z ironią o notatce. I K. pamięta wrażenie tychże kol., gdy dwie daty później wśród typowego brunatno-czerwonego nacieczenia powstały dwa wielkie głębokie owrzodzenia na obu piętach. Ten też przypadek wśród wielu innych przeczy twierdzeniu J., jakoby owrzodzenia takie zdarzały się tylko u dzieci kachektycznych.

Wracając do sprawy podręczników pedyatrycznych, być może, że powyższe zmiany zbyt mało są w nich uwzględnione. Nie można jednak tego zarzutu postawić podręcznikom dermatologii. O wyżej opisanej drobnoguzikowej wysypce pisze PARROT, MAURICE YADASSOHN etc. O „charakterystycznym jak atlas błyszczącym nacieczeniu stóp lub dłoni“ mówi KAPOSÍ, HOCHSINGER, NEUMANN, BESMER i inni. Te to wszystkie podręczniki obok typowych przypadków uznają i niemożliwe do rozpoznania, a więc tylko podejrzane — i takie muszą być odstawione od piersi kobiecej. Ażeby zaś nie ginęły bez piersi kobiecej rada jest na to inna. Podobno ustawa szpitalów nie zezwala na utrzymywanie mamek syfilitycznych. Należałoby, zdaniem K., wyjednać zmiany ustawy w tym kierunku, i dać niemowlętom bez wątpienia syfilitycznym mamki z wczesnym przymiotem, rezerwując znajdujące się w późnym okresie przymiotu dla dzieci o przymiot tylko podejrzanych. Te ostatnie bowiem, o ile okazałyby się nie syfilitycznymi, od takich nawet (z *lues tarda*) choroby nie nabędą i nie udzielą też jej, jeżeliby się okazały syfilitycznymi. Taki jest jedyny, zdaniem K., radykalny sposób zaradzenia zbytnej śmiertelności niemowląt, pozbawionych piersi — z jednej strony i ograniczenia liczby zarażeń mamek, która w Warszawskim Domu Wychowawczym stosunkowo nie jest wielka, choć prawdopodobnie nigdy do zera nie spadnie, jak długo nie będziemy mieć środka do wykrycia ukrytego przymiotu.

[Autoreferat].

Kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ zwraca uwagę na ważność przedmiotu, poruszonego przez prelegenta i za zasługę mu poczytuje to, że nie czytał, a mówił, co za przykładem nielicznych, jak dotąd kolegów, powinniśmy się starać, w miarę możliwości naśladować. Odczyt kol. BRUDZIŃSKIEGO stracił wprawdzie przez to na jasności, że jednak celem jego, jak to prelegent zaznaczył, było nie przedstawienie jakiejś skończonej pracy, a tylko wywołanie dyskusji dla wyświetlenia przedmiotu, zarzut ten traci na znaczeniu.

Wobec ważności przedmiotu i nowych spostrzeżeń, porobionych na licznych materyale Warszawskiego Domu Wychowawczego, kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ pozwala sobie na streszczenie swych

wniosków, tembardziej, że sprawą poruszoną przez kol. Br. od lat kilku się zajmuje.

Brzmia one mniej więcej tak: 1) rozpoznanie wczesnych okresów przymiotu dziedzicznego (*lues hereditaria recens*) jest z jednej strony bardzo ważne, a z drugiej — do łatwych rzeczy nie należy, 2) typowe objawy przymiotu dziedzicznego wczesnego (*roseola*, *papulae*, *psoriasis palmarum et plantarum*, *condylomata* etc.) i w zupełności ułatwiające rozpoznanie, należą w W. Domu Wychowawczym do względnie rzadkich zjawisk, 3) natomiast, pewien typ błyszczących i jakby polakierowanych [szczególniej z polyskiem jedwabistym, lub woskowym] podeszew stopek, lub piątek, zwłaszcza z wyraźnemi nacieczeniami na piętkach i małymi guziczkami z powodu nacieczenia na podeszwowej stronie palców powstałymi, należy uważać za wielce podejrzany objaw w szczególności, jeśli się on utrzymuje mimo kilkakrotnie stosowanych kąpeli higienicznych.

Objaw ten należy do najczęstszych z pomiędzy spostrzeganych przez mówcę.

4) Do wielce podejrzanych w tym sensie należy często spotykany przez kol. KORYBUT-DASZKIEWICZA objaw, a polegający na zjawianiu się u niemowląt czerwonych, błyszczących nacieczeń na skórze pośladków. Znaczenia ważnego nabiera ten objaw, jeśli utrzymuje się mimo zachowania czystości u dziecka i zastosowania takich środków, jak np. ciasto cynkowe.

5) Względnie rzadziej spotykał w rzędzie objawów przymiotu: *corysam*, *pemphigum*, *rhagades oris* i *paronychiam*.

Na wyłączne zaznaczenie zasługuje właśnie ta w z g l ę d n a rzadkość tak zwanej „Sapki“, którą większość autorów za o b o w i ą z k o w y niemal objaw przymiotu dziedzicznego uważa.

6) Współcześnie z wyżej wymienionymi objawami spostrzegł kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ przeważnie dużą, wyczuwalną wątrobę, a czasem — i śledzionę [co, naturalnie, samo przez się znaczenia niema].

7) W rzędzie wczesnych objawów wczesnego przymiotu dziedzicznego u niemowląt, mówca b a r d z o r z a d k o spotykał opisywaną powszechnie, jako swoistą — cerę, porównywaną do tego, jakby się skórę niemowlęcia pokryło rozczynem fusów od kawy.

8) Nierzadko znajdował mówca u dzieci, mających niewątpliwe objawy przymiotu wszelkie pozory zdrowia, t. j. dobrą wagę i dobry ogólny wygląd, — naturalnie, o ile były one karmione piersią.

9) Dla postawienia pewnego rozpoznania na podstawie najwcześniejszych objawów wczesnego przymiotu dziedzicznego

trzeba pewnej ich wielorakości (Polymorfizm); jeśli np. mamy: „trio“ (à la Hutschinson) objawów, składające się z typowych podeszewek, błyszczących nacieczeń na pośladkach i np. sapki, lub seborrhoea superciliorum, lub rhagades oris, lub paronychia, wtedy z wszelką pewnością niemal możemy pewne rozpoznanie postawić.

Nawiasem dodać należy, że przy pewnej wprawie w obserwacji, można już na podstawie jednego z takich objawów, jak typowe podeszewki, lub nacieczenia na pośladkach — pozwolić sobie na zrobienie bardzo poważnego podejrzenia [bardzo często sprawdzającego się] co do istnienia u danego niemowlęcia przymiotu wrodzonego.

10) Do rzędu niezwykle rzadkich objawów — zalicza mówca: pseudoparalysin Parrot i spostrzegany przez siebie niedawno przypadek, gdzie przy niewątpliwych innych objawach u trzytygodniowego niemowlęcia znajdował, jak widać na okolicznościowo demonstrowanych fotografiach, tak zwane pletwowe obustronne ułożenie kości (Flossenstellung). Bardzo być może, że zależy to od swoistych zmian w mleczu piersiowym, co zresztą, mogą potwierdzić dopiero będące w toku badania odnośne.

11) Wywiady przy rozpoznawaniu przymiotu dziedzicznego mają wielkie znaczenie, ale: 1) w Domu Wychowawczym prawie nie istnieją, a 2) w praktyce prywatnej są nieraz bardzo trudne do zdobycia.

Przewidując zarzuty, że na podstawie nie typowych i nie klasycznych objawów rozpoznawał chorobę, kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ objaśnia, że do tego upoważniały go: 1) experimentum in vivo, naturalnie — spontaneum, 2) cura specifica (ex juvantibus) i 3) obserwacja nad dalszym rozwojem i przebiegiem cierpienia.

Co się tyczy pierwszego punktu, to na nieszczęście, mimo wszelkich starań, przypadki zarażania się mamek od dzieci, chociaż nie zbyt często, zdarzają się i w Domu Wychowawczym, — i zdarzać się muszą [co NB., jak świadczy cytowana literatura, zdarza się we wszystkich Domach Wychowawczych].

Zaznaczyć wypada, że właśnie tam, gdzie owe zakażenia miały miejsce [co potwierdzają przytoczone przez mówcę wyciągi z jego notatek, a dotyczące kilku takich przypadków, bardzo ściśle obserwowanych], u niemowląt objawy były tak niewyraźne [przeważnie — tylko opisywane wyżej — podeszewki], że o podejrzeniu nawet przymiotu dziedzicznego prawie mowy być nie mogło.

W dalszym ciągu KORYBUT-DASZKIEWICZ przytacza przykłady ze swoich notatek, dowodzące, że przy swoistem leczeniu, o ile naturalnie niemowlęta [w danym razie ich własne matki, jako mamki w Domu Wychowawczym pozostające, karmiły je same], przy

piersi pozostawały, owe zmiany na podeszwach i pośladkach wybitnie się zmniejszały, lub ginęły zupełnie.

Co się tyczy trzeciego punktu, to i tu dalsza obserwacja, o ile mogła być przeprowadzona, niejednokrotnie stwierdzała rozpoznanie.

Mówca zaznacza, że większa część zmarłych, nawet z typowymi objawami przymiotu dzieci, przy badaniu pośmiertnym [nie drobnowidzowem] w rzadkich tylko przypadkach miała jakieś zmiany, któreby za swoiste uważać należało.

Kończąc swe przemówienie KORYBUT-DASZKIEWICZ stawia kilka praktycznych wniosków, a mianowicie:

1) Nigdy nie należy wybierać w charakterze mamki kobiety, której dziecka się dobrze nie zbadało;

2) O ile tylko się to okaże możliwem, nie należy kwalifikować na mamkę kobiety z pokarmem młodszym [p r z y n a j m n i e j], niż dwumiesięczny;

3) Zastosowanie tej zasady do Domu Wychowawczego jest w praktyce niemożliwe, ale za to pożądanem byłoby nie wydawanie na wieś dzieci przed ukończeniem przynajmniej dwóch miesięcy [co, mogło by, wprawdzie, wpłynąć na zwiększenie się śmiertelności dzieci w warunkach szpitalnych, a w dodatku, jak n a t e r a z przynajmniej, ze względu na zbyt wielki popyt na miejsca wolne i brak odpowiednich funduszków dla rozszerzenia zakładu, należy zaliczyć do tak zwanych—pia desideria].

4) W celu zmniejszenia śmiertelności wśród dzieci, obarczonych przymiotem wrodzonym, należało by je żywić w y l ą c z n i e piersią, a w tym celu przyjmować do Domu Wychowawczego dla nich mamki notorycznie syfilityczne. W praktyce prywatnej należy żądać, by matki same karmiły swoje dzieci, ewentualnie radzić przyjmowanie mamek syfilitycznych w takich przypadkach, a w razie, jeśli w charakterze mamki przedstawioną zostanie kandydatka zdrowa, o b o w i ą z k i e m lekarza, jest poinformować rodziców chorego dziecka o odpowiedzialności moralnej, jaką na siebie biorą, narażając mamkę na zarażenie się; — żądać, by mamka o możliwych następstwach była poinformowana, a ewentualnie—samemu ją o tem objaśnić. [Autoreferat].

KOPCZYŃSKI St. w dyskusji twierdzi, że zapytywania przez lekarza mamki, kobiety najczęściej prostej, niemającej najmniejszego pojęcia o tem, czem jej grozi w przyszłości syfilis, o to, czy zgadza się karmić dziecko syfilityczne, ze stanowiska etycznego nie powinno być nawet dyskutowanem. Lekarz nie powinien do tego zupełnie ręki przykładać, a zapytany, powinien podobną propozycję ze strony rodziców potępić absolutnie.

W odpowiedzi KOPCZYŃSKIEMU KORYBUT-DASZKIEWICZ zaznacza, że lekarz, nie posiadając władzy wykonawczej, więcej po nad to,



co w swem przemówieniu radził zrobić, jeśli rodzice chorego na przymiot niemowlęcia chcą przyjąć w charakterze mamki zdrową kobietę, zdaniem jego, chyba zrobić już nie może.

W odpowiedzi BRUDZIŃSKI zaznacza, iż przy rozpoznaniu dermatitis posterosiva papulosa (syphilide lenticulaire PARROT'a) jako cierpienia nieprzymiotowego dużą rolę odgrywają wywiady, które w przypadkach opisanych przez B. nie wykrywały stanowczo przymiotu u rodziców. Duże znaczenie posiada tu również fakt, iż cierpienie to występuje z nawrotami pod wpływem tych samych czynników—podrażnienia częstemi kwaśnymi wypróżnieniami co B. mógł stwierdzić w paru przypadkach w przeciągu pewnego okresu czasu.

Że objawy przymiotowe skórne znikają same przez się bez leczenia, temu B. nie przeczy, chodzi tu jednak o przeciąg czasu, w którym to się dzieje. B. uważa rozpoznanie przymiotu za wątpliwe w przytoczonych przypadkach wtedy, jeżeli opisane objawy skórne znikają w parę dni bez wszelkiego leczenia.

B. nie twierdził bynajmniej ani też nie uznaje tego za słuszne, by można było dzieci podejrzane o przymiot przystawiać do piersi mamek zdrowych—w przemówieniu swem na poprzednim posiedzeniu wyraźnie zaznaczył, że starsi pedyatryzy nie żyli wielkich obaw co do zarażenia się mamki w tych wypadkach, że jednak młodsza szkoła stała się daleko ostrożniejszą i uznaje jedynie zasadę mamek syfilitycznych. W myśl tej ostatniej zasady właśnie przemawiał B. Wystawianie mamek na niebezpieczeństwo zarażenia się byłoby złe ze względów ogólnoludzkich, wogóle dążeniem naszym winno być, by jaknajwięcej matek karmiło swe dzieci, a mamki coraz więcej wychodziły z użycia. B. w zasadzie zgadza się na myśl wyrażoną przez DASZKIEWICZA, by nie zalecać mamek przed dwoma miesiącami, zwraca tylko uwagę że przy obecnej organizacyi kantorów mamek jest to myśl trudna do uskutecznienia—godna jednak zalecenia.

[Autoreferat].

W odpowiedzi BRUDZIŃSKIEMU KORYBUT-DASZKIEWICZ powtarza, że obstaje przy swem zdaniu co do konieczności starania się przy wyborze mamki, by miała p r z y n a j m n i e j dwumiesięczne dziecko sama; argument, że niewiadomo, co będą w takim razie robić mamki z młodszym pokarmem, nie trafia KORYBUT-DASZKIEWICZOWI do przekonania; zapewne, kantory stręczeń mamek — każą sobie za dłuższe przetrzymywanie ich u siebie interesowanym płacić.

W braku zaś pożądanego materiału, t. j. mamek, jakie by chciał widzieć KORYBUT-DASZKIEWICZ, naturalnie, że odpowiedź mieści się w aforyzmie: „wiele ten m u s i, który nie może” [zrobić tak, jak chce]. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie ukończone zostało.

Prezes *T. Dunin.*

Sekretarz *St. Kopczyński.*

# OGŁOSZENIA.

## 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 dysenterji.
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 uwieńczonych zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważ. Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 240, imienia Tytusa CHALUBIŃSKIEGO, 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, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przetrzeźwia. 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, za Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. D-ra Romualda PŁĄSKOWSKIEGO udzieloną będzie w miesiącu Czerwcu r. b. zapomoga pieniężna w kwocie Rb. 180 kop. 23 dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju, czy też za granicą. Delegat, w myśl woli testatora obowiązany będzie po powrocie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7) w terminie do dnia 1 Czerwca r. b. z oznaczeniem zjazdu, na który kandydat pragnie wyjechać, z podaniem dokładnego swego adresu i wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychiatrii.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego, Członek Zarządu  
*W. Kosmowski.*

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1902/3 zawakuje sześć stypendyów, każda po Rub. 300 rocznie z legatu ś. p. D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali; c) Strojeccy, synowie po Adolfe Strojckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion—stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1902/3 wakować będzie stypendyem w kwocie rub. 225—rocznie, z legatu ś. p. D-ra Ignacego GOŁĘBIOŃSKIEGO, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, Powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta wydziału lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane ma być innemu niezamężnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. Życzący ubiegać się o rzecone stypendyum

winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu studentów wydziału lekarskiego, złożą nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*.

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** 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 funduszów 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, nie tylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy złożonych chorobą i niebędących 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 przede wszystkim. 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 niewiększaniu się funduszów, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia. *M. Jakowski.*

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu D-ra Jana Baćkewicza udzielone być mają w dniu 24 Czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych—po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po Rub. 81. Wdowa po lekarzu, która by pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś—w biurach P.P. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernijalnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu *Dr. M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Feliksa JABLONOWSKIEGO wakuje wsparcie Rub. 299, za rok 1902 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się termin do dnia 15 Czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ich lekarzy—członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzezonego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przestać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu

*Dr. M. Jakowski.*

---

### *Kraków w Styczniu 1902.*

Z początkiem 1901 roku powstało w Loudynie 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 pism peryodycznych jak i dzieł osobnych, aby prace, ukazujące się w druku zo ich staraniem, zechcieli jej przysłać, pod adresem: **Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisya Bibliograficzna.**

Przewodniczący Komisji: **Władysław Natanson.**  
Sekretarz: **Tadeusz Estreicher**

---

# GAZETA LEKARSKA,

PISMO TYGODNIOWE,

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej  
wychodzi w r. 1902, a 37-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 odpowiesz.: 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. Ketzera.

## ROK 12.

Od roku 1897 powiększyliśmy objętość i rozszerzyliśmy program gazety, tak że stoi ona na wysokości zagranicznych wydawnictw lekarskich. Od roku 1901 wprowadziliśmy 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 od 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. Feuy i C<sup>o</sup> (Petersburg, Newski prospekt 90).