

Badania psychologiczne nad spostrzeganiem i pamięcią, przy porażeniu postępującem

napisał

Władysław Sterling.

dalszy ciąg.

PRZYPADEK VI-ty.

H. Jakób 45 lat. Robotnik. Dostał się do więzienia za kradzieże. Spokojny i przytomny. Lekka euforya. Oryentuje się. Chwali dobre jedzenie szpitalne. Brak zrozumienia popełnianych kradzieży. Brak poczucia choroby. Rachuje przy łatwych zadaniach dobrze, przy trudniejszych robi grube błędy. Skłonność do ciągłego ruchu, do dowcipkowania. Brak odwracalności uwagi (Ablenkbarkeit). Normalna szybkość przebiegu myśli. Spostrzega źle. Żrenice równe, reagują wybornie. Lewa warga nosowargowa mniej wyraźna. Drżenie języka. Drżenie palców. o dużej amplitudzie. Nieznaczne zaburzenia mowy. Euforya. Dementia. Ciągłe mówi do siebie niezrozumiałe zdania. Ciągłe przepisuje jedną i tą samą piosnkę.

DOŚWIADCZENIE 1.

Nr	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Nr	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	3	3	—	3	5	1	1	2	3
2	2	1	1	3	6	—	—	3	3
3	1	1	2	3	7	2	2	1	3
4	3	3	—	3	8	1	1	2	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
9	1	—	2	3	30	2	2	1	3
10	2	2	1	3	31	2	—	1	3
11	2	2	1	3	32	2	—	1	3
12	1	1	2	3	33	2	2	1	3
13	—	—	3	3	34	1	—	2	3
14	1	1	2	3	35	3	—	—	3
15	3	3	—	3	36	1	—	2	3
16	1	1	2	3	37	1	1	2	3
17	1	1	2	3	38	3	1	—	3
18	1	1	2	3	39	1	1	2	3
19	2	1	1	3	40	2	1	1	3
20	2	2	1	3	41	1	—	2	3
21	1	1	2	3	42	1	1	2	3
22	—	—	3	3	43	3	2	—	3
23	3	1	—	3	43	3	—	—	3
24	1	—	2	3	45	1	—	2	3
25	1	1	2	3	46	1	—	2	3
26	1	1	2	3	47	2	1	1	3
27	3	1	—	3	48	1	—	2	5
28	1	1	2	3	49	3	—	—	3
29	3	1	—	3	50	1	1	2	3

DOŚWIADCZENIE 2.

DOŚWIADCZENIE 3.

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	1	1	2	3	1	1	2	3
2	3	2	—	3	1	1	2	3
3	1	1	2	3	2	2	1	3
4	2	2	1	3	2	—	1	3
5	2	1	1	3	3	1	—	3
6	—	—	3	3	3	3	—	3
7	2	2	1	3	2	2	1	3
8	1	—	2	3	2	1	1	3
9	3	0	0	3	2	—	—	3
10	1	1	2	3	3	—	—	3
11	2	1	1	3	2	2	—	3
12	2	2	1	3	1	1	2	3
13	1	—	2	3	3	—	—	3
14	3	2	—	3	1	—	2	3
15	1	—	2	3	3	2	—	3
16	2	—	1	3	1	1	2	3
17	1	—	2	3	3	—	—	3
18	2	2	1	3	2	—	1	3
19	2	—	1	3	3	—	—	3
20	3	—	—	3	3	—	—	3
21	2	1	1	3	2	—	1	3
22	3	3	—	3	2	—	1	3
23	2	1	1	3	1	1	2	3
24	2	2	1	3	2	1	1	3
25	3	—	—	3	1	1	2	3
26	2	—	1	3	2	—	1	3
27	1	—	2	3	1	1	2	3
28	2	—	1	3	3	—	—	3
29	2	—	1	3	3	2	—	3
30	2	2	1	3	3	1	—	3
31	1	—	2	3	1	—	2	3
32	2	2	1	3	2	1	1	3
33	1	—	2	3	2	—	1	3

N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
34	1	1	2	3	2	1	1	3
35	1	1	2	3	2	—	1	3
36	3	2	—	3	2	1	1	3
37	1	1	2	3	3	—	—	3
38	2	—	1	3	1	—	2	3
39	2	—	1	3	1	1	2	3
40	2	2	1	3	2	2	—	3
41	3	1	—	3	3	—	—	3
42	3	—	—	3	2	2	1	3
43	2	—	1	3	1	—	2	3
44	2	2	1	3	1	—	2	3
45	3	—	—	3	3	—	—	3
46	2	—	1	3	2	—	1	3
47	2	—	1	3	2	—	1	3
48	3	2	—	3	1	—	2	3
49	2	2	1	3	2	—	1	3
50	2	—	1	3	2	1	—	3

DOŚWIADCZENIE 4.

DOŚWIADCZENIE 5.

1	1	1	2	3	2	2	1	3
2	2	2	1	3	2	2	1	3
3	3	—	—	3	2	1	1	3
4	1	1	2	3	3	1	3	3
5	2	1	1	3	2	2	1	3
6	1	—	2	3	1	1	2	3
7	3	—	—	3	1	1	2	3
8	3	—	—	3	2	2	1	3
9	2	1	1	3	3	—	—	3

N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
10	—	—	3	3	3	1	—	3
11	2	2	1	3	2	2	1	3
12	2	2	1	3	1	—	2	3
13	2	2	1	3	1	1	2	3
14	2	1	1	3	3	2	—	3
15	1	—	2	3	3	—	—	3
16	1	1	2	3	1	1	2	3
17	2	—	1	3	3	3	—	3
18	2	1	1	3	3	—	—	3
19	3	—	—	3	2	1	1	3
20	3	—	—	3	2	1	1	3
21	1	1	2	3	1	1	2	3
22	1	1	2	3	3	3	—	3
23	2	—	1	3	3	—	—	3
24	2	—	1	3	2	1	1	3
25	1	1	2	3	2	1	1	3
26	1	—	2	3	2	1	1	3
27	2	2	1	3	1	—	2	3
28	2	2	1	3	2	—	1	3
29	2	—	1	3	2	2	1	3
30	3	—	—	3	2	2	1	3
31	3	—	—	3	1	—	2	3
32	3	—	—	3	1	1	2	3
33	2	1	1	3	3	—	—	3
34	2	1	1	3	3	—	—	3
35	2	—	1	3	2	1	1	3
36	2	1	1	3	2	2	1	3
37	3	3	—	3	2	2	1	3
38	2	2	1	3	3	3	—	3
39	2	—	1	3	2	—	1	3
40	3	2	—	3	2	—	1	3
41	3	—	—	3	2	1	1	3
42	3	—	—	3	1	1	2	3
43	2	1	1	3	1	—	2	3
44	2	1	1	3	2	1	1	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
45	3	2	1	3	2	1	1	3
46	2	2	1	3	3	—	—	3
47	2	1	1	3	3	1	—	3
48	3	—	—	3	3	2	1	3
49	2	1	1	3	2	—	1	3
50	3	1	—	3	2	2	1	3

PRZYPADEK VII-my.

B Zofia lat 43. Badanie z d. 14. V. 1905. 11 rodzeństwa. Siostra zmarła w 34 roku życia na chorobę żołądka. Brak chorób umysłowych w rodzinie. Jako dziecko zawsze była silna. W 7-ym roku życia napady (padaczka) po roku znowu napad, potem co $\frac{1}{2}$ roku. Była zawsze dobroduszną, miewała jednakże okresy, kiedy bywała smutna i jakby nieprzytomna. W 29 roku życia wyszła pierwszy raz za mąż; 3 dzieci, nie ronila. Pierwszy mąż umarł przed 6-ma laty. Przed 4 laty powtórnie wyszła za mąż. Po ostatnim napadzie przed 14 dniami z początku przyszła do siebie, lecz 11 maja przy odczytywaniu listu przez męża wydała mu się roztargnioną i niezupełnie przytomną, oryentowała się niedokładnie w czasie, nie mogła określić daty, myliła się co do stosunków rodzinnych, narzekała na ziębienie, drżenie i zmęczenie, wiele spała, bywała czasem zupełnie nieprzytomna. Do tego czasu (11 maja) otoczenie nie zauważyło u niej nic nienormalnego.

Odżywianie dobre. Paraesis n. facilis sinistri. Źrenica prawa większa od lewej, obie nie reagują na światło.

PR. wzmożone. Chód zataczający się. Punctio lumbalis: leukocytoza. Niespokojna, ruchliwa, rozmawia ciągle po cichu sama z sobą. Artykulacyjne zaburzenia mowy wyraźne. Trudno zatrzymać jej uwagę na czemkolwiek. Najrozmaitsze skargi. W czasie i przestrzeni orientuje się dobrze. Rachuje bardzo powoli. Zaburzenia pisma (w silnym stopniu).

DOŚWIADCZENIE 1.

DOŚWIADCZENIE 2.

Nr	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	1	—	1	2	2	1	—	2
2	2	1	—	2	2	1	—	2
3	2	—	—	2	1	—	1	2
4	—	—	2	2	1	1	1	2
5	2	1	—	2	1	1	1	2
6	—	—	2	2	2	—	—	2
7	1	—	1	2	1	—	1	2
8	1	—	1	2	1	1	1	2
9	2	2	—	2	—	—	2	2
10	—	—	2	2	2	—	—	2
11	1	—	1	2	1	1	1	2
12	1	—	1	2	2	2	—	2
13	1	—	1	2	2	1	—	2
14	2	1	—	2	1	—	1	2
15	—	—	2	2	2	1	—	2
16	—	—	2	2	1	1	1	2
17	2	1	—	2	2	—	—	2
18	1	1	1	2	—	—	2	2
19	1	—	1	2	1	—	1	2
20	1	—	1	2	2	1	—	2
21	—	—	2	2	1	—	1	2
22	2	1	—	2	2	—	—	2
23	1	1	1	2	—	—	2	2

N _o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
24	1	—	1	2	2	1	—	2
25	1	1	—	2	1	1	1	2
26	1	—	1	2	2	—	—	2
27	—	—	2	2	2	2	—	2
28	1	1	1	2	2	1	—	2
29	2	1	—	2	2	—	—	2
30	1	—	1	2	1	—	—	2
31	1	—	1	2	1	—	1	2
32	—	—	2	2	—	—	2	2
33	2	—	—	2	1	1	1	2
34	1	1	1	2	2	—	1	2
35	2	1	—	2	2	2	—	2
36	2	—	—	2	2	1	—	2
37	1	—	1	2	2	1	—	2
38	1	1	1	2	2	1	—	2
39	2	—	—	2	2	1	—	2
40	1	—	1	2	2	2	—	2
41	2	2	—	2	2	—	—	2
42	2	1	—	2	1	—	1	2
43	2	1	—	2	2	—	—	2
44	2	1	—	2	1	—	1	2
45	1	—	1	2	2	—	—	2
46	2	1	—	2	2	—	—	2
47	—	—	2	2	1	—	1	2
48	2	—	—	2	2	—	—	2
49	1	—	1	2	1	—	1	2
50	2	1	—	2	2	1	—	2

DOŚWIADCZENIE 3.

DOŚWIADCZENIE 4.

N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	2	—	—	2	1	1	1	2
2	2	—	1	2	1	—	1	2
3	1	—	1	2	2	—	—	2
4	2	—	1	2	2	—	—	2
5	2	—	—	2	2	—	—	2
6	2	—	—	2	2	—	—	2
7	1	1	1	2	2	—	—	2
8	2	1	—	2	2	—	—	2
9	2	—	—	2	1	—	1	2
10	2	1	—	2	1	—	1	2
11	2	—	—	2	1	—	1	2
12	2	2	—	2	1	—	1	2
13	1	—	1	2	2	—	—	2
14	2	—	—	2	2	1	—	2
15	1	1	1	2	1	—	1	2
16	1	—	—	2	2	—	—	2
17	2	—	—	2	2	—	—	2
18	1	—	1	2	1	—	1	2
19	1	—	—	2	2	—	—	2
20	2	—	1	2	—	—	2	2
21	2	2	1	2	2	1	—	2
22	1	—	—	2	2	—	—	2
23	2	1	1	2	2	—	—	2
24	2	—	—	2	2	1	—	2
25	1	1	—	2	1	1	1	2
26	2	—	—	2	1	—	1	2
27	2	1	—	2	1	—	1	2
28	1	1	—	2	2	1	—	2
29	—	—	1	2	2	2	—	2
30	2	1	2	2	2	1	—	2
31	1	1	—	2	3	2	—	2
32	2	—	1	2	—	—	2	2
33	2	—	—	2	2	1	—	2

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
34	2	1	—	2	2	2	—	2
35	1	1	1	2	1	—	1	2
36	1	—	1	2	2	—	—	2
37	1	1	1	2	1	1	1	2
38	1	1	1	2	2	—	—	2
39	1	1	1	2	2	1	—	2
40	2	2	—	2	2	1	—	2
41	1	1	1	2	1	—	1	2
42	—	—	2	2	2	1	—	2
43	2	1	—	2	—	—	2	2
44	2	1	—	2	1	—	1	2
45	2	1	—	2	1	—	1	2
46	1	—	1	2	2	1	—	2
47	2	—	—	2	2	1	—	2
48	1	—	2	2	2	—	—	2
49	—	—	2	2	2	1	—	2
50	2	—	—	2	2	—	—	2

DOŚWIADCZENIE 5.

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	2	2	—	2	8	1	1	1	2
2	3	—	—	2	9	2	—	—	2
3	3	2	1	2	10	1	1	1	2
4	3	1	—	2	11	2	—	—	2
5	2	1	1	2	12	—	—	2	2
6	3	2	2	2	13	2	—	—	2
7	3	—	—	2	14	1	1	1	2

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
15	2	—	—	2	33	2	2	—	2
16	1	—	1	2	34	2	1	—	2
17	2	—	—	2	35	2	—	—	2
18	2	—	—	2	36	2	2	—	2
19	2	—	—	2	37	1	—	1	2
20	2	—	—	2	38	2	—	—	2
21	2	1	—	2	39	2	2	—	2
22	2	1	—	2	40	2	—	—	2
23	2	2	—	2	41	2	1	—	2
24	2	—	—	2	42	2	—	—	2
25	2	1	—	2	43	2	—	—	2
26	2	—	—	2	44	2	—	—	2
27	2	1	—	2	45	2	1	—	2
28	2	1	—	2	46	2	—	—	2
29	2	1	—	2	47	2	—	—	2
30	2	1	—	2	48	1	—	1	2
31	1	—	1	2	49	2	1	—	2
32	1	—	1	2	50	3	—	—	2

PRZYPADK VIII my.

P. Balbina lat 40. Kucharka. Badanie z d. 23. I. 1905. Matka zmarła na atak apoplektyczny. Ojciec pił bardzo wiele. 3 razy ronila. Ojciec jej dzieci był „zupełnym inwalidą, w ustach wszystko mu zgniło“. Chora piła dziennie 4—5 litrów piwa, prócz tego likier. Lues przed 10 laty. Uczyła się dobrze; prowadziła się lekko, żyła z rozmaitemi kochankami.

Od 2 dni mówi od rzeczy.

Na karku duży lipomat, na prawem udzie owrzodzenie wielkości pół rubla z twardemi, wałkowatemi brzegami.

Przytomna. Euforya. Spadek miljonowy. Nieocenione kosztowności. Artykulacyjne zaburzenia mowy. Demencia, rachuje bardzo mylnie. Przed 4 dniami przestraszyła się, upadła bez przytomności, podobno już poprzednio przeszła 4 takie ataki. Od tego czasu straciła pamięć, i często trudno jej było wymówić to, co chciała powiedzieć.

Obecnie duża suggestyjność. Spostrzega źle. Czasem bywa pobudzona, wtedy mówi dużo, krzyczy nawet, w łóżku odkrywa się. Zaburzenia pisma.

Punctio lumbalis: liczne limfocyty.

DOŚWIADCZENIE 1.

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	2	—	1	3	12	2	1	1	3
2	2	2	1	3	13	1	1	2	3
3	3	3	—	3	14	3	—	—	3
4	2	3	—	3	15	2	—	—	3
5	2	—	1	3	16	2	—	1	3
6	2	2	1	3	17	1	1	2	3
7	2	1	1	3	18	1	1	2	3
8	—	—	3	3	19	3	2	—	3
9	3	2	—	3	20	1	1	2	3
10	2	2	1	3	21	3	—	—	3
11	3	2	—	3	22	2	—	—	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
23	1	—	2	3	37	3	—	—	3
24	—	—	3	3	38	3	—	—	3
25	2	2	1	3	39	2	1	1	3
26	2	—	1	3	40	3	—	—	3
27	1	—	2	3	41	2	1	1	3
28	3	—	—	3	42	3	3	—	3
29	3	2	—	3	43	2	1	1	3
30	—	—	3	3	44	2	1	1	3
31	3	1	1	3	45	2	2	1	3
32	3	1	1	3	46	2	2	1	3
33	1	1	2	3	47	2	2	1	3
34	3	2	1	3	48	3	—	—	3
35	1	1	2	3	49	2	—	1	3
36	—	—	3	3	50	3	1	—	3

DOŚWIADCZENIE 2.

DOŚWIADCZENIE 3.

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	2	2	1	3	3	—	—	3
2	2	2	1	3	1	—	2	3
3	2	1	1	3	2	1	1	3
4	3	—	—	3	2	—	1	3
5	2	—	1	3	2	—	1	3
6	2	1	1	3	2	—	1	3
7	2	—	1	3	3	2	—	3

N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
8	1	1	2	3	3	—	—	3
9	2	1	1	3	2	—	1	3
10	2	—	1	3	3	—	—	3
11	2	1	1	3	3	—	—	3
12	2	2	1	2	2	1	1	3
13	3	1	—	3	2	—	—	3
14	3	2	—	3	3	—	—	3
15	3	1	—	3	3	1	—	3
16	2	2	1	3	3	2	—	3
17	2	1	1	3	2	1	1	3
18	3	—	—	3	3	2	—	3
19	2	—	1	3	1	1	2	3
20	2	—	1	3	2	2	1	3
21	3	—	—	3	2	2	1	3
22	2	2	1	3	2	—	1	3
23	3	2	1	3	3	1	—	3
24	2	2	1	3	1	—	2	3
25	2	2	1	3	1	—	2	3
26	3	2	1	2	3	—	—	3
27	2	1	1	3	2	—	1	3
28	3	2	1	3	3	2	—	3
29	1	—	2	3	3	1	—	3
30	1	1	2	3	3	—	—	3
31	2	—	1	3	3	—	—	3
32	2	1	1	3	3	1	—	3
33	2	1	1	3	3	—	—	3
34	3	—	—	3	3	1	—	3
35	3	1	—	3	3	2	—	3
36	1	1	2	3	3	1	—	3
37	2	—	1	3	3	2	—	3
38	2	1	1	3	2	2	1	3
39	2	1	1	3	3	—	—	3
40	3	1	—	2	2	—	1	3
41	2	—	1	3	3	2	—	3
42	3	—	—	3	3	1	—	3

N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
43	3	—	—	3	2	—	1	3
44	1	—	2	3	2	—	1	3
45	2	—	1	3	2	—	1	3
46	3	—	—	3	2	—	1	3
47	2	1	1	3	3	1	—	3
48	2	—	1	3	2	1	1	3
49	1	—	2	3	3	1	—	3
50	1	—	2	3	3	—	—	3

DOŚWIADCZENIE 4.

DOŚWIADCZENIE 5.

1	2	—	1	3	1	—	2	3
2	3	—	1	3	3	—	—	3
3	2	—	1	3	2	—	1	3
4	1	1	2	3	2	—	1	3
5	2	1	1	3	2	—	—	2
6	2	1	1	3	3	—	—	3
7	2	1	1	3	3	1	—	3
8	2	2	1	2	3	1	—	3
9	3	1	—	3	3	1	—	3
10	1	1	2	3	3	—	—	3
11	3	1	—	3	3	—	—	2
12	2	—	1	3	2	2	—	3
13	2	—	1	3	1	—	2	3
14	3	1	—	3	3	—	—	2
15	1	1	2	3	3	—	—	3
16	3	—	—	3	2	—	1	3

N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
17	2	1	1	3	2	—	1	3
18	2	1	1	3	2	1	1	3
19	3	1	—	3	3	—	—	3
20	2	—	1	3	2	1	1	3
21	3	—	—	3	1	—	2	3
22	2	—	1	3	3	1	—	3
23	1	1	2	3	3	1	—	3
24	2	2	1	3	2	2	1	3
25	3	—	—	3	3	—	—	3
26	1	—	2	3	1	—	2	3
27	—	—	3	3	3	—	—	3
28	3	1	—	3	3	—	—	3
29	3	1	—	3	2	—	1	3
30	—	—	3	3	2	—	1	3
31	2	—	1	3	3	—	—	3
32	—	—	3	3	1	1	2	3
33	2	—	1	3	2	2	1	3
34	1	—	2	3	—	—	3	3
35	2	1	1	3	2	—	1	3
36	2	—	1	3	3	—	—	3
37	2	1	1	3	3	—	—	3
38	1	—	2	3	1	1	2	3
39	3	—	—	3	3	2	—	3
40	2	1	1	3	3	—	—	3
41	2	—	1	3	2	—	1	3
42	3	2	1	8	1	—	2	3
43	3	—	—	3	3	—	—	3
44	3	—	—	3	2	1	1	3
45	2	2	1	3	2	—	1	3
46	2	1	1	3	2	—	1	3
47	3	—	—	3	2	—	1	3
48	2	—	1	3	3	—	—	3
49	2	—	1	3	2	—	1	2
50	2	—	1	3	3	—	—	3

PRZYPADEK IV·ty.

F. Jan 46 lat. Krawiec. Badanie z d. 3. VI. 1905.
 Urodzony nieślubnie. 1893 — 1894 szankier i tryper, le-

czył się ręką. Od 13 lat żyje w separacji z żoną, przedtem żył z inną 8 lat. Zachorował przed 14 dniami: nagle obłąd wielkości, chciał założyć wielki warsztat, wynalazł patent. Zarabia miliony. Obstał sukno za 500000 marek. Kupował pierścionki, kosztowności, później je rozdawał. Bardzo pobudzony, biega po sali, sypia źle. Ciągłe w wesołym usposobieniu. Zarabia ogromne sumy. Patenty przynoszą miliony. Nadzwyczajne wynalazki. Chce ożenić się powtórnie z angielską, królową z 50 milionami dolarów, pieniądze nie odgrywają żadnej roli. Jest zupełnie zdrow, chce wyjść do domu. Płaci podatki za całe miasto. Rachuje nieźle. W czasie orientuje się nieźle. Wiadomości średnie. Mowa niezbyt płynna. Zaburzenia pisma. PR żywe. Hypalgezja. Strabismus divergens. Lewa źrenica kiepsko reaguje na światło, prawa zupełnie nie reaguje. Obie wąskie. Mówi bez przerwy. Ma boski warsztat. Chce urządzić procesję z najwyższymi osobistościami. Napady paralityczne.

DOŚWIADCZENIE 1.

DOŚWIADCZENIE 2.

N _o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	2	—	1	3	2	2	1	3
2	1	—	2	3	—	—	3	3
3	1	1	2	2	3	3	—	3
4	1	—	2	3	1	—	2	3
5	2	1	1	3	1	1	2	3
6	—	—	3	3	2	2	1	3
7	1	1	2	3	—	—	3	3
8	1	1	2	3	2	1	1	3
9	2	2	1	3	1	1	2	3
10	2	1	1	3	—	—	3	3
11	2	2	1	3	2	1	1	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
12	2	—	1	3	—	—	3	3
13	2	1	1	3	1	1	2	3
14	—	—	3	3	1	1	2	3
15	—	—	3	3	3	—	—	3
16	1	1	2	3	1	1	2	3
17	1	1	2	3	—	—	3	3
18	—	—	3	3	1	1	2	3
19	1	1	2	3	2	2	1	3
20	3	1	—	3	1	1	2	3
21	2	—	1	3	2	2	1	3
22	3	2	1	3	1	1	2	3
23	—	—	3	3	1	1	2	3
24	2	2	1	3	1	—	2	3
25	1	1	2	3	1	1	2	3
26	1	1	2	3	1	1	2	3
27	3	3	—	3	2	2	1	3
28	1	1	2	3	—	—	3	3
29	2	—	1	3	2	2	1	3
30	2	—	1	3	2	—	1	3
31	2	—	1	3	2	—	1	3
32	—	—	3	3	1	1	2	3
33	—	—	3	3	2	1	1	3
34	3	1	—	3	1	1	2	3
35	1	1	2	3	3	1	—	3
36	—	—	3	3	1	1	2	3
37	3	1	—	3	2	1	1	3
38	2	1	1	3	1	1	2	3
39	3	—	—	3	1	—	2	3
40	—	—	3	3	—	—	3	3
41	3	2	—	3	1	1	2	3
42	1	1	2	3	3	—	—	3
43	3	1	2	3	2	1	1	3
44	3	3	—	3	2	1	1	3
45	2	2	1	3	1	1	2	3
46	2	2	1	3	2	2	1	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
47	2	1	1	3	2	1	1	3
48	2	1	1	3	3	—	—	3
49	1	1	2	3	3	1	—	3
50	2	2	1	3	1	—	2	3

DOŚWIADCZENIE 3.

DOŚWIADCZENIE 4.

1	—	—	3	3	2	2	1	3
2	—	—	3	3	1	—	2	3
3	—	—	3	3	1	1	2	3
4	2	2	1	3	1	1	2	3
5	—	—	3	3	2	2	1	3
6	2	2	1	3	—	—	3	3
8	2	2	1	3	1	1	2	3
8	1	1	2	3	—	—	3	3
9	2	1	1	3	2	2	1	3
10	1	1	2	3	—	—	3	3
11	—	—	3	3	3	2	1	3
12	3	3	—	3	2	2	1	3
13	1	1	2	3	—	—	3	3
14	1	1	2	3	2	2	1	3
15	—	—	3	3	2	2	1	3
16	1	1	2	3	1	1	2	3
17	2	—	1	3	1	1	2	3
18	1	1	2	3	1	1	2	3
19	1	1	2	3	1	1	2	3
20	1	1	2	3	2	2	1	3

N	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
21	1	1	2	3	—	—	3	3
22	3	1	—	3	—	—	3	3
23	—	—	3	3	2	2	1	3
24	2	2	1	3	1	1	2	3
25	1	1	2	3	1	1	2	3
26	1	1	2	3	—	—	3	3
27	1	1	2	3	1	—	2	3
28	2	2	1	3	2	2	1	3
29	1	1	2	3	3	3	1	3
30	2	2	1	3	1	1	2	3
31	—	—	3	3	1	1	2	3
32	—	—	3	3	1	1	2	3
33	1	1	2	3	1	1	2	3
34	3	3	—	3	2	2	1	3
35	1	1	2	3	1	1	2	3
36	2	2	1	3	2	2	1	3
37	2	1	1	3	—	—	3	3
38	1	1	2	3	1	1	2	3
39	—	—	3	3	1	—	2	3
40	1	1	2	3	1	1	2	3
41	—	—	3	3	1	1	2	3
42	2	1	1	3	2	2	1	3
43	1	1	2	3	2	2	1	3
44	1	1	2	3	1	—	2	3
45	2	2	1	3	2	2	1	3
46	1	1	2	3	2	2	1	3
47	1	1	2	3	2	2	1	3
48	1	1	2	3	1	1	2	3
49	1	1	2	3	2	2	1	3
50	1	1	2	3	2	1	1	3

DOŚWIADCZENIE 5.

N ₂	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	N ₂	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	—	—	3	3	26	—	—	3	3
2	—	—	3	3	27	1	1	2	3
3	3	1	—	3	28	2	2	1	3
4	2	1	1	3	29	1	1	2	3
5	1	1	2	3	30	1	—	2	3
6	—	—	3	3	31	2	1	1	3
7	2	1	1	3	32	—	—	3	3
8	1	1	2	3	33	3	1	—	3
9	1	1	2	3	34	1	1	2	3
10	1	1	2	3	35	2	2	1	3
11	1	1	2	3	36	—	—	3	3
12	1	1	2	3	37	—	—	3	3
13	1	1	2	3	38	1	1	2	3
14	—	—	3	3	39	1	1	2	3
15	—	—	3	3	40	1	1	2	3
16	1	1	2	3	41	1	1	2	3
17	1	1	2	3	42	1	1	2	3
18	2	2	1	3	43	1	1	2	3
19	—	—	3	3	44	—	—	3	3
20	2	2	1	3	45	1	1	2	3
21	1	1	2	3	46	1	1	2	3
22	2	2	2	3	47	1	1	2	3
23	1	1	2	3	48	2	2	1	3
24	1	—	2	3	49	—	—	3	3
25	1	1	2	3	50	2	2	1	3

PRZYPADK X-ty.

P. Herman lat 48. Sprowadzony do szpitala na zasadzie ekspertyzy lekarza okręgowego: poszedł mianowi-

cie do pałacu królewskiego, ażeby rozmówić się z księciem regentem w kwestyi pieniężnej.

Oryentuje się niezupełnie. Dość niespokojny. Czasem oporny, potem znów spokojny. Wyraża życzenie opuszczenia szpitala, lecz łatwo mu jest ten zamiar wyperswadować.

Wąska, obwisła twarz. Czaszka, zwłaszcza część potylicowa wydłużona. Okrągłe równe, dość dobrze reagujące źrenice. Romberg. Brak hypalgezyi. Euforia. Miłe dostępne usposobienie. Oryentuje się mało. Od czasu do czasu wymyśla na niespokojnych otaczających go chorych. Liczne idee obłądne wielkości. Uważa się za zupełnie zdrowego. Fuga idearum w nieznacznym stopniu. Można mu zasuggestyonować najrozmaitsze rzeczy. Potyka się o sylaby przy trudniejszych przykładach. Pismo nie wykazuje zaburzeń.

DOŚWIADCZENIE 1.

N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	1	—	—	1	18	—	—	—	—
2	—	—	—	1	19	—	—	1	1
3	1	1	—	1	20	1	—	—	1
4	1	—	—	1	21	1	1	—	1
5	1	—	—	1	22	1	1	—	1
6	1	1	—	1	23	—	—	1	1
7	1	1	—	1	24	1	1	—	1
8	—	—	1	1	25	—	—	1	1
9	—	—	1	1	26	1	1	—	1
10	—	—	1	1	27	—	—	1	1
11	1	—	—	1	28	1	1	—	1
12	—	—	—	1	29	—	—	1	1
13	—	—	1	1	30	1	1	—	1
14	1	1	—	1	31	1	1	—	1
15	—	—	1	1	32	1	1	—	1
16	1	1	—	1	33	—	—	1	1
17	—	—	1	1	34	1	1	—	1

N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	%	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
35	—	—	1	1	43	—	—	1	1
36	1	1	—	1	44	—	—	1	1
37	—	—	1	1	45	1	—	—	1
38	—	—	1	1	46	1	—	—	1
39	—	—	1	1	47	1	1	—	1
40	—	—	1	1	48	—	—	1	1
41	—	—	1	1	49	1	1	—	1
42	1	1	—	1	50	1	1	—	1

DOŚWIADCZENIE 2.

DOŚWIADCZENIE 3.

N ^o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	—	—	1	1	1	1	—	1
2	1	1	—	1	—	—	1	1
3	1	1	—	1	1	1	—	1
4	1	1	—	1	1	1	—	1
5	1	1	—	1	—	—	1	1
6	1	1	—	1	1	1	—	1
7	—	—	1	1	1	1	—	1
8	1	1	—	1	—	—	1	1
9	1	1	—	1	1	1	—	1
10	1	1	—	1	1	1	—	1
11	1	1	—	1	—	—	1	1
12	1	—	1	1	—	—	1	1
13	1	1	—	1	—	—	1	1
14	1	—	—	1	1	1	—	1

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
15	1	1	—	1	1	1	—	1
16	1	1	—	1	—	—	—	1
17	—	—	1	1	1	1	—	1
18	1	1	—	1	1	1	—	1
19	1	1	—	1	—	—	—	1
20	1	1	—	1	1	1	—	1
21	1	—	—	1	1	—	1	1
22	1	1	—	1	1	1	—	1
23	—	—	1	1	1	1	—	1
24	1	1	—	1	1	1	—	1
25	—	—	1	1	1	1	—	1
26	—	—	1	1	1	1	—	1
27	1	1	—	1	1	1	—	1
28	1	1	—	1	1	1	—	1
29	1	1	—	1	1	1	—	1
30	—	—	1	—	1	1	—	1
31	1	1	—	—	1	1	—	1
32	1	1	—	1	1	1	—	1
33	—	—	1	1	1	1	—	1
34	—	—	1	1	1	1	—	1
35	—	—	1	1	—	—	1	1
36	1	1	—	1	1	1	—	1
37	—	—	1	1	1	1	—	1
38	1	1	—	1	1	—	1	1
39	1	1	—	1	1	—	—	1
40	—	—	1	1	1	—	—	1
41	—	—	1	1	1	—	—	1
42	—	—	1	1	1	1	—	1
43	1	—	—	1	1	1	—	1
44	1	1	—	1	—	—	1	1
45	—	—	1	1	1	1	—	1
46	—	—	1	1	—	—	1	1
47	1	—	—	1	—	—	1	1
48	1	—	—	1	—	—	1	1
49	1	—	—	1	1	1	—	1
50	1	1	—	1	1	1	—	1

DOŚWIADCZENIE 4.

DOŚWIADCZENIE 5.

N _o	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	1	1	—	1	—	—	1	1
2	—	—	1	1	—	—	1	1
3	—	—	1	1	—	—	1	1
4	1	—	—	1	1	1	—	1
5	1	1	—	1	1	—	—	1
6	—	—	1	1	—	—	1	1
7	1	1	—	1	—	—	1	1
8	1	—	—	1	1	—	—	1
9	1	1	—	1	1	—	—	1
10	1	1	—	1	—	—	1	1
11	1	1	—	1	—	—	1	1
12	—	—	1	1	1	1	—	1
13	1	—	—	1	1	1	—	1
14	—	—	1	1	—	—	1	1
15	1	1	—	1	1	1	—	1
16	1	1	—	1	—	—	1	1
17	1	1	—	1	1	—	—	1
18	1	—	—	1	1	1	—	1
19	—	—	1	1	—	—	1	1
20	—	—	1	1	—	—	1	1
21	1	1	—	1	1	—	—	1
22	1	1	—	1	1	1	—	1
23	—	—	1	1	1	1	—	1
24	1	—	—	1	1	1	—	1
25	—	—	1	1	—	—	1	1
26	—	—	1	1	1	1	—	1
27	1	1	—	1	1	1	—	1
28	—	—	1	1	—	—	1	1
29	1	1	—	1	—	—	1	1
30	1	—	—	1	1	—	—	1
31	1	1	—	1	1	—	—	1
32	1	—	—	1	1	1	—	1
33	1	1	—	1	1	—	—	1

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
34	—	—	1	1	—	—	1	1
35	—	—	1	1	1	1	—	1
36	1	1	—	1	—	—	1	1
37	1	1	—	1	1	1	—	1
38	—	—	1	1	—	—	1	1
39	—	—	1	1	—	—	1	1
40	1	—	—	1	1	—	—	1
41	—	—	1	1	—	—	1	1
42	1	—	—	1	1	1	—	1
43	—	—	1	1	—	—	1	1
44	—	—	1	1	—	—	1	1
45	1	—	—	1	1	1	—	1
46	1	1	—	1	1	1	—	1
47	—	—	1	1	1	1	—	1
48	1	—	—	1	1	—	—	1
49	1	1	—	1	1	—	—	1
50	1	1	—	1	1	1	—	1

PRZYPADEK XI-ty.

S. Jan lat 40. Badanie 6. V. 1905. Brak obarczenia dziedzicznego. 12. V. 1905 mowa odmówiła mu zupełnie posłuszeństwa. Od 8 dni jest szczególnie pobudzony, wymyśla, awanturuje się, nie pracuje. Wypowiada idee, jakoby zarabiał miliony ale nie chce więcej pracować. Stracił pamięć.

Nieznaczne ectropion prawej dolnej powieki. Źrenice wąskie jak łypek od szpilki. Zupełnie nie reagują na światło. PR żywe. Zaburzenia mowy o charakterze arty-

kulacyjnym. Przepuszczanie i przestawianie liter przy pisaniu.

Objaw Romberga w słabym stopniu

Chory czyni wrażenie bezrozumne (dementia). W przestrzeni orientuje się dobrze. Co do czasu orientowanie się bardzo upośledzone, również co do czasu pobytu swego w szpitalu.

Rachuje kiepsko nawet przy rozwiązywaniu najłatwiejszych zadań.

Wypowiada cały szereg dementnych idei wielkości.

Punctio lumbalis: wykazała obfitą ilość limfocytów.

DOŚWIADCZENIE 1.

DOŚWIADCZENIE 2.

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	1	1	2	3	1	3	2	3
2	3	—	—	3	2	1	1	3
3	3	1	—	2	3	2	—	3
4	2	1	1	3	2	1	—	3
5	2	2	1	3	2	1	—	3
6	2	2	1	3	1	1	2	3
7	2	2	1	3	—	2	3	3
8	—	—	3	3	2	2	1	3
9	1	1	2	2	2	1	1	4
10	1	1	2	3	2	1	1	3
11	2	2	1	3	1	1	2	2
12	2	1	1	3	1	—	2	3
13	1	1	2	3	2	1	1	3
14	3	1	—	3	3	—	—	3
15	1	—	2	3	3	—	—	3
16	2	2	1	3	—	—	3	2

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
17	3	1	—	3	2	2	1	3
18	2	2	1	3	2	2	1	3
19	2	1	1	3	1	—	2	3
20	2	—	1	3	3	1	—	3
21	1	—	2	3	2	1	1	3
22	2	—	1	3	1	—	2	3
23	2	—	1	3	1	1	2	3
24	1	—	2	3	3	2	1	3
25	2	2	1	3	3	—	—	3
26	2	—	1	3	2	1	1	3
27	1	1	2	3	3	—	—	3
28	3	3	—	3	3	—	—	3
29	2	3	1	3	1	1	2	3
30	1	1	2	3	2	1	1	3
31	3	—	—	3	1	1	2	3
32	1	1	2	3	3	—	—	3
33	3	1	—	3	1	1	2	3
34	2	—	1	3	—	—	3	3
35	2	1	1	3	2	—	1	3
36	2	1	1	3	3	1	—	3
37	3	2	—	3	2	—	1	3
38	—	—	3	3	3	2	1	3
39	2	1	1	3	2	2	—	3
40	1	1	2	3	2	2	1	3
41	2	—	1	3	3	—	—	3
42	1	—	2	3	—	—	3	3
43	—	—	3	3	1	1	2	3
44	2	—	1	3	2	2	1	3
45	3	2	—	3	3	2	1	3
46	1	1	2	3	2	1	1	3
47	1	—	2	3	1	—	2	3
48	3	3	—	3	1	—	2	3
49	1	1	2	3	2	—	1	2
50	2	1	1	3	3	1	—	3

DOŚWIADCZENIE 3.

DOŚWIADCZENIE 4.

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	2	2	3	3	2	1	1	3
2	2	1	1	3	1	—	2	3
3	1	—	2	3	1	—	2	3
4	3	2	—	3	3	—	—	3
5	3	1	—	3	2	1	—	3
6	2	1	1	3	2	—	1	3
7	—	—	3	3	1	—	2	3
8	2	—	1	3	3	—	—	3
9	3	—	—	3	3	2	—	3
10	2	1	1	3	1	1	2	3
11	1	—	2	3	3	2	1	3
12	2	2	1	3	2	1	1	3
13	1	—	2	3	3	1	1	3
14	3	—	—	3	3	—	—	3
15	2	—	1	3	3	—	—	3
16	2	1	1	3	3	1	—	3
17	—	—	3	3	1	—	2	3
18	1	1	2	3	3	—	—	3
19	3	—	—	3	1	—	2	3
20	3	—	—	3	2	1	1	3
21	3	1	—	3	2	1	1	3
22	1	—	2	3	2	—	1	3
23	2	2	1	3	3	2	—	3
24	2	1	1	3	1	—	2	3
25	2	1	1	3	2	1	1	3
26	2	1	1	5	2	—	1	3
27	1	—	2	3	1	1	2	3
28	2	—	1	3	3	1	—	3
29	3	—	—	3	2	1	1	3
30	—	—	3	3	2	—	1	3
31	3	1	—	3	2	—	1	3
32	1	1	2	3	1	—	2	3
33	2	—	1	3	3	—	—	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
34	2	2	1	3	3	—	—	3
35	1	1	2	3	2	2	1	3
36	2	—	1	3	1	1	2	3
37	3	—	—	3	2	—	1	3
38	3	—	—	3	1	1	2	3
39	1	1	2	3	3	—	—	3
40	3	—	—	3	2	1	1	3
41	2	—	1	3	—	—	3	3
42	2	1	1	3	1	—	2	3
43	2	—	1	3	—	—	3	3
44	3	—	—	3	2	—	1	3
45	1	—	2	3	1	1	2	3
46	2	2	1	3	1	1	2	3
47	2	—	1	3	2	1	1	3
48	2	1	1	3	3	—	—	3
49	3	2	—	3	3	2	—	3
50	1	1	2	3	2	1	1	3

DOŚWIADCZENIE 5.

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	1	—	2	3	8	3	2	—	3
2	2	1	1	3	9	3	—	—	3
3	3	—	—	3	10	3	2	—	3
4	2	1	1	3	11	2	1	1	3
5	3	—	—	3	12	3	—	—	3
6	1	—	2	3	13	1	1	2	3
7	1	—	2	3	14	2	2	1	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
15	2	—	1	3	33	2	2	1	3
16	3	—	—	3	34	3	—	—	3
17	2	1	1	3	35	3	—	—	3
18	2	1	1	3	36	—	—	3	3
19	2	2	1	3	37	3	3	—	3
20	1	—	2	3	38	2	—	1	3
21	3	2	—	3	39	2	1	1	3
22	2	—	1	3	40	3	1	—	3
23	3	—	—	3	41	1	1	2	3
24	1	—	2	3	42	3	—	—	3
25	2	1	1	3	43	—	—	3	3
26	2	1	1	3	44	3	3	—	3
27	2	—	1	3	45	3	1	—	3
28	2	—	1	3	46	3	—	—	3
29	1	1	2	3	47	2	—	1	3
30	3	—	—	3	48	2	1	1	3
31	2	—	1	3	49	1	1	2	3
32	1	—	2	3	50	3	1	—	3

PRZYPADEK XII-ty.

S. Katarzyna lat 42. Wyszła za mąż w 40 roku życia. Pierwszy poród przed zamążpójściem w 16-m roku. Mąż wybitny alkoholik. Chora przeniesiona ze szpitala prowincjonalnego. Ślady nosa siodłowego duże, defekt podniebienia. Słabe oddziaływanie źrenic. Silne zataczanie się przy chodzeniu. Niezupełnie orientuje się w czasie; w przestrzeni jako tako. Dementia w słabym stopniu. Euforja. Czyta źle, przepuszcza litery i wyrazy. Zaburzenia mowy i pisma.

Punctio lumbalis: liczne limfocyty.

DOŚWIADCZENIE 1.

DOŚWIADCZENIE 2.

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	2	1	1	3	2	—	1	3
2	3	1	—	3	2	—	1	3
3	1	—	2	3	2	—	1	3
4	3	—	—	3	3	—	—	3
5	3	2	—	3	3	3	—	3
6	2	—	—	3	3	1	—	3
7	2	—	1	3	3	—	—	3
8	3	—	—	3	3	—	—	3
9	1	—	2	3	3	—	—	3
10	2	—	1	3	3	1	—	3
11	3	1	—	3	3	—	—	3
12	3	—	—	3	3	—	—	3
13	2	—	1	3	3	—	—	3
14	3	—	—	3	3	—	—	3
15	3	—	—	3	2	—	1	3
16	2	—	1	3	2	—	1	3
17	2	—	1	3	3	—	—	3
18	3	—	—	3	2	1	1	3
19	3	—	—	3	2	—	1	3
20	2	—	1	3	2	—	1	3
21	3	—	—	3	3	—	—	3
22	3	1	—	3	—	—	3	3
23	3	—	—	3	3	1	—	3
24	2	—	1	3	3	1	—	3
25	3	—	—	3	3	1	—	3
26	2	—	1	3	3	—	—	3
27	2	1	1	3	2	—	1	3
28	3	—	—	3	3	—	—	3
29	3	—	—	3	3	—	—	3
30	3	—	—	3	3	—	—	3
31	3	—	—	3	1	—	2	3
32	3	—	—	3	3	—	—	3
33	1	—	2	3	3	—	—	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
34	3	—	—	3	3	—	—	3
35	3	—	—	3	3	—	—	3
36	2	—	1	3	2	—	1	3
37	3	—	—	3	3	—	—	3
38	2	—	1	3	3	—	—	3
39	3	—	—	3	3	1	—	3
40	2	—	1	3	3	—	—	3
41	3	—	—	3	2	—	1	3
42	3	—	—	3	2	—	1	3
43	1	—	2	3	3	—	—	3
44	2	—	1	3	2	—	1	3
45	2	—	1	3	2	—	1	3
46	3	—	—	3	3	1	—	3
47	3	—	—	3	3	1	—	3
48	3	—	—	3	3	—	—	3
49	3	—	—	3	3	—	—	3
50	2	—	1	3	3	—	—	3

DOŚWIADCZENIE 3.

DOŚWIADCZENIE 4.

1	3	—	—	3	3	—	—	3
2	3	—	—	3	2	—	1	3
3	3	2	—	3	2	1	1	3
4	3	—	—	3	2	—	1	3
5	3	—	—	3	2	—	1	3
6	2	—	1	3	3	—	—	3
7	3	—	—	3	3	—	—	3
8	2	—	1	3	3	—	—	3
9	3	—	—	3	3	—	—	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
10	3	—	—	3	3	—	—	3
11	3	—	—	3	2	—	1	3
12	3	—	—	3	3	—	—	3
13	3	—	—	3	3	—	—	3
14	2	—	1	3	3	—	—	3
15	2	—	1	3	2	—	1	3
16	3	2	—	3	2	—	1	3
17	3	—	—	3	3	—	—	3
18	2	—	1	3	2	—	1	3
19	3	—	—	3	3	—	—	3
20	3	—	—	3	3	—	—	3
21	3	2	—	3	3	—	—	3
22	3	—	—	3	2	2	1	3
23	3	—	—	3	3	—	—	3
24	2	—	1	3	2	2	1	3
25	3	—	—	3	2	—	1	3
26	3	—	—	3	3	—	—	3
27	3	—	—	3	3	—	—	3
28	3	—	—	3	3	—	—	3
29	3	—	—	3	3	—	—	3
30	3	—	—	3	3	—	—	3
31	3	—	—	3	3	—	—	3
32	3	—	—	3	3	—	—	3
33	3	2	—	3	2	—	1	3
34	2	—	1	3	3	—	—	3
35	3	—	—	3	3	—	—	3
36	3	—	—	3	2	—	1	3
37	3	—	—	3	2	—	1	3
38	3	—	—	3	3	—	—	3
39	3	—	—	3	2	—	1	3
40	3	—	—	3	3	—	—	3
41	3	—	—	3	3	—	—	3
42	3	—	—	3	2	—	1	3
43	3	—	—	3	3	—	—	3
44	2	—	1	3	3	—	—	3

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
45	3	—	—	3	3	—	—	3
46	3	—	—	3	2	—	1	3
47	3	—	—	3	2	—	1	3
48	3	—	—	3	3	—	—	3
49	3	—	—	3	3	1	—	3
50	3	—	—	3	3	—	—	3

DOŚWIADCZENIE 5-te.

№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma	№	Trafne	Lokaliz.	Błędne	Suma
1	3	—	—	3	26	3	—	—	3
2	3	—	—	3	27	3	—	—	3
3	2	—	1	3	28	3	—	—	3
4	3	1	—	3	29	2	—	1	3
5	2	—	1	3	30	3	1	—	3
6	3	—	—	3	31	3	—	—	3
7	2	—	1	3	32	3	—	—	3
8	3	—	—	3	33	3	—	—	3
9	3	—	—	3	34	3	—	—	3
10	2	—	1	3	35	2	—	1	3
11	3	1	—	3	36	2	—	1	3
12	3	—	—	3	37	3	—	—	3
13	3	—	—	3	38	3	—	—	3
14	2	—	1	3	39	3	—	—	3
15	3	1	—	3	40	2	—	1	3
16	3	—	—	3	41	3	—	—	3
17	3	—	—	3	42	3	—	—	3
18	3	—	—	3	43	3	—	—	3
19	3	—	—	3	44	2	—	1	3
20	2	—	1	3	45	3	—	—	3
21	3	—	—	3	46	2	—	1	3
22	3	—	—	3	47	3	1	—	3
23	2	—	1	3	48	3	—	—	3
24	3	—	—	3	49	3	—	—	3
25	3	—	—	3	50	3	—	—	3

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO
—
PROTOKÓŁY

Rok 1906.

Posiedzenie kliniczne d. 18 Września 1906 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 59 i gości 8.

- T r e ś ć:
- 1) KARWACKI L. — Pokaz hodowli preparatów oidium albicans z przypadku „schwarze Zunge“.
 - 2) KARWACKI L. — Poszukiwania nad rozwojem krętka bladego.
 - 3) KRAJEWSKI WŁ.—Lithiasis ductus choledochi.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol. WRETOWSKIEGO, Stanisława KIJEWSKIEGO, WIEŁOBYCKIEGO, KOZICKIEGO

(Radom), KIELKIEWICZA, GLIKSMANA, Władysława JANCZEWSKIEGO, i ZAPASIEWICZA.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali:

RZĘTKOWSKI K. Zur Frage der Blutbasizität beim gesunden und kranken Menschen.

RZĘTKOWSKI K. O niektórych zaburzeniach w czynności mięśnia sercowego w świetle najnowszych badań.

SOKOŁOWSKI A. Die therapeutische Bedeutung des Südklimas mit besonderer Berücksichtigung Algeriens.

SOKOŁOWSKI A. Klinik der Brustkrankheiten I und II B.

MALINOWSKI F. Przegląd chorób skórnych i wenerycznych. (Czerwiec, Lipiec i Sierpień).

IV. Prezes odczytał prośbę Towarzystwa kursów naukowych o oddanie sali i pracowni Towarzystwa Lekarskiego na wykłady i zajęcia praktyczne. Prośba ta w ostatniej chwili została cofnięta wobec pozostania Tow. Kursów naukowych w poprzednim swym lokalu.

HEWELKE zwraca uwagę prezydium na niewłaściwość przesyłania członkom memorandum o niewniesieniu składki członkowskiej przed upływem kwartału. Prezes obiecuje sprawę tę przedstawić zarządowi Tow.

VI. ŚWIĄTECKI Jan przedstawił chorego dotkniętego leukemią gruczołową, leczonego za pomocą promieni ROENTGEN'a.

VII. KARWACKI przedstawił hodowlę i preparat drobnowidzowy pleśnicy z przypadku tak zwanego czarnego języka, zaznaczając wielopostaciowość oidium. Uporczywe cierpienie zostało usunięte za pomocą pędzlowań tiolem. [Autoreferat].

Dyskusya. Jak to wspomniał prelegent, HEWELKE opisał w r. 1892 wraz z CIĄGLIŃSKIM przypadek tak zw. „Czarnego języka“.

Ani strona kliniczna tej sprawy, ani jej etyologia nie są dotąd dostatecznie opracowane.

Opisywane są pod tą samą nazwą procesy zupełnie różne. Odróżniają tu sprawy ostre i przewlekłe.

Te ostatnie zależą od zmian zwyrodnieniowych nabłonka języka— od jego zrogowacenia; stąd nazwy byperkeratosis (BROSIN), melanotrichia (SURMOON, RYDYGIER). W opisywanym przez H. przypadku sprawa trwała zaledwie dni kilka. Z nalotu czarnego, zdjętego z języka, udało się H. i C. wyhodować grzyb, który określili oni jako mucor rhizopodiformis. Sprawę zaś od niego zależną, nazwali mycosis linguae mucorina nigra.

Dotychczasowe poszukiwania bakteryologiczne nie były uwieńczone pomyślnym wynikiem. Znajdowano niekiedy zarod-

niki, nitki, nitki grzybów — ale hodowle wypadły ujemnie. Roth zaznacza, że nie udało mu się przytem zauważyć obecności czworoniaków ani *oidium albicans*. Wobec tego mogłoby się zdawać wątpliwem, aby znalezione przez K. *oidium albicans* miało być przyczyną *linguae nigrae*.

W przypadku H. i C. w hodowlach prowadzonych przy ciepłocie zwyczajnej, powierzchnia gleby w pierwszych dniach pokrywała się białym nalotem (grzybów), który, z czasem, w miarę dojrzewania i wytwarzania się główek sporonośnych, czerniał.

Być może, że coś podobnego miałoby miejsce i w hodowli K., tylko, że ciepłota wyższa, w jakiej ją prowadził, nie pozwoliła na całkowity rozwój grzybka. [Autoreferat].

W odpowiedzi HEWELKEMU KARWACKI zaznacza, że klasyfikacja pleśnic nie jest dokładnie ustalona, i że według niektórych botaników, oidia podobnie jak drożdże, mogą być niższą formą wegetacyjną grzybków, dalej, że czarne zabarwienie języka może zależeć od zmian w samym nabłonku.

VIII. Posiłkując się swemi poszukiwaniami nad *spirochaete refringens* i skąpemii danemi z biologii krętków i świdorców, KARWACKI ustawił formy pasorzytnicze, spotykane w zmianach przymiotowych w następującym porządku: krętek bladey, twory ziarniste, cytoryktesy i formy świdorcowe.

Odczyt uzupełniły pokazy za pomocą epidiaskopu.

W dyskusyi BRUNNER Jerzy, zaznaczając na wstępie uznanie dla pracy prelegenta, sądzi, że sprawę swoistości krętka bladego nie można jeszcze dotąd uważać wcale za rozwiązaną.

Ostatnia literatura przynosi coraz więcej komunikatów badaczy znanych i doświadczonych, którzy podają w wątpliwość nie tylko swoistość tych pasorzytów, lecz nawet uważają je za produkty sztuczne, nic wspólnego z pasorzytami nie mające. Obrazy otrzymane przy barwieniu srebrem są zdaniem niektórych, szczątkami komórek, włóknami włóknika i t. p. Przytem w bardzo wielu razach nawet najdoświadczeńsi badacze nie byli w stanie odróżnić t. z. *spirochaete pallida* od innych krętków. Pomylki więc są tu zawsze możliwe.

Feliks MALINOWSKI zaznaczył, iż krętek bladey został niewątpliwie uznany swoistym dla syfilisu na ostatnim dermatologicznym kongresie w Bernie (12—14 września 1906 r) dowodzą tego nader liczne doświadczenia NEISSER'a, który w produktach syfilitycznych u małp stale znajdował tego krętka, poszukiwania HOFFMANN'a, który przedstawił preparaty z krętkiem bladym ze wszystkich prawie organów, dotkniętych syfilisem. Prócz tego sprawą powyższą zajmował się cały szereg uczonych jak naprz.

EHRMANN, który znalazł spir. pallida w nerwach syfilityków, NEISSER i FINGER znaleźli krętka bladego w produktach trzeciorzędowych syfilisu. Produkty te okazały się zaraźliwymi, gdyż szczepienie nimi na małpach dawało dodatnie rezultaty. W produktach dodatkowego szczepienia (reinfectio) również stwierdzono obecność spir. pallida.

HOFFMANN bezwarunkowo odrzuca podaną przez KRZYSZTAŁOWICZA i SIEDLECKIEGO przemianę krętków. Za postacię przejściową można przyjmować artefacta i różne twory żyjące i przebywające w organizmie ludzkim. O przemianie można będzie mówić dopiero po przeprowadzeniu badań na hodowlach, teraz zaś nawet w trzeciorzędowych objawach znaleziono zwykłą postać krętka bladego. MALINOWSKI dzieląc do pewnego stopnia zdanie HOFFMANN'a wyraża jednak wysokie uznanie dla badaczy, mających przeniknąć tajemnicę tak ważnego, jak się okazało, zarazka dla ludzkości.

Co się tyczy rzekomych krętków białych w produktach niesyfilitycznych, to 1) próby szczepienia tych produktów nie wywołały syfilisu; 2) podobieństwo to jest tak złudnem, jak to stwierdzono przy gonokokach. Najlepsze różniczkowe metody barwienia gonokoków (GRAM) nie są jeszcze zawsze w stanie rozstrzygnąć sprawy, tak, że w wątpliwych razach trzeba się uciekać do hodowli. Bezspornie udoskonalone metody barwienia i hodowli krętka bladego usuną resztę wątpliwości.

[Autoreferat].

DĘBIŃSKI uważa również sprawę swoistości krętka bladego dotąd za nierozwiązaną; nie znajdowano ich u wszystkich syfilityków, a tam, gdzie je wykrywano, dotyczyło to powierzchni owrzodzeń, gdzie bardzo łatwo może być dużo różnych pasorzytów, przypadkowych jak również komórek zmacerowanych lub strzępów tkanek znekrotyzowanych.

RZĘTKOWSKI twierdzi, że każdy, kto widział krętki blade i inne, musi przyznać, że krętek biały bardzo różni się od innych. To zaś, że widziano krętki blade poruszające się, przemawia przeciw temu, jakoby były one sztucznymi tworam, od barwienia, utrwalania tkanek powstałymi.

[Autoreferat].

KARWACKI odpowiada BRUNNEROWI, że zarzut, jakoby krętek srebrzony jest artefaktem, nie odnosi się do krętków żywych, badanych w wiszącej kropli i do krętków, barwiących azurem.

W sprawie sztuczności krętków srebrzonych, osiągnięte zostały postępy w technice histologicznej, które pozwalają odsre-

brzyć całą tkankę i przywrócić jej wygląd prawidłowy; krętki zaś pozostają zabarwione na czarno.

Zarzuty, powtarzane przez BRUNNERA, pochodzą głównie od promotorów teorii cytoryktesowej.

Zresztą cała ta sprawa upada wobec otrzymania czystej hodowli krętka bladego. Istnienie całej masy odmian krętkowych pokrewnych nie osłabia znaczenia przyczynowego krętka bladego, tak jak istnienie laseczników kwasoodpornych nie zmienia roli laseczników gruzliczych.

IX. KRAJEWSKI W. wygłosił część swojej pracy pod tytułem „Lithiasis ductus choledochi”. Obejmowała ona zestawienie danych statystycznych różnych chirurgów zagranicznych z danymi prelegenta, opis stosunków anatomicznych, zachodzących między przewodami żółciowymi a trzustką, żołądkiem, dwunastnicą i innymi organami jamy brzusznej, wreszcie streszczenie przebiegu choroby chorej, dotkniętej przewlekłym cierpieniem ductus choledochi. Odczyt ilustrowanym był obrazami z epidiaskopu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*.

Sekretarz *T. Korzon*.

Posiedzenie kliniczne dnia 25 Września 1906 roku.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 65 gości 5.

T r e ś ć: 1) **KRAJEWSKI**. — „Lithiasis ductus choledochi“
(ciąg dalszy).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol.
WRETOWSKIEGO, **FEDOROWICZA**, **WIELOBYCHIEGO**, **KIELKIEWICZA** i **ZIELIŃSKĄ**.

III. **KIJEWSKI** Franciszek przytacza szczegółowe dane statystyczne z literatury polskiej, dotyczące operacyj na drogach żółciowych, pokrótce podaje zapatrywanie w tej kwestyi internistów i chirurgów, wypowiedziane na dwóch ostatnich zjazdach polskich i gorąco wzywa do częstszego, niż to obecnie ma miejsce, uciekania się do operacji przy cierpieniach przewodów żółciowych.

IV. **KRAJEWSKI** na wstępie przytacza wyniki otrzymane w 104 przypadkach, operowanych z powodu różnych chorób dróg żółciowych.

Z powodu kamicy operował 89 razy:

	Ogółem	Wyzdrowiało	Umarło
Cholecystotomia . . .	53	50	3
Cysticotomia	2	2	—
Cholecystectomy . .	19	16	3

	Ogółem	Wyzdro- wiało	Umarło
Choledochotomia . . .	3	1	2
Choletomia totalis . . .	8	7	1
Cholecystenterostomia .	4	4	—
S u m m a . . .	89	80	9

Procent śmiertelności: 10.1%.

Z powodu nowotworów złośliwych operował 15 razy:

	Ogółem	Wyzdro- wiało	Umarło
Cholecystotomia . . .	3	—	3
Cholecystectomy . . .	2	1	1
Choledochotomia . . .	1	—	1
Cholecystenterostomia .	4	4	—
Laparotom probatoria .	5	4	1
S u m m a . . .	15	9	6

Procent śmiertelności 40%.

Ogólny procent śmiertelności dla wszystkich przypadków 14,4%. Dodatkowe zabiegi wykonane podczas operacji na drogach żółciowych, na innych trzewiach, w liczbie 9 u nie pogorszyły statystyki i dla tego K. nie tworzy z nich osobnej grupy.

K. zaznacza, że nie może porównać otrzymanych przy operowaniu kamicy rezultatów z rezultatami KEHR'a, gdyż ten ostatni wszystkie przypadki, powikłane przez cholangitis infectiosa, włączył do wspólnej grupy ze złośliwymi nowotworami, przez co uniemożliwił wszelką kontrolę. Jeśli porównać ogólną statystykę, to wypada, iż KEHR miał 17.6% śmiertelności, K. zaś 14.4%.

W końcu swych uwag nad kamicyą dróg żółciowych wogóle K. twierdzi, iż niewątpliwie należy daleko częściej i wcześniej operować, aniżeli to dotychczas ma miejsce: wątpi jednak aby liczba dokonywanych na drogach żółciowych rękoczynów, dosięgła tak kolosalnej cyfry, jak operacye na wyrostku. Przyczynę upatruje K. w tem, iż przy appendicitis bezpośrednio niebezpieczeństwo od samej choroby jest większe, a od operacji mniejsze, przy kamicy zaś dróg żółciowych rzecz się ma odwrotnie.

K. osobiście jest zwolennikiem operowania: 1) w każdym przypadku, w którym wystąpiły, chociażby lekkie, objawy zakażenia dróg żółciowych. 2) W przypadkach ustalonego zamknięcia kanału pęcherzykowego. 3) Nakoniec, w przypadkach przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego. Nie uważa operacji za wskazaną tam, gdzie stwierdzamy kamienie w pęcherzyku, lecz chory nie ma żadnych dolegliwości, oraz podczas ostrego, owocnego, bezgorączkowego ataku, zatkania przewodu wspólnego.

Przechodząc do głównego tematu odczytu, K. stwierdza, iż klinika kamicy dróg żółciowych, zrobiła już dzisiaj dostateczne postępy na to, abyśmy mogli w praktyce rozróżnić dwa rodzaje cierpienia, mianowicie kamicyą dróg żółciowych dodatkowych i kamicyą dróg głównych. W dalszych uwagach K. zajmuje się tylko tym ostatnim rodzajem kamicy. Przedstawia szereg obrazów ilustrujących topografię dróg żółciowych głównych i podkreśla szczegóły anatomiczne, ważne dla należytego zrozumienia objawów klinicznych i racjonalnej terapii chirurgicznej kamicy tych dróg. Następnie odczytuje historię choroby, która, zdaniem jego, stanowi typowy obraz przewlekłego zatkania przewodu wspólnego. Przytacza 11 własnych operowanych przypadków

i demonstruje usunięte z przewodu wspólnego kamienie. Z pomiędzy tych 11-u chorych stracił 3-ch. Jedna chora już przed operacją miała przerzutowy ropień w mózgu, druga umarła w 3 tygodnie po operacji, przy objawach wyczerpania sprawności wątroby i cholangitis septica, trzecia w 10 dni po operacji, wyczerpana powstała przetoką dwunastniczą.

Na podstawie własnych obserwacji i danych zaczerpniętych z literatury, K. kreśli obraz kliniczny przewlekłego zamknięcia kamieniem D. choledochi, omawia poszczególne objawy, składające się na ten obraz, i dochodzi do przeświadczenia iż dzisiaj już, w znacznej części przypadków rozpoznanie postawić możemy. Ilekroć:

- 1) Wywiady wskazują na kamicę żółciową.
- 2) Istnieje żółtaczka umiarkowana, od czasu do czasu się nasilająca.
- 3) Zabarwienie moczu i kału barwnikami żółci jest zmienne.
- 4) Napady bólów samoistne są częste, krótkie i niezbyt silne.
- 5) Ucisk w zona pancreatico choledochiana — bolesny.
- 6) Zjawia się gorączka o typie przepuszczającym, którą chory, przez długi czas bardzo dobrze znosi.
- 7) Pęcherzyk żółciowy jest pusty.
- 8) Chory w krótkim stosunkowo czasie mocno wychudł.

Tylekroć mamy prawo przypuszczać, że taki chory cierpi na przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego.

Dalej K. zaznacza trudności rozpoznawcze, następujące się nie-raz wskutek częstych powikłań inną sprawą zapalną, ostrą (cholangitis, cholecystitis, pericholecystitis). Rozpoznanie utrudnić też mogą: zapalenie przewlekłe trzustki, rak trzustki, wrzód żołądka etc. K. przypuszcza jednak, że należyte zaznajomienie się z obrazem klinicznym uchroni w większości przypadków od pomyłek. Jedynie te przypadki, w których do istniejącej kamicy, dołącza się złośliwy nowotwór, będą czasami przedstawiały trudności rozpoznawcze nie do przewyciężenia.

Zdaniem K. rozpoznanie przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego, jest równoznacznem z postawieniem bezwzględnego wskazania do operacji. Niepodobna bowiem liczyć na usunięcie takiego kamienia siłami natury.

Zastanawiając się nad przeciwwskazaniem do operacji K. rozpatruje przyczyny śmierci chorych, niezależnie od samej operacji.

Są to mianowicie: 1) Cholangitis infectiosa, 2) Icterus gravis, t. j. Cholaemia (w sensie anatomicznym) plus wyczerpanie sprawności wątroby. 3) Diathesis haemorrhagica. 4) Wyczerpanie sprawności trzustki.

1) Dla określenia stopnia Cholangitidis infectiosae nie ma dotychczas żadnego kryterium. Osobiste doświadczenie wyrobiło w K. przeświadczenie, iż nader ciężkie stany chorobowe, wywołane przez zakażenie dróg żółciowych, mogą się poprawić po operacyi. Tak więc cholangitis infectiosa nigdy nie może stanowić przeciwwskazania, pomimo, iż czasami możemy się przeliczyć i chorego wskutek tego powikłania utracić.

2) Dotychczas nie mamy dostatecznie wyprobowanych metod badania dla określenia wyczerpania sprawności wątroby. Obecnie możemy jedynie twierdzić, iż obecność białka i cylindrów w moczu, silna urobilinuria, zmniejszenie ilości Hemoglobiny, oraz ilości czerwonych ciałek, Polikilocytosis i zmniejszenie alkaliczności krwi. winny wzbudzić podejrzenie upadku sprawności wątroby i skłonić do nader oględnej przepowiedni pooperacyjnej.

K. uznaje potrzebę wyprobowania takich metod badania jak Levulosuria alimentarna (STRAUSA), oraz kryoskopia w celu rozstrzygnięcia, czy za ich pomocą nie można będzie z większą pewnością określić upośledzenia sprawności wątroby.

3) Metody używane dla określenia czasu niezbędnego dla krzepnięcia krwi, dały dotychczas zbyt rozbieżne wyniki, aby je można było użyć praktycznie. K. jest zdania, iż w każdym ciężkim przypadku, o ile można jeszcze czas jakiś zwlec z operacją, należy wypróbować podskórne wstrzykiwanie chlorku wapnia (KÖRTE), lub też sterylizowanej żelatyny (KAPST), albo też podawać do wewnątrz Extr. gland. thyreoideae (KREN) w celu zmniejszenia niebezpieczeństwa krwawienia miąższowego.

4) Dotychczas niema sposobu określenia stopnia upośledzenia sprawności trzustki. Tu otwiera się wdzięczne pole do wspólnej pracy terapeutów z chirurgami.

L e c z e n i e przewlekłego zatkania kamieniem przewodu wspólnego, jest wyłącznie operacyjne. K. przedstawia na szemacie różne cięcia ściany brzusznej, proponowane dla operacyi na drogach żółciowych. Sam używa cięcia COURVOISIER-KOCHER, a jeśli przewiduje duże zrosty, to kątowne cięcie CZERNY'ego. Zdaniem K. oba te cięcia mają tę przewagę nad falistym cięciem KEHR'a, iż pozostawiają mniejszą przepuklinę.

K. twierdzi, że obmacywanie od wewnątrz dróg żółciowych nie jest dostateczne dla zdobycia pewności, iż nie zawierają ka-

mieni, dla tego też radzi w każdym przypadku, w którym istnieje chociażby cień wątpliwości, rozcinać całość dróg żółciowych od dna pęcherzyka aż do D. choledochus. Takie metodyczne rozcinanie dróg żółciowych, zastosował pierwszy DELAGENIÈRE w 1899 roku. K. używa tej metody od 1903 roku, opisuje ją i ilustruje obrazami nikiącymi. Jako zalety metody podnosi: 1) dokładność zbadania wszystkich dróg żółciowych; 2) łatwość odnalezienia dróg żółciowych głównych, bez względu na istniejące zrosty; 3) potrzebę usuwania zrostów, tylko w obrębie cięcia, nie zaś wszystkich istniejących; 4) наконец, łatwość drenowania, bez względu na to czy się pęcherzyk zostawia, czyli też się go usuwa. K. powiada, iż tej metodzie, nazwanej przez PANTALONI'ego, Choletomia totalis, głównie zawdzięcza postępy, jakie uczynił w radykalnem operowaniu, przy chorobach dróg żółciowych. To też poleca ją jako najlepszą metodę dla chirurgów, samouków, dążących do wyrobienia sobie odpowiedniej techniki operacyjnej.

W przypadkach wklonowania się kamienia, w dolnym odcinku przewodu wspólnego, K. odradza wykonywanie choledotho duodenostomii, z obawy przed przetoką dwunastnicową; góćąco zaś poleca wypróbowanie uruchomienia dwunastnicy KORHER'a. Przy pomocy tej operacyi PAY i LORENZ otrzymali już obecnie wyborne rezultaty, a K. w jednym przypadku uruchomienia dwunastnicy, podczas rezekecyi rakowatego żołądka, przekonał się o znakomitym dostępie, jaki mamy do D. choledochus po nakiem uruchomieniu.

K. kończy przepowiednią, iż w miarę wzrostu radykalizmu w operowaniu, wyniki będą daleko lepsze, ilość pozostających przetok i opisywanych pseudorecydyw daleko mniejsza, a w skutek tego i determinacya do operowania się wzrośnie tak pomiędzy chorymi, jak i między lekarzami wewnętrznymi.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Za Prezesa Wice-Prezes *Gabszewicz*.

Pom. Sekretarza *Ign. Landstein*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 Października 1906 r.

Przewodniczący Wice-Prezes *Gabszewicz*.

Członków obecnych 70 i gości 10.

- T r e ś ć: 1) JANOWSKI Władysław.—Pokaz wiskosimetru.
2) GOŹDZICKI. — Pokaz płuca dotkniętego emphysema bullosum.
3) Dalszy ciąg dyskusji nad odczytem W. KRAJEWSKIEGO.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto:

II. Do biblioteki Tow. kol. Sokołowski nadesłał książkę swoją, wydaną w języku rosyjskim p. t. Болѣзни органовъ дыханія. Болѣзни дыхательнаго горла и бронховъ.

III. P. O Wiceprezesa powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol. GLIKSMANA, WRETOWSKIEGO, GOŹDZICKIEGO, KIJEWSKIEGO Stanisława, PIOTROWSKĄ, Władysława JANCZEWSKIEGO, KIELKIEWICZA, KOSICKIEGO z Radomia, ZIELIŃSKĄ i KRAKOWSKIEGO.

IV. W. JANOWSKI pokazuje i objaśnia szczegółowo użycie przyrządu do badania lepkości płynów, (viscosimeter) i dodaje w końcu, że dotychczasowe badania, prowadzone przy pomocy tego przyrządu przez J. GURTZMANA na jego wydziale wykazują powiększenie lepkości krwi przy zastojach i duszności, zmniejszenie się przy zapaleniu nerek oraz możność odróżniania przesiązków od wysięków na zasadzie wyraźnej różnicy w ich lepkości.

[Autoreferat].

V. Goździcki demonstrował makroskopowy anatomo-patologiczny preparat rozedmy płuc pęcherzykowej (Emphys. bullosum) z chorej, 40 letniej kobiety, która zmarła na oddziale CHEŁMOŃSKIEGO na odmę płucną (pneumothorax), będącą następstwem pęknięcia pęcherza wielkości jaja gęsiego, który po otwarciu klatki piersiowej zwieszał się w jamę prawej opłucnej z przedniego brzegu trzeciego zrazu płucnego.

[Autoreferat].

SKŁODOWSKI w sprawie leczenia tej komplikacji kamicy żółciowej, która polega na uwięźnieniu przewlekłym (może lepiej: ustalonym) kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym, nie ma

już dziś, jak sądzę, zasadniczych różnic w poglądach. W teorii wszyscy zgadzamy się na jedno, że, skoro rozpoznanie jest pewne, to należy operować. albowiem przejście kamienia do kiszki drogą naturalną jest już wtedy zgoła nieprawdopodobne, a wysiłki natury, zmierzające do usunięcia zatyckki zapomocą przetoki wewnętrznej czy zewnętrznej, połączone są napewno z większem niebezpieczeństwem, aniżeli umiejętnie dokonana operacya.

Jeżeli zaś w zastosowaniu praktycznem powyższej tezy dają się zauważyć między lekarzami znaczne różnice indywidualne, wpływa to, zdaniem mojem, głównie z braku porozumienia w pewnych kwestiach dyagnostycznych.

Jedna z takich kwestyi wysunęła się na widownię stosunkowo niedawno, odkąd mianowicie zwrócono baczniejszą uwagę na fakt, że zatkanie przewodu żółciowego wspólnego przebiegać może z żółtaczką bardzo nieznaczną, albo nawet zupełnie bez żółtaczkki. Wprawdzie fakty tego rodzaju znane były i dawniej, lecz uważano je za wielką osobliwość, należącą, raczej do dziedziny anatomii patologicznej, aniżeli do kliniki. Tymczasem okazuje się, że nie są to bynajmniej przypadki wyjątkowe, ani też nazbyt do rozpoznania trudne. W szczegóły dyagnostyczne wdawać się tu nie będę — wyjaśnił je należycie prelegent w doskonałym swoim wykładzie — przypomnę tylko, że na jednym z posiedzeń przedferyjnych Sekcyi Chirurgicznej Dr. KRAJEWSKI przedstawił w mojem imieniu pacyentkę, w której, pomimo, iż żółtaczkka była zaledwie dostrzegalna i tylko chwilowo stawiała się wyraźniejszą, można było z pewnością niemal absolutną rozpoznać zatkanie przewlekłe przewodu żółciowego wspólnego.

Otóż, jakkolwiek znajomość omawianego faktu rozpowszechnia się niewątpliwie coraz bardziej, to jednak sądzić należy, że szeroki ogół lekarzy za mało jeszcze się z nim liczy, nie zawsze rozpoznaje podobne przypadki i *eo ipso* za rzadko kwalifikuje je do operacyi.

Drugim nie dość wyjaśnionym punktem dyagnostyki, na który pragnąłbym zwrócić uwagę Szan. Panów, jest pytanie, gdzie mianowicie leży granica pomiędzy zatkaniem ostrem, a przewlekłym, inaczej mówiąc, od kiedy już uważać mamy uwięźnięcie kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym za ustalone, a więc wymagające bezwzględnie operacyi.

Jest to pytanie zasadnicze, najgorętsi bowiem zwolennicy operacyi nie posuwają się tak daleko, ażeby każde zatkanie, a więc, co za tem idzie, każdy napad skuteczny kolki, uważać za wskazanie do operacyi.

Gdybyśmy mieli możność rozpoznawać wielkość zatykającego kamienia, sprawa ta przedstawiałaby się o wiele prościej.

Małe kamyki pozostawilibyśmy na razie własnemu ich losowi, licząc na możliwość ich przejścia drogą naturalną do dwunastnicy, większe kwalifikowalibyśmy odrazu do operacji. Oczywiście i tutaj spotkałoby nas niekiedy rozczarowanie, albowiem, jak wiadomo, kamienie mogą w przewodach żółciowych dalej rosnąć. Lecz przynajmniej w pewnej kategorii przypadków byłibyśmy wtedy upoważnieni do operacji wczesnej. Niestety o wielkości zatykającego kamienia nie posiadamy nigdy *a priori* należytego pojęcia, a nawet sam fakt zatkania mechanicznego może następczą w początku bardzo poważne wątpliwości. Nie pozostaje więc, jak sądzę, nic innego, jak ustalić na podstawie czystej empiryi pewien szablon i, o ile nie zachodzą jakie okoliczności szczególne, trzymać się tego szablonu w praktyce. Otóż, jak poucza nas empirya, zarówno zwykła żółtaczką zakaźną (t. zw. kataralna), jak i normalnie przebiegający napad skuteczny, nie trwają pospolicie dłużej nad 6 tygodni. Po 2 ch miesiącach szanse wyleczenia samorzutnego są już bardzo nieznaczne. Ten termin będzie więc zwykle dostateczny dla rozpoznania przeszkody stałej, a zarazem dla powzięcia decyzji operacji. Oczywiście, że zdarzać się będą przypadki mniej typowe, w których termin powyższy wypadnie z konieczności przedłużyć, w typowych jednak przypadkach nie uważałbym takiego postępowania za stosowne.

Trzecim wreszcie szkopułem, dającym powód do wahania się z operacją, są wątpliwości, dotyczące natury przeszkody. Przyznać należy, że pomimo najdokładniejszego opanowania wszelkich środków dyagnostycznych, bywają one nieraz wprost niezwalczone, zwłaszcza u ludzi starszych i którzy nigdy przedtem nie cierpieli na typowe napady kolki żółciowej, a więc, gdzie liczyć się trzeba bardzo poważnie z możliwością złośliwego nowotworu, umiejscowionego bądź to w drogach żółciowych, bądź też w brodawce Vater'a, lub w główce trzustki. Ale czyż wątpliwości tego rodzaju mają nas w tym razie powstrzymać od próby wyleczenia operacyjnego? Wszak jedyna ulga jaką tym nieszczęśliwym chorym przynieść możemy, polega właśnie na dokonaniu im operacji paliatywnej. Wszak po takiej operacji widywano nieraz poprawę, trwającą do pół roku i dłużej. A w dodatku, o ile chodzi o guz trzustki, to jeszcze nieraz, pomimo wielkiego prawdopodobieństwa raka, czekać nas może miła niespodzianka, że guz ów podejrzany okaże się prostem stwardnieniem zapalnym i chory zostaje uratowany. Przypuśćmy wreszcie najprzykrzejszą pomyłkę rozpoznawczą, tę mianowicie, że ani w drogach wydających, ani też w ich otoczeniu, żadnej przeszkody mechani-

cznej się nie znajdzie i że przyczyna żółtaczki tkwi w wyjątkowo uporczywym obrzmieniu zapalnym przewodów żółciowych.

Jeszcze i w tym razie, o ile choroba przyjęła obrót tak przewlekły, kto wie, czy sączkowanie przewodu wątrobowego nie okaże się leczeniem najracjonalniejszym. Wszak nawet w marskości przerostowej proponowano, o ile wiem, tę metodę.

[Autoreferat].

PRUSZYŃSKI stwierdza niezgodność zdań co do interwencji chirurgicznej w chorobach dróg żółciowych, jaka panuje u nas pomiędzy wybitnymi klinicystami. Gdy jedni uważają operację na drogach żółciowych jako ultimum refugium, drudzy, a tych jest znaczna mniejszość zalecają zabiegi chirurgiczne już po pierwszym ataku kolki wątrobowej.

Obawą przed wynikami operacji można objaśnić znaczny procent śmiertelności (do 30%) w 132 przypadkach zebranych przez KJEWSKIEGO z naszej literatury, a jednak są to wyniki bardzo dobre jeżeli przejrzymy historie chorób; w każdym przypadku niemal zwlekano z operacją do ostateczności.

Przyjmując na uwagę fakt, że kamica żółciowa nie jest sprawą tylko miejscową, że usunięcie kamienia nie leczy istoty choroby, że wreszcie po operacji w niektórych przypadkach pozostają przetoki lub zrosty pomimo najlepszej techniki, obranie chwili, w której trzeba się uciec do pomocy chirurga, wymaga wielkiej wprawy w badaniu i nadzwyczajnej oględności we wnioskowaniu.

Mając na uwadze stopień niebezpieczeństwa, w jakim znajduje się chory w danym okresie, P. jest zdania, że:

I) Operacja jest wskazana w przypadkach przejścia sprawy zapalnej z pęcherzyka żółciowego na otaczającą otrzewną, czy wystąpiło ono bez obrażenia ścian pęcherzyka, czy nawet po jego przedziurawieniu.

II) Operacja również winna być wykonana bez zwłoki w przypadkach zakażenia dróg żółciowych z objawami żółtaczki i gorączki przepuszczającej z obfitymi potami bez względu na siedlisko kamienia. Rozumie się, że mowa jest tutaj o t. zw. fièvre hépatique, która kolce nie towarzyszy. Gdy poprzednia gorączka przepuszczająca przyjmie cechy stałej, a w moczu wystąpi urobilina w większej ilości, operacja stanowi ultimum refugium, bo stan zakażenia jest ciężki, a zjawienie się obok zwykłej żółtaczki t. zw. ictère hémaphérique świadczy o ciężkim obrażeniu komórek wątrobowych, w których prawidłowy barwnik wytwarzać się nie może.

III) Operować należy w przypadkach stałej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego nawet wtedy, gdy niema objawów zakażenia dróg żółciowych, ze względu na upośledzenie odżywiania i na możliwość zakażenia, jako też bardziej poważnych zaburzeń czynności wątroby (cirrhosis biliaris ДИУЛАФΟΥ).

IV) Operować należy w razie zrostów, wywołujących stałe bóle lub niedrożność ze strony narządów otaczających, żołądka, dwunastnicy lub poprzecznicy.

V) Z operacją długo nie należy zwlekać, w razie otoku surowiczego. lub ropnego pęcherzyka żółciowego, nawet wtedy, jeżeli sprawa chorobowa na razie ma przebieg łagodny, nigdy bowiem nie możemy przewidzieć następstw otorbienia cieczy zapalnej, jako też możliwości przedziurawienia, lub nagłego wybuchu sprawy septycznej. Liczyć się tutaj należy z tem, że przy przewlekłym zapaleniu pęcherzyka, może dojść do rozległych i silnych zrostów. Lepiej operować na pęcherzyku wolnym, lub względnie wolnym, aniżeli na skurczonym i zaklinowanym. Oddzielenie takiego pęcherzyka, resp. cystectomy bez poważnego uszkodzenia wątroby, lub kiszki obyć się nie może: z jednej strony grozi choremu krwotok, z drugiej łatwość zakażenia rany operacyjnej.

VI) Wrazie raka pęcherzyka, rozumie się, operacja stanowi jedyny zabieg, dający względną nadzieję uratowania chorego.

VII) Jeżeli napady kolki powtarzają się często, a leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, to również uciec się trzeba do operacji nie tylko ze względu na dolegliwości, zatruwające życie choremu, ale i na to, że sprawa zapalna jest silnego natężenia i nie ma skłonności do złagodzenia; tutaj najczęściej mamy do czynienia z zakażeniem miejscowem ciężkiem.

Można czekać z operacją:

I) przy napadach, które powtarzają się w długich odstępach czasu, nawet wtedy, gdy występuje żółtaczka zapalna i gorączka przemijająca krótkotrwała;

II) przy ostrem zatkaniu przewodu żółciowego, które może być czasowe, jużto z powodu przejścia kamienia, już też rozszerzenia przewodu, w którego uchyłku może tkwić kamień bez wywołania jakichkolwiek zaburzeń.

W razie wątpliwości, czy w danej chwili zabiegi chirurgiczne są niezbędne, rozstrzygające znaczenie posiada badanie czynności wątroby, które od samego początku choroby ulegają zboczeniom.

Co się zaś tyczy techniki operacyjnej to P. jest za utrzymaniem pęcherzyka żółciowego, o ile ściany jego zmianom poważniejszym nie uległy. Aczkolwiek pęcherzyk żółciowy nie istnieje

u niektórych zwierząt, to jednak obecność jego posiada niewątpliwie pewne znaczenie jako kłapa bezpieczeństwa przy nadmiernem wytwarzaniu się żółci.

Z drugiej zaś strony obecność pęcherzyka ułatwia powtórna operację, a zwłaszcza sączkowanie przewodów żółciowych dotąd, dopóki drogi te nie oczyszczą się od czynników zakaźnych, a czynność wątroby nie ulegnie poprawie.

Badania P-go wspólnie z ŻEBROWSKIM, F. MAJEWSKIM, SIEMIŃSKIM okazały, że jedną z oznak takiej poprawy, jest zwiększenie się w żółci ilości kwasów żółciowych. [Autoreferat].

DUNIN przypomina, jak często niedokładne poglądy medycyny wewnętrznej wyjaśniają się na stole operacyjnym np. przy apendicitis, zatkanie ductus choledochi. Rozpoznanie kamicy żółciowej może być pewnem, jeżeli wszystkie objawy są pewne. Najważniejszy objaw — żółtaczka — głównie wskazuje na zatkanie ductus choledochi. Swędzenie i bradycardia nie są objawem upośledzenia czynności wątroby, widzimy ją tak samo w icterus catarrhalis. Przy żółtaczce kamicowej zwykle nie spotykamy swędzenia i bradycardii. Dalej gorączka stała wskazuje na zapalenie pęcherzyka żółciowego, chociaż może być gorączka stała i przy zatkaniu ductus choledochi. Inne objawy mają znaczenie podrzędne.

Co się tyczy wskazań do operacji, to absolutnie pewnych wskazań nigdy nie będziemy mieli. Każda forma kamicy nie może być uleczone bez operacji. Funkcje wątroby też nie stanowią wskazań, a co najważniejsza nie możemy dokładnie zbadać tych funkcji. Zresztą czynność wątroby może być dobrą, a mogą istnieć wskazania do operacji.

Najważniejszym wskazaniem zawsze będzie stan ogólny chorego, a więc ciągle powtarzające się bóle, ciągle chudnięcie i charłactwo chorego.

Mówca jest zdania, że im dłużej obserwuje się chorego, tem bardziej staje się zwolennikiem operacyjnego leczenia. Widzi się całą bezsilność medycyny wewnętrznej, a zwłaszcza tej nadmiernej wiary w Karlsbad. Tymczasem przy leczeniu wewnętrznem możemy otrzymać chwilowe ulgi.

Edward ZIELIŃSKI: 1) oświadcza się za wczesnem operowaniem, gdyż nie wiemy chwili, kiedy może nastąpić przerzut w organie ważnym (gdy np. w mózgu u pani S. w przeddzień operacji, dość wczesnie zadecydowanej), również jak i dla tego, że samodzielne wyeliminowanie się kamieni może pociągnąć za sobą wytworzenie fistuł i uchyłków, zwężających światło odźwiernika lub dwunastnicy (jak to mógł sprawdzić sekcyjnie u chorej, która

wybyła się kamieni i objawów zatkania przez utworzenie sobie drogi przez kamienie do dwunastnicy, lecz zmarła wskutek zwężenia pylori, uwarunkowanego uchyłkiem d. choledochi zawierającym kamień i zwisającym w światło pylori;

2) nie podziela optymizmu co do nie obserwowania recydyw, widział bowiem (u pana K. operowanego przed 4-ma laty) wychodzenie kamieni przez fistułę po latach dwu, a u innej chorej typową kolkę żółciową po 3 latach od chwili zoperowania;

3) radzi sondowanie nie tylko przewodu pęcherzykowego i żółciowego wspólnego, lecz i wątrobowych, gdyż i w nich mogą się tworzyć kamienie, choć ich brak na razie w pęcherzyku i d. choledochus (jak to wykazał wypadek sekcyjny), w którym znalazł Z. 3 kamienie w przewodach wątrobowych wielkości jaj gołębih, gdy przy operacji nie znaleziono ich w pęcherzyku ani w przewodzie wspólnym;

4) uważa za wysoce niefortunne wytyczne podawane dla wykreślenia regionis pancreatico choledochianae; gdyż za jeden z punktów tych wzięto pępek, który jest tak zmiennym, że może się znaleźć tuż nad spojeniem łonowym u jednostek z brzuchem obwisłym (veuter propendens), gdy z drugiej strony wiadomo, że pancreas nie ulega mobilizacji nawet przy ogólnej daleko zaznaczonej enteroptozie, — wobec czego proponuje zonę wspomnianą określać za pomocą inną: mianowicie, jeżeli ad acromion jednej strony przeprowadzić linię do $\frac{1}{2}$ lig. Pouparti strony przeciwnej ciała, to dwie takie linie przetną się na trzonie XII-m kręgu grzbietowego, t j. na ciełe trzustki, ergo w górnej połowie prawego rozwartego kąta, wytworzonego przez te dwie linie, leżeć będzie główka trzustki, a wewnętrzna strona wspomnianego kąta będzie wytyczną kierunku d. choledochi;

5) nie zgadza się, aby pęcherzyk żółciowy uważać za organ niezbędny; patrzeć nań trzeba, jako na organ szczątkowy (analogiczny do proc. vermic. et valv. Bauhini), a to dla tego, że pęcherzyk ten, jako receptaculum jest zbyt małym (pojemności 6 — 10 c. c) w stosunku do ilości dobowej żółci (niekiedy 2—3 litrów), nie wyciekającej przytem stale równomiernie, lecz nasileniami (w 1 — 3 i 5—7 godzinie trawienia), w których wydziela się prawie cała ilość żółci; brak pęcherzyka lub jego zupełna obliteracja w niczem nie wpływają na organizm chorego; nie mają wreszcie wcale pęcherzyka takie zwierzęta, jak słoń, jeleń, wielbłąd, koń, bóbr, nie licząc gołębi i papug, choć niektóre z nich wydzielają ogromne ilości żółci (np. koń 5 do 6 kilogramów na dobę);

6) nie obawia się złego wpływu na organizm w razach utraty żółci przez fistułę; przekonał się bowiem (u chor. K.), że

że tacy chorzy mogą się poprawić i funkcyonować znakomicie bez obecności żółci w przewodzie pokarmowym, o ile trzustka pełni swą funkcyę prawidłowo; na żółć bowiem nie należy (zdaniem Z.) patrzeć, jako na wydzielinę trawienną, ale jako na wydalinę (excret.), a to dla tego, że żółć a) nie wywiera żadnego trawiącego wpływu na fibrynę, albuminę, żelatynę, krochmal, nawet cukier; b) emulguje tłuszcze o 10 razy gorzej niż sok trzustkowy, dając emulsyę nietrwałą; c) dezynfekcyjnych własności nie posiada, jak to dowiódł STOLNIKOW; d) zawiera zaś w sobie tak obce dla organizmu składniki, że zatrzymanie ich i wessanie w krew powoduje ciężkie zatrucie ogólne (obniża t^o, zwalnia tętno, rozkłada krew, sprowadza zmetnienie i rozpad protoplazmy narządów parenchymatycznych); e) obserwowane stolce cuchnące, rozwój gazów bez obecności żółci w kiszkiach nie przemawiają na korzyść żółci bynajmniej, gdyż wszystkie zjawiska obserwowano u chorych z zamknięciem d. choledochi lub w razach acholii t. j. w stanach ciężkich całego organizmu; f) wreszcie zaznaczyć należy, że u lancetnika i u ryb jak również w najwcześniejszych stadyach rozwoju wszystkich kręgowców, wątroba ma cewkowatą budowę gruczołu wydalniczego i dopiero poczawszy od płazów, budowa się ta zaciera; g) w końcu dodać należy, że głównie z żółci wydalają się wszystkie metale ciężkie przy zatruciach (co ma zupełną analogię z wydzieliną nerek). [Autoreferat].

Rzętkowski dzieli kamice żółciową z punktu widzenia praktyczno klinicznego na jawną i utajoną. Jak to pouczają badania anatomo-patologiczne jawna jest znacznie rzadszą od utajonej, bowiem na sekcyach znajdujemy bardzo często kamienie żółciowe tam, gdzie za życia nie zjawiały się ono zupełnie. Terapeuta nigdy nie może twierdzić napewno, czy kamice żółciową wyleczył; co najwyżej — jego zarządzenia wpłynąć mogą na to, że kamica jawna na czas krótszy lub dłuższy przechodzi w utajoną. Kamica duct. choledochi należy do postaci jawnej, a objawy jej są ciężkie i choremu poważnie zagrażające. Jako taka — zdaniem Rz. kamica duct. choledochi należy wyłącznie do zakresu chirurgii pod względem leczenia.

Co się tyczy wpływu składu żółci na powstawanie kamicy żółciowej — jak to chce PRUSZYŃSKI, to Rz. mniema, że gdyby nawet tak było, to sprawa ta nie wyjaśnia zgoła powstawania kamicy żółciowej jako takiej. Można mieć kamienie w pęcherzyku, a nie być chorym na kamice. Obecność kamieni — to jeszcze nie wszystko; do wywołania choroby kamicy potrzeba jeszcze czegoś, co się składem żółci nie da wyjaśnić, ale może raczej — własnościami ścian dróg żółciowych. Wbrew przeto zda-

niu PRUSZYŃSKIEGO Rz. mniema, że lepiej jest usuwać przy operacji pęcherzyk i nie poprzestawać na wydobyciu zeń kamieni.

Następnie Rz. omawia metodę SCHMIDT'a oznaczania sprawności trzustki (podawanie woreczków z mięsem dla stwierdzenia, że nukleina ulega w kiszkastrawieniu oraz poprawianie się objawów dyspeptycznych — steatorrhea — pod wpływem przetworów trzustkowych — pankreon, pankreatyna).

[Autoreferat].

SAWICKI Bronisław przedstawia wyniki, otrzymane w jego oddziale szpitalnym w przypadkach przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego. Ogółem na wątrobie i drogach żółciowych wykonano 38 operacje na 32 chorych, z czego przypada 8 operacji na niedrożność przewodu wspólnego. Z tych ośmiu przypadków znaleziono podczas operacji i usunięto kamienie w 4-ch (trzy przypadki operowane przez S. i jeden przez LEŚNIEWSKIEGO). We wszystkich tych czterech przypadkach spostrzegano objawy typowe dla przewlekłej niedrożności przewodu wspólnego: bóle napadowe; wątroba duża, twarda; żółtaczka stała lub podczas napadów występująca (niekiedy tylko barwniki żółciowe w moczu po napadzie bólów); wreszcie towarzyszące napadom podniesienie ciepłoty.

W jednym z tych przypadków zauważono w zależności od napadów zmiany wielkości wątroby, t. j. podczas każdego napadu i po nim dolny brzeg prawego płatu wątroby obniżał się na 2—3 poprzeczne palce, poczem znowu podnosił się do góry. S. objaśnia to obrzmiewaniem wątroby wskutek zastoju żółci, a nadto prawdopodobnie skurczonym stanem przepony

W trzech przypadkach kamienie leżały w części przewodu wspólnego naddwunastnicowej, w jednym — w części pozadwunastnicowej. We wszystkich przypadkach przecinano przewód w części naddwunastnicowej i wtedy kamienie usuwano. W jednym przypadku przewód wspólny zupełnie zaszyto, w trzech zaś innych — drenowano przewód sączkiem gumowym. We wszystkich przypadkach otrzymano stałe wyleczenie.

Co się tyczy usuniętych kamieni, to w dwóch przypadkach były one w przewodzie pojedyncze (z tych w jednym pęcherzyk żółciowy, kamieni nie zawierał). W trzecim przypadku tuż nad dwunastnicą leżał jeden kamień wielkości śliwki węgierki, a nad nim kilka mniejszych.

Wreszcie w czwartym przypadku pęcherzyk żółciowy zawierał parę kamieni całych, a pozatem około 40 kawałków kamieni pokruszonych; trzy odłamki (jeden większy i dwa mniejsze) leżały w najniższej części przewodu wspólnego. W tym ostatnim

przypadku pacjentka przechodziła nadzwyczaj mocne bóle, silnie wyrażoną sprawę zapalną (liczne zrosty pęcherzyka, zarośnięcie przewodu pęcherzykowego). Otóż S. przypuszcza, że objawom tym towarzyszyły bardzo silne skurcze pęcherzyka, które spowodowały skruszenie kamieni, innych momentów wywiady nie wykazały.

Po za powyższymi czterema przypadkami S. przytacza jeszcze cztery inne, w których kamienia w przewodzie wspólnym nie znaleziono lub też go nie wyjęto. A więc;

Przypadek piąty dotyczył chorej w bardzo ciężkim stanie septycznym, z objawami ogromnego osłabienia. Postanowiono wykonać cholecystotomię, a o ile chora się poprawi, na drugim posiedzeniu usunąć kamień z przewodu. Po otworzeniu jamy brzusznej znaleziono, że pęcherzyk i część ponaddwunastnicowa przewodu wspólnego kamieni nie zawiera. W okolicy części pozadwunastnicowej wycięto twarde guziki, lecz wobec ciężkiego stanu chorej nie sprawdzono, czy to był kamień czy też gruczoł chłonny powiększony. Wykonano cholecystotomię. Chora tegoż dnia zmarła. Sekcji nie było.

W szóstym i siódmym przypadku niedrożność przewodu wspólnego była spowodowana głównie sprawą zapalną trzustki, chociaż udział kamieni w tej sprawie jest bardzo prawdopodobny. A mianowicie szósty przypadek dotyczył mężczyzny, który dostał napadów bólu przed 5-u miesiącami, poczem w 3 tygodnie wystąpiła żółtaczka. Chory przedstawiał obraz ciężkiego zatrucia żółcią. Podczas operacji S. znalazł:

Puchlina pęcherzyka, zarośnięcie przewodu pęcherzykowego, znacznie rozszerzony przewód wspólny, znacznie powiększona i mocno twarda główka trzustki, twarde guziki na tejże. Cięciem Косыря'а zwolniono część zstępującą dwunastnicy, odechylono ją i przekonano się, że przewód wspólny pogrążał się dolnym końcem w powiększoną główkę trzustki. Wobec tego postanowiono wykonać narazie cholecystotomię, mając na widoku drugą operację, o ileby przypuszczalny kamyk, tkwiący w ujściu przewodu wspólnego, nie został przepchnięty przez zwolnienie dwunastnicy i wygniatanie główki trzustki. W tym celu wycięto cały zarośnięty przewód pęcherzykowy, otworzono przewód wspólny i uastępnie ten ostatni połączono z pęcherzykiem, dno którego wszyto w ranę brzuszną. W parę dni po operacji śmierć spowodowana miąższowem krwawieniem do jamy brzusznej. Na autopsyi, obok braku objawów zapalnych ze strony otrzewnej, znaleziono ogromne wynaczynienie w jamie brzusznej i po za otrzewną, pokrywającą tylną ścianę tejże jamy. Dolny koniec prze-

wodu wspólnego przechodzi przez bliznowatą zwyrodnioną tkankę trzustki. Otwór na diverticulum Vateri przepuszcza zgłębnik żłobowy, ujście przewodu WIRSUNGIUSZA zarosnięte. Bardzo możliwe, że w ujściu przewodu wspólnego tkwił kamyk, który podczas operacji przepchnięto. S. żałuje, że w danym przypadku zaniechał wstrzykiwań podskórnych 2% roztworu żelatyny. Ten środek dał mu nadspodziewanie dobry wynik w dwóch przypadkach bardzo uporczywych krwawień, spowodowanych hemofilią wskutek długotrwałego zatrucia żółcią. Toteż odąd stale używa tego środka w podobnych przypadkach (żelatynę używa trzykrotnie przegotowaną).

Siódmy przypadek dotyczył chorej, która od 4 miesięcy cierpiała na bóle napadowe, a od 5 tygodni na żółtaczkę. Przy badaniu znaleziono, obok innych objawów, 5% cukru i 0,5% białka, co z góry pozwalało przypuścić cierpienie trzustki. Przy operacji znaleziono: pęcherzyk ma ściany znacznie zgrubiałe, lecz zarówno on, jak i przewód wspólny kamienie zawiera.

Trzustka twarda, główka jej znacznie powiększona. Gruzoły twarde powiększone w omentum minus i w lig. hepato-duodenale. Rozpoznano nowotwór złośliwy trzustki i wykonano cholecystenterostomię. Chora znacznie się poprawiła. W pół roku po operacji zmarła wskutek coma diabetorum. Na sekcji znaleziono objawy przewlekłego zapalenia trzustki ze znacznym zwężeniem ujścia przewodu WIRSUNGIUSZA i przewodu żółciowego (ten ostatni małym otworkiem wśród bliznowatej tkanki łączył się z dwunastnicą). Pęcherzyk zawierał nieco żółci z pływającymi w niej kłaczkami śluzo-ropnymi. W tym przypadku także prawdopodobnie cierpienie wywołane było kamieniami a rozpoznanie złośliwego nowotworu, postawione podczas operacji, okazało się mylnem. Znalezione na sekcji w pęcherzyku kłaczki śluzo-ropne wykazywały, że bakterie z jelita przenikały do tegoż pęcherzyka i tu wywoływały ropienie o słabem natężeniu. Wobec tego S. postanowił w następczych przypadkach zmodyfikować swe postępowanie przy cystenterostomii. Z tego względu przytacza przypadek nowotworu trzustki, choć ten łączy się luźno z omawianym przez prelegenta przedmiotem.

W tym ósmym przypadku przed operacją postawiono rozpoznanie nowotworu złośliwego, zamykającego przewód wspólny (silna żółtaczka przy braku bólów od początku choroby, swędzenie skóry, wątroba twarda, duża, z pod wątroby wystaje guz okrągły, pacjentka czuje się niedobrze od roku, lecz od trzech miesięcy bardzo szybko niszczeje).

Podczas operacji S. znalazł pęcherzyk, przewód pęcherzykowy i wspólny znacznie rozciągnięte. Cała trzustka duża, twar-

da, główka jej ma wielkość jaja kurzego. S. wykonał cholecystenterostomię w ten sposób, że pętlicę jelita czczego przeciągnął przez otwór w mesocolon. i przyszył do pęcherzyka żółciowego. Następnie poniżej miejsca, przechodzenia pętlicy przez krezkę wykonał na niej enteroenteroanastomozę. S. przypuszcza, że taka przepona z krezki kiszki grubej, jako też i zalecana już przez MIKULICZA enteroenteroanastomoza mogą w znacznym stopniu zmniejszyć szanse zakażenia dróg żółciowych przez zawartość jelita. W danym przypadku chora żyła jeszcze 2 miesiące. Początkowo nieco się poprawiła, później charłactwo poszło dalej i chora zmarła. Sekcyi nie wykonano.

Do powyższych ośmiu przypadków przewlekłej niedrożności przewodu wspólnego S. dodaje jeszcze opis jednego przypadku, który interesuje ze względu na ogromną tolerancję tegoż przewodu względem kamieni w niektórych razach. 65-letnia chora nigdy wyraźniejszych bólów w okolicy wątroby ani żółtaczki nie przechodziła. Przed 6 tygodniami uderzyła się w prawy bok i odąd poczęła chorować. Przybyła na oddział z objawami ropnia podprzeponowego po prawej stronie. Na operacji znaleziono ognisko ropne w wątrobie, które się otworzyło pod przeponą i dało objawy ropnia podprzeponowego. W 7 tygodni po operacji chora zmarła. Na sekcyi znaleziono: w przewodzie wspólnym duży kamień wałkowaty, zupełnie wolny, łatwo przesuwalny; wszystkie przewody żółciowe ogromnie rozszerzone tak, że po rozcięciu ściana przewodu wspólnego w poprzecznym wymiarze miała 10 cm. przewodu pęcherzykowego — 3 cm. Jama ropnia w wątrobie łączyła się bezpośrednio z rozszerzonymi rozgałęzieniami przewodu wątrobowego. W danym przypadku kamień musiał siedzieć lata całe w przewodzie wspólnym, który się doń przystosowywał, wskutek czego chora nie miała wyraźnych objawów niedrożności.

Przechodząc do wniosków ogólniejszej natury, S. wypowiada zdanie, że w każdym przypadku przewlekłego zatkania przewodu wspólnego operacja jest bezwarunkowo wskazana. Co się tyczy techniki operacyjnej, to S. godzi się zupełnie z prelegentem, że cięcie poprzeczne daje o wiele lepszy dostęp, niż podłużne lub zygzakowate (KEHR), zwłaszcza, jeżeli się choremu położy wałek pod lędźwie. Przy odszukiwaniu przewodu wspólnego w razie większych zrostów S. posiłkuje się tak samo metodą DELAGENIÈRE'a. Jako punkt wytyczny może tu czasami służyć nerka, od której lig. hepatoduodenale leży nieco ku przodowi i na wewnątrz. W odszukiwaniu kamienia należy mieć na widoku, że niekiedy mogą je naśladować twarde gruczoły chłonne, które mogą się znajdować na całym przebiegu przewodu wspólnego.

Dla usunięcia kamieni S. zalecałby stosować choledochotomię nad lub pozadwunastnicową. Natomiast obawia się choledochoduodenostomii ze względu na większą łatwość zakażenia.

W końcu S. omawia stanowisko, jakie zajęli w dyskusji nad danym przedmiotem koledzy interniści. Zeszli oni na grunt ogólnej kamicy i tu większość z nich stawiała swe wskazania do operacji za mało stanowczo. Wskazania te są już na zachodzie w znacznym stopniu ustalone i były dokładnie ujęte w przemówieniu SKŁODOWSKIEGO. Lini prelegenci okazali się wstrzemięźliwymi, motywując to z jednej strony trudnością niekiedy postawienia dokładnego rozpoznania, z drugiej zaś tem, że w pewnych razach nawet długo trwająca kamica z bardzo ciężkimi objawami może się kończyć pomyślnie. Otóż ten drugi motyw S. zupełnie nie przekonywa, bardzo bowiem często przewlekła kamica prowadzi do wręcz przeciwnego wyniku: sprawa kończy się przedziurawieniem pęcherzyka, zapaleniem otrzewnej, zapaleniem ropnem dróg żółciowych i t. p., a wówczas już zwykle chirurg nie ma co robić. Tam nawet, gdzie do powyższych powikłań nie dochodzi, lecz gdzie chory dopiero po dłuższych cierpieniach decyduje się na operację, chirurg znajduje takie zrosty i zmiany, że nie jest już w stanie wykonać operacji radykalnie. Te właśnie, na nie-szczęście liczne przypadki zniewalają do szybszego decydowania się na operację przy kamicy żółciowej. Chirurg nie może tu kierować się przy wskazaniach tym momentem, że sprawność wątroby oraz innych narządów zaczyna wykazywać braki. Tą drogą idąc, możemy raczej dojść do określenia stanu, kiedy już operować się nie opłaci. Tymczasem na operację należy się decydować możliwie wcześniej, zanim sprawność organów nie ulegnie poważniejszym zmianom. Należy bowiem mieć na widoku, że operacje w górnej połowie brzucha, na ogół biorąc, mają cięższy przebieg, niż operacje w dolnej połowie, co zależy najprawdopodobniej od podrażnienia przepony (pneumonia) oraz podrażnienia splotu brzuszego (wstrząs). To też, o ile ginekolog może długo czekać z zapaleniami na przykład przydatków i, pomimo znacznych zrostów, mieć wynik operacji dobry, o tyle chirurg, operujący drogi żółciowe, musi z operacją śpieszyć z wyżej przytoczonych względów. Operacje te są o tyle bezpieczniejsze i dają o tyle lepsze wyniki, o ile je wcześniej wykonano.

KRYŃSKI. W wykładzie swym przedstawił KRAJEWSKI dokładny obraz obecnych poglądów chirurgicznych i postępowania w przypadkach kamicy przewodu żółciowego. Z wywodami jego zgodni mniej więcej jesteśmy wszyscy, albowiem, pomijając szczegóły naszej interwencji czy też techniki operacyjnej, co do których każdy z nas wyrabia sobie pewien swój modus procedendi,

różnic zasadniczych w tym kierunku pomiędzy chirurgami niema. Lecz na co innego w tej chwili pragnę zwrócić uwagę. Chirurgia dróg żółciowych ostatnim dopiero dwu dziesięcioleciom zawdzięcza swój rozwój. W tym przeciągu czasu powstały takie wspaniałe statystyki, obejmujące już setki i tysiące przypadków operowanych, jakie widzimy u niektórych chirurgów obcych, jak ROBSON, TERRIER, KEHR i inn. Jakże skromnie przedstawiają się wobec nich nasze zestawienia przypadków żółciowych, które w ogólnej sumie u wszystkich chirurgów polskich wynoszą zaledwie paręset, a przyczyny szukać tu należy przede wszystkim u naszych kolegów internistów, którzy do ostatnich lat dziwnie odpornie zachowywali się w stosunku do interwencji chirurgicznej w tych przypadkach; w ostatnich czasach zauważyć się daje poprawa w tym kierunku, czego najlepszym dowodem dzisiejsza dyskusja. Ciekawe jest zestawienie tych trzech momentów z minionych choć nie tak dawnych czasów, które przypominają mi się w tej chwili. W roku 1900 na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie jednym z tematów wspólnych obrad chirurgów i internistów była właśnie sprawa dziś nas tu zajmująca.

Ogół naszych internistów wówczas usposobiony był bardzo niechętnie dla samej myśli interwencji chirurgicznej w cierpieniach dróg żółciowych i jeżeli niektórzy z mówców dopuszczali możliwość tej interwencji, to tylko jako zło konieczne przy bardzo ograniczonych wskazaniach. Minęły trzy lata i na Zjeździe chirurgów polskich 1903 roku w Krakowie sprawę tę znów postawiono na porządku obrad; wówczas zarówno referent-internista (PRUSZYŃSKI) jak i inni przemawiający, w zapatrywaniach swych poszli znacznie naprzód, zakreślając już dość szeroki zakres dla działalności chirurgicznej w tych chorobach. Jeszcze ubiegło trzy lata i w toczącej się obecnie dyskusji słyszeliśmy szereg poważnych przemówień kolegów internistów, którzy, mówiąc ogólnie, we wskazaniach leczniczych swoich zasadniczo nie wiele odbiegają od poglądów, wyrażonych przez nas chirurgów.

Widzimy więc, że w ciągu ubiegłych lat 6-ciu nastąpiła ogromna ewolucja w zapatrywaniach naszych na leczenie cierpień dróg żółciowych, że odbić się to powinno na poglądach ogółu naszych kolegów internistów i życzyć należałoby gorąco, aby na przyszłość zdania przedstawicieli tych dwóch głównych odłamów lecznictwa szły ręką w rękę w określaniu wskazań leczniczych w kamicy żółciowej.

Bardzo trafnie wyraża się w tej sprawie jeden z umysłów najkrytyczniejszych pośród współczesnych chirurgów, KOCHER. Zdaniem jego, istniejący ciągle spór pomiędzy internistami a chirurgami na temat: do kogo „należą” przypadki kamieni żółcio-

wych, do chirurga czy internisty, — niema racji bytu, albowiem należą one przede wszystkim do samych chorych i, jeżeli chory woli lata całe poświęcić na odpowiednie kuracje i picie wód, jeżeli wśród bólów i trwogi wyczekuje „przerżnięcia się“ kamienia drogą naturalną, to jest jego rzecz. Chirurg zaś winien w zasadzie w każdym przypadku kamicy żółciowej uważać operację za wskazaną, i przedstawić choremu, iż drogą tą szybciej i pewniej uwolnionym on być może od cierpień i zabezpieczonym od groźnych komplikacji w przyszłości.

Zarzuty, jakie obecnie leczeniu operacyjnemu stawiają internści, nawet będący zwolennikami operowania, dadzą się sprować do 2 punktów: 1) Pewna odsetka przypadków operowanych daje nawroty. Zarzut byłby słuszny, gdyby tak było w istocie, tymczasem zaś w rzeczywistości nikt jeszcze recydyw po usunięciu kamieni, nie stwierdził napewno, te bowiem kamienie, których obecność po operacji wykazano gdzieś w przewodach, pozostawały tam od pierwszej operacji za wiedzą lub nawet bez wiedzy chirurga. Najczęściej twierdzenie o obecności kamieni po operacji, oparte bywa na wystąpieniu bólów, imitujących napady kołki kamiczej. Jednakże jak stwierdzono przy powtórnych operacjach, objawy te w nieobecności kamieni zależyć mogą od wytworzenia się mocnych zrostów w miejscu operowaniem. Przypadki takie przytacza KEHR, podający właśnie bardzo mocno w wątpliwość możliwość tych nawrotów. 2) Drugi zarzut polega na kwestyonowaniu potrzeby operowania wobec tego, że cierpienie leczy się przecież i bez operacji.

Twierdzenie słuszne, acz jednostronne i odpowiedź na nie przedstawia przytoczone powyżej zdanie prof. KOCHERA. Zresztą w tym względzie przeprowadzić możemy analogię ze sprawą, której historia przedstawia także okresy gorącej walki o postępowanie lecznicze — mianowicie z *appendicitis*. I tu przecież przytoczyć można szereg przypadków zakończonych pomyślnie bez operacji, niekiedy nawet pomimo ciężkiego przebiegu, a jednakże niewiele chyba dziś znajdzie się lekarzy, którzyby w tym, czy owym okresie choroby nie kwalifikowali chorego do radykalnego wyleczenia drogą operacyjną. Objawy kamicy żółciowej leczyć się i wyleczać mogą niewątpliwie same, lecz w trakcie tego leczenia chory narażony jest każdej chwili na niebezpieczeństwo wybuchu zapalenia przewodów żółciowych ze wszystkimi groźnemi powikłaniami, jak ropienie, przebicie ściany, zapalenie otrzewnej etc. Tu więc chyba wskazane są, jeżeli już nie zasadnicza interwencja chirurga, to przynajmniej przy leczeniu wewnętrznem zbrojne pogotowie z nożem w ręku. Ale już zniknąć powinna na zawsze kolportowana przez publiczność, a nie-

stety niekiedy i przez lekarzy bajka o rozpuszczającym działaniu niektórych leków i wód, jak naprz. wody karlsbadzkiej na kamienie żółciowe.

Powracając do kwestyi operacyjnych, chciałbym tu podnieść sprawę najprostszego z zabiegów — cholecystotomiae idealis. Operację tę, wykonywaną początkowo dość często, obecnie robimy rzadko i zdaniem mojem, zupełnie słusznie. Ogólnie bowiem mówiąc, ogromną większość dzisiejszych naszych operacji na drogach żółciowych wykonywamy zapóźno, zazwyczaj w okresie silniej czy słabiej wyrażonego stanu zapalnego w przewodach i pęcherzyku. Rzecz prosta, iż w tych razach ograniczenie się tylko do wyjęcia kamieni i zaszcycie pęcherzyka doraźne byłoby karygodnem, albowiem jest rzeczą konieczną stworzenie warunków, umożliwiających ciągły odpływ nazewnątrz chorobowo zmienionej żółci i produktów zapalnych.

Jednakże operacya ta uzyska prawa i stosowaną będzie często wówczas, gdy operacye w kamicy żółciowej staną się u nas zabiegiem codziennym, gdy operować będziemy przypadki świeże, gdzie samo usunięcie kamieni z pęcherzyka zapobiegnie późniejszym ciężkim powikłaniom zapalnym, które dotychczas stanowią zazwyczaj wskazanie do interwencyi chirurgicznej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *T. Korzon.*

Posiedzenie kliniczne d. 10 Października 1906 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Obecnych członków 52 i gości 3.

- T r e ś ć: 1) STANKIEWICZ Czesław. — Pokaz przypadku „menstruatio praecox”.
- 2) Dalszy ciąg dyskusyi nad odczytem Wład. KRAJEWSKIEGO.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol. WIEŁOBYCKIEGO, WRĘTOWSKIEGO i Kizlera.

III. Władysław JANOWSKI powiedział co następuje.

W roku zeszłym (27. VI ¹⁾) powiedziałem że wskazania do operacyi przy kamicy żółciowej stanowią tylko te objawy, które dowodzą niewątpliwie, że kamienie żółciowe powodują stałe, lub trwalsze wogóle, zatrzymanie żółci całkowite lub miejscowe, albo też świadczą o zakażeniu żółci, mającem miejsce prawie wyłącznie przy jej zastoju. W tych bowiem warunkach kamica żółciowa z choroby o dolegliwościach miejscowych staje się cierpieniem o źródle niebezpieczeństwa ogólnego. Objawami świadczącymi o zagrożeniu organizmu przez owe niebezpieczeństwo ogólne są: 1) bardzo częste napady kolki, a więc bóle; 2) uporczywa (6 tygodni i dłużej) żółtaczka, choćby nawet bez gorączki z bezbarwnemi wypróżnieniami, spostrzeganemi stale, choćby przepuszczająco, ale często; 3) powstająca przy napadzie kolki, albo bez niego, gorączka, choćby nieznaczna i przepuszczająca, ale długotrwała; 4) częste napady obostrzenia zapalenia pęcherzyka żółciowego, z ew., naturalnie, poruszeniami gorączki i objawami podrażnienia otrzewnej.

Żadnych innych wskazań do operacyjnego leczenia kamicy żółciowej i dziś nie przyznaję, gdyż wynikać one mogą tylko z powyższych z góry apriorystycznych poglądów abstrakcyjnych, których wprowadzanie w czyn wydaje mi się uciążliwym bez ryzyka, że wpadniemy w przesadę analogiczną do stwierdzonej już

¹⁾ Patrz Pam. Tow. Lek. Warsz. 1905 str. 649.

dziś przy leczeniu operacyjnem appendicitidis, daleko jednak od niej niebezpieczniejszą ze względu na tereu operacji. Przeciwnie, wskazania powyższe wynikają wprost z czysto praktycznej oceny sytuacji przy wystąpieniu powyżej wyliczonych objawów klinicznych. Że zaś organizmowi, narażonemu na dłuższe lub często się powtarzające zatrzymanie żółci, grozi niechybna zguba, wynika to bezpośrednio z dokładnej znajomości i należytej oceny tych olbrzymich zmian anatomo-patologicznych, które zachodzą przytem w wątrobie.

Sądzę, że wszystko byłoby lepiej zrozumiałem, gdyby prelegent naszkicował choćby pobieżnie te zmiany, z których ciągłość pamięci i słusznej oceny całe rozumowanie kliniczne wynika z taką nieubłaganą konsekwencją, jak w niewielu zaledwie innych stanach patologicznych. Jedyny ten, ale zdaniem mojem ważny brak w skądinąd tak gruntownej pracy prelegenta postaram się dopełnić przez okazanie najbardziej pouczających preparatów mikroskopowych.

Pochodzą one ze zbadanych przezemnie w r. 1889—1891 10-u przypadków, w których zastój żółci (w 8-u z powodu kamieni) trwał od tygodnia do wielu miesięcy; dają one w ten sposób całość zmian anatomicznych przy omawianem tu cierpieniu i wymagają dopełnienia tylko kilkoma faktami, zdobytymi na drodze badań doświadczalnych przez innych autorów (z polskich RUPPERT i STEINHAUS).

Zatkanie przewodu żółciowego głównego podnosi ciśnienie w jego rozgałęzieniach obwodowych, przebiegających, jak wiadomo, pomiędzy zrazikami wątrobowymi. Podniesione to ciśnienie, oddając się w końcu na kapilary żółciowe, wywołuje anemizację sąsiednich części wątroby i pęknięcie tych kapilarów w częściach obwodowych zrazików już w kilka godzin po nastąpieniu zupełnego zatrzymania żółci. Rzeczony wylewy żółciowe (powodują obumarcie poprzednio zanemizowanych komórek wątrobowych, wskutek czego te ostatnie przyjmują uawet zabarwienie żółciowe. Obumarcie to następuje tak szybko, że nawet figury karyokinetyczne ulegają wszzech rozpadowi, o ile zastój żółci szybko nie występuje (STEINHAUS). Ilość powstałych ognisk nekrotycznych wątroby jest proporcjonalna do czasu trwania zupełnego zastoju żółci i zmiennej indywidualnie i dla różnych zwierząt jej ilości i może u człowieka być olbrzymią, jak widać na pokazywanych tu preparatach. Im dłużej więc trwa zastój żółci, tem większa liczba komórek przepada dla organizmu bezpowrotnie. Nadto w ciągu 24-ch godzin rozwija się dokoła tych ognisk zgorzelinowych nacieczenie drobnokomórkowe, co, z kolei, sprawa-

dza w dalszym swym następstwie zniszczenie innych jeszcze części normalnej tkanki wątrobowej i zastąpienie jej przez bliźnę.

Prawie jednocześnie — a więc w ciągu doby w ścianach przewodów żółciowych, od wielkich do najdrobniejszych, ulegających działaniu zmienionej już i prawie zawsze zakażonej (gronkowce lub laseczniki kątnicy), rozwija się zapalenie, które szerzy się per contiguum zwewnątrz nazewnątrz, przechodząc w ten sposób na sąsiednią tkankę wątrobową. W ciągu następnych dwóch dób zaczyna się nadzwyczaj szybki rozrost drobnych przewodów żółciowych drogą mnożenia się komórek nabłonkowych. Każdy z tych licznych kanalików żółciowych ulega prawie natychmiast nacieczeniu zapalnemu, przechodzącemu z kolei nazewnątrz, na tkankę wątrobową.

W ten sposób w trzy doby po nastąpieniu zupełnego zastój żółci cała wątroba stoi w ogniu: Kolosalna w niej liczba drobnych ognisk zapalnych dokoła niezliczonych kanalików żółciowych walczy o pierwszeństwo z olbrzymią liczbą ognisk zapalnych dokoła wyżej wymienionych ognisk zgorzelinowych. Wskutek tego w tym samym (3-im) lub następnym (4-ym) dniu rozpoczyna się jednocześnie w olbrzymiej liczbie miejsc szybki rozrost tkanki łącznej między-zrazikowej, co stwierdzone zostało za pomocą figur karyo kinetycznych przez RUPPERTA, PODWYSOCKIEGO i innych.

O ile zastój żółci trwa dalej, rozrost tkanki łącznej postępuje szybko naprzód, w prostym stosunku do ew. wciąż powstających ognisk nekrotycznych, do liczby wciąż nowopowstających kanalików żółciowych i do natężenia zapalenia dokoła nich, które, z kolei zależy od stopnia jądowości żółci w każdym poszczególnym przypadku, czyli od stopnia i rodzaju jej zakażenia. Powstałe tą drogą bardzo liczne smugi tkanki łącznej pomiędzy zrazikami zlewają się ze sobą, tworząc z początku wysepki, a potem nawet gołym okiem widoczne wyspy, wrzynające się stopniowo i w same zraziki. Ponieważ zaś ta tkanka łączna z pulchnej staje się w ciągu kilku tygodni twardszą ew. bliźnowatą, uciska więc zraziki z wielu stron, prowadzi do spłaszczenia, zniekształcenia, zaniku i stłuszczenia poszczególnych lub całych grup komórek wątrobowych, a nadto miejscami poprostu rozkawała zraziki wątrobowe, tak, że w najpóźniejszych okresach cierpienia wątroba traci miejscami swoją budowę zrazikową. Widać wtedy tylko liczne smugi tkanki łącznej z mniej lub więcej znaczną, miejscami olbrzymią jeszcze ilością kanalików żółciowych i pośród nich wysepki zanikłych, przepojonych żółcią, barwnikowo zwyrodniałych komórek wątrobowych pośród sieci porozszerzonych kapilarów krwionośnych.

Rzecz jasna, że podobna wątroba nie może spełniać należycie swoich czynności i że dlatego obok 1) zakażenia, mającego swe źródło w drogach żółciowych, wystąpić muszą klinicznie nadto 2) zatrucie żółcią, wchłanianą początkowo pod wielkim ciśnieniem, a dopiero potem, w miarę zanikania części komórek wątrobowych pod coraz mniejszem; 3) zatrucie produktami rozpadu tak licznych ognisk nekrotycznych; 4) zatrucie niedostatecznie rozpadłymi związkami amidowymi i im podobnymi, które nie mogą być rozłożone przez tak zmienioną wątrobę, i 5) zmniejszenie alkaliczności krwi, wskutek tylko co wymienionej okoliczności, odbijające się również ujemnie na biegu spraw spalania w organizmie. Słowem organizm staje się ofiarą zakażenia i niedostatecznej czynności wątroby, wynikającej z powyżej opisanych zmian w jej elementach miększych. Do tego przybywa jeszcze poruszana już tu przez innych niedostateczność trzustki oraz — przy częstem powtarzaniu się napadów zatrzymania żółci lub długim jej trwaniu — zagłodzenie i wyczerpanie chorego, wynikające z sumy działania wszystkich wyżej wyliczonych okoliczności.

Nie może więc ulegać najmniejszej wątpliwości, że, dla uniknięcia powyższego szeregu niebezpieczeństw, należy operować chorego, znajdującego się w jednym z czterech warunków przebiegu klinicznego choroby, omówionych na wstępie, a tembardziej w razie ich kombinacji, która niestety, miewa miejsce najczęściej.

Byłoby jednak zapalczywością zgola nieuzasadnioną, że należy operować każdego chorego, który miał choćby raz w życiu napad kolki żółciowej nawet z zupełnem, ale tylko kilkodniowem zatrzymaniem żółci. Nie można tego zalecać nawet takim chorym, u których napady te zdarzyły się nawet dwa razy, ale w przerwie wielomiesięcznej, resp. kilkoletniej i z przebiegiem tylko kilkudniowym. Stan ogólny takich osobników, jedynie miarodajny, niczem ani lekarza, ani pacjenta do postanowienia wykonania operacji nie zniewala, a znajomość anatomii patologicznej wskazuje również, że z podobnego chwilowego niebezpieczeństwa wątroba szybko się wyrównywa. Mianowicie, ogniska nekrotyczne, które w podobnych krótkotrwałych przypadkach nie są przecież bardzo liczne, ulegają wessaniu w ciągu 6—7 dni po ustąpieniu zastoju żółci; rozrosłe drogi żółciowe częściowo ulegają w ciągu 30—40 dni obliteracji, częściowo zaś, jak tego dowiedziono doświadczalnie, komórki ich przechodzą w wątrobowe, przyczyniając się do odbudowania uszkodzonej wątroby. Wreszcie same komórki wątrobowe, uwolnione z pod wpływu zakażenia ogólnego i bezpośredniego, z ciągłego zatrzymania żółcią i z fatalnych warunków krążenia, przez wzmoczone swo-

je dzielenie się przyczyniają się również do odbudowania w wątrobie poniesionych strat, co również stwierdzono za pomocą figur karyokinetycznych w przypadkach doświadczalnego przerwania zastoju żółci.

Dla tego, mianowicie, obstać stanowczo przy tych tylko wskazaniach do operacji, które wyliczyłem w roku zeszłym, gdyż te tylko są zgodne ze spokojną oceną faktów klinicznych, opartą nadto na należytej ocenie faktów anatomo-patologicznych.

Co do postępowania operacyjnego, to choć nie jestem chirurgiem, jestem zdania, że przyjęte przez Prelegenta, za przykładem innych, szukanie przeszkody w d. choledochus, poczynając od pęcherzyka żółciowego, jest jedynie racjonalnem.

Nigdy bowiem nie wiadomo, nawet operując chorego w pierwszym napadzie zatrzymania i zakażenia żółci, czy nie cierpiał przedtem od szeregu lat skrycie na kamienie żółciowe, które to cierpienie doprowadzić mogło do niedających się przewidzieć zniekształceń dróg żółciowych. Pamiętam o tem zawsze, bo zajmując się przez ciąg roku 1899-go anatomią patologiczną pęcherzyka żółciowego przy kamieniach, a zaraz potem (1890—1891) marskością wątroby przy tem samym cierpieniu, napatrzyłem się wtedy na różne niespodzianki anatomiczne w tym kierunku. Opisałem nawet przypadek, z którego rysunek tu pokazuję (figuruje on, jako 3-i w odnośnej mojej pracy w Gaz. Lek. 1891), a z którego wynika, że nawet w tak nadzwyczajnym przypadku, w którym tylko cudem do zastoju żółci nie doszło, postępowanie Prelegenta nietylko byłoby właściwem, ale nadto zmieniłoby zamienione cięcie d. choledochi na prostszą cystotomię.

Jestem też zasadniczo za zostawianiem pęcherzyka żółciowego przy operacji, o ile niema nieprzebytych przeszkód do jego zaszycia.

Pomijając bowiem tę okoliczność, ów pęcherzyk może z czasem służyć chirurgowi w przyszłości, jako Clader wtórnej operacji, zaznaczyć muszę, że według mego doświadczenia, opartego na szczegółowem zbadaniu mikroskopowem 16-u przypadków zapalenia pęcherzyka żółciowego przy kamieniach, zmiany w nim są tego rodzaju, że wycięcie jego może być niezbędnem tylko w przypadkach wyjątkowych. Uwaga ta dotyczy specjalnie tych przypadków, w których znajdujemy zawartość pęcherzyka ludzko podobną do ropy. Stanowi to specjalną własność płynów pozapalnych w pęcherzyku żółciowym, że prowadzić mogą do zasadniczych pomyłek w tym kierunku. Pomiędzy mymi 16-ma przypadkami były, mianowicie 4 takie, w których badanie na trupie pozornie przemawiało za zapaleniem ropnem pęcherzyka żółciowego, a 1 analogiczny preparat od chorego Bukowskiego,

wycięty przez niego w tem samym mniemaniu, a w których badanie mikroskopowe rzekomej ropy wykazało, że była to mieszanina śluzu, rozpadu tłuszczowego, cholestearyny nadto, co ważniejsza, dokładne zbadanie ścian pęcherzyka żółciowego, wykazało w nich zupełny brak zmian ostrych, cechujących, jak wiadomo, zapalenie ropne. Na możliwość popełnienia błędu w tym kierunku, nawet przez ludzi bardzo doświadczonych, zwracałem wtedy specjalną uwagę. Mniemam i dziś jeszcze — co wtedy napisałem — że, o ile pęcherzyk żółciowy miałby być wycięty tylko dlatego, że chirurg rozpoznaje w nim zapalenie ropne, to rozpoznanie to musi być koniecznie sprawdzone przez kogoś z jego pomocników przez doraźne zbadanie mikroskopowe zawartości pęcherzyka wymagające zaledwie minutę czasu. Dla chirurgów o wiele łatwiejsze od innych analogicznych operacji. W organie tym bowiem warstwa zewnętrzna podotrzewnowa, podług dokonanych przezemnie bardzo licznych pomiarów mikroskopowych, ulega łatwo bardzo znacznemu zgrubieniu, tak że, zamiast normalnych 0,5 mm, 0,8 mm, miewa często 2 mm, 3 mm.

[Autoreferat].

Czesław STANKIEWICZ Przypadek menstruatio praecox.

S. przedstawia 5-cioletnią dziewczynkę, która od 2¹/₂ lat miesiączkuje prawidłowo, co 28—30 dni, bez bólów. Miesiączka trwa 2 do 3 dni, jest nieobfita. Na parę dni przed wystąpieniem pacjentka jest smutna, pokłada się, ma sińce pod oczami-bolesnych molimina nie miewa. Od chwili zjawienia się czyszczeń miesięcznych zaczęły rozwijać się sutki, które obecnie przedstawiają się tak, jak u 14—15 letniej dziewczyny: ich wymiar podłużny wynosi 8¹/₂—9 ctm., poprzeczny 10—11 ctm. Brzuch z otoczką, szerokości 1 ctm., są wypukłone i cokolwiek obrzmiałe. Sutki pełnieją i twardnieją na 2—3 dni przed zjawieniem się miesiączki. Wysokość ciała 106 ctm. Skład ciała nie jest dziecięcy. Zaokrąglenie barków, szerokie o bogatej tej podściółce tłuszczowej biodra, pełne uda sprawiają, iż pacjentka ma wygląd kobiety dorastającej w miniaturze. Wzgórek łonowy, i wargi większe o znacznej podściółce tłuszczowej-pokryte rzadkimi, krótkimi płowemi włosami. Wargi mniejsze rozwinięte jak u dziecka. Hymen annulare.

Prócz pacjentki S. przedstawia dwie jej siostry, 12 i 13-letnią, które nie wykazują rozwoju t. zw. cech drugorzędnych płciowych (sutek, zaokrąglenie kształtów etc.), prócz poczynającego się obrzmienia brodawek sutkowych u starszej, obydwie nie miesiączkują.

Na uwagę zasługuje, iż matka pacjentki, licząca obecnie lat 40, nie miesiączkowała nigdy. Rodziła 9 razy, ostatnio przed

2-a miesiącami. 7-ro dzieci żyje (2 chłopców, 5 dziewczynek). Przyczyną wystąpienia *menstruatio praecox*, jak to przypuszczają ogólnie, jest przedwczesne dojrzewanie pęcherzyków pierwotnych jajnika.

[Autoreferat].

LEŚNIEWSKI opowiada spostrzegany przez siebie przypadek, 36-letnia mężatka przed 1½ rokiem po raz pierwszy miała napad mocnych bólów w podżebrzu prawem. Zalecono jej wówczas rozmaite leki i napad znikł. Przed 4-a tygodniami znów dostała bardzo mocnego napadu bólów w podżebrzu prawem, wkrótce dołączyła się żółtaczka, następnie gorączka wymioty. Napady te zaczęły następnie zjawiać się co parę dni, potem — coraz częściej, ostatnimi czasy codziennie, trwając długo. Stan ogólny chorej ciężki, gorączkowy; znać wyniszczenie na skutek długotrwałej uciążliwej choroby. Skóra blada, zlekką żółtaczkowa. Wątroba duża, dolny brzeg prawego płata dochodzi do wysokości pępka; wątroba twarda, na dotyk — bolesna. Pęcherz żółciowy nie wymacuje się. Inne narządy wewnętrzne ważniejszych zmian nie przedstawiały. L. rozpoznał przewlekłe zwężenie światła przewodu żółciowego wspólnego, prawdopodobnie wskutek uwężnienia kamienia żółciowego, zapalenie przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych i zaproponował chorej operację. Chora przybyła do oddziału. Tu zastosowano leki narkotyczne, okłady, dyetę, mając zamiar, wyczekując, doczekać się poprawy stanu ogólnego. Tymczasem chora, czując ulgę, straciła chęć do operacji i opuściła Oddział. Po upływie kilku dni znów zaczęły trapić chorą nieustające bóle w podżebrzu prawem, i wówczas już ostatecznie zdecydowała się na operację. Dokonał jej L. d. 14 Października 1904 r. Cięcie poprzeczne. Wątroba bardzo duża, sina, brzeg jej dosięga pępka, jest gruby. Po odchyleniu wątroby ku górze, w miejscu gdzie powinien leżeć pęcherz żółciowy — widać przyklepione starymi zrostami żołądek, sieć dużą, poprzeczną, razem stanowiące duży guz. Poza przyrośniętymi zrostami pęcherza ż. nie widać. Posuwając się ostrożnie udało się zrosty pooddzielać i wyosobnić pęcherz żółciowy, przewód pęcherzowy, wiąz wątrobowo-dwunastnicowy i dwunastnicę. Pęcherz wielkości dużej gruszki, w szyi jego wymacuje się kamienie; w przewodzie żółciowym wspólnym, poza dwunastnicą również wymacuje się kamień. L. zdecydował się dokonać typowej cholotomii.

Po wyciągnięciu z pomocą strzykawki z pęcherza ze 100 c. s. cieczy śluzowo-ropnej, przeciął tylną ścianę pęcherza podłużnie i wydobyl z szyi 2 kamienie, wielkości wiśni każdy.

Starając się wejść do przewodu pęcherzowego cienkim

zglębnikiem, przekonał się, że jest ten przewód zupełnie zarośnięty.

Wobec tego, manipulując ostrożnie, przesunął L. kamień tkwiący w przewodzie wspólnym z poza dwunastnicy ku przewodowi pęcherzowemu, i po nacięciu podłużnym ściauy przewodu wspólnego, wydobył kamień nazewnątrz. Był on wielkości dużej wiśni. Przez otwór ten przekonał się dostępnymi sposobami, że inny kamień w przewodzie wspólnym nie mieści się; że przewód wątrobowy jest znacznie rozszerzony, kamieni również nie mieści. Następnie próbował z pomocą cienkiego zglębnika, zagiętego haczykowato wejść do przewodu pęcherzowego od strony prz. wspólnego, lecz rychło przekonał się, że i z tamtej strony przewód jest zarośnięty. Wówczas zastanowił się, co ma robić dalej. Podług panujących poglądów należało pęcherz żółciowy wraz z zarośniętym przewodem wyciąć. Lecz L. postanowił postąpić odmiennie, mianowicie — powziął zamiar odbudować zarośnięty przewód pęcherzowy. W tym celu przebił zarośnięty przewód podłużnie zglębnikiem drucikowym, i na drucie przeciął podłużnie przewód. Następnie wprowadził cienką rurkę gumową do przewodu wątrobowego, zaś koniec zewnętrzny rurki ułożył w miejscu rozciętego przewodu pęcherzowego i pęcherza żółciowego. Ponad rurką zaszył szwem 2-piętrowym strunowym rozcięty pęcherz i przewód żółciowy, co udało się z łatwością. Mając przesączkowany przewód ż. wątrobowy, zaszył otwór w przewodzie wspólnym. Przestrzeń podwątrobową wypełnił muślinem jodoformowym, końce muślinu wyprowadził nazewnątrz, resztę rany ściany brzucha zaszył. Z sączka wypływało z początku 500—600 c. s. gęstej, brunatnej, cuchnącej żółci na dobę, następnie coraz mniej, i żółć powoli oczyściła się. Muślin, wyciągany z pod wątroby nigdy żółcią zabarwiony nie był, co dowodziło, że zaszyte organy: pęcherz ż., przewody? pęcherzowy i wspólny zarosły dobrze, żółci nie przepuszczały. Gorączka wkrótce po operacji znikła. Po upływie 2-tygodni sączek usunięto, i żółć wypływała z otworu w pęcherzu żółciowym. Po upływie 6-u tygodni od operacji chora opuściła oddział, czując się zupełnie pomyślnie. Wątroba znacznie zmniejszyła się z małej przetoki wypływała w niedużej ilości żółć. Kilka miesięcy po opuszczeniu oddziału przez chorą, żółć wydzielala się z przetoki na brzuchu, następnie zagoiła się samoistnie i chora ma się zupełnie pomyślnie, tak jak to bywa po udanej operacji.

Przypadek ten L. przytoczył dla tego, że spróbował odbudować przewód ż. pęcherzowy. Być może sposób, do jakiego L. uciekł się w danym przypadku, nie jest zupełnie dobrym, lecz chodzi mu w tej chwili o nadanie prawa obywatelstwa — myśli,

która wydaje mu się jaknajbardziej uzasadnioną. Dawniejszymi czasy bardzo chętnie usuwali chirurdzy chorobowo zmieniony pęcherz żółciowy, rozumując, że i bez niego organizm ludzki może prosperować. Dziś kol. Sawicki i L. patrzą na to inaczej. Nigdy, usuwając stwierdzony kamień z przewodu ż. wspólnego, nie może widzieć chirurg, czy nie pozostawił tam drugiego, lub czy nie wytworzy się w przewodzie blizna, która zamknie przewód. Skoro po usunięciu pęcherza ż. i kamienia z przewodu wspólnego chory po upływie pewnego czasu ma znów objawy zamknięcia światła przewodu wspólnego, wówczas położenie chorego staje się prawie bez wyjścia. Tymczasem zachowany pęcherz żółciowy będzie stanowił wówczas klapę bezpieczeństwa: dokonana wówczas cholecystostomia, lub cholecystenteroanastomozą może uratować choremu życie. Dla tego też nienależy usuwać pęcherza żółciowego, a co za tem idzie — należy wypracować metodę odrestaurowania zarośniętego przewodu ż. pęcherzowego.

Następnie L. sądzi, że odczyt kol. KRAJEWSKIEGO prawdopodobnie dąży do wyprowadzenia krótko sformułowanych wniosków, które pozwalałyby oryentować się w poruszanej przez kol. KRAJEWSKIEGO sprawie chorobowej. Kilku mówców starało się wnioski te wyprowadzić, lecz zdaniem L. niedość plastycznie. Otóż L. sądzi, że z licznych przemówień zostało aż nazbyt uwidoczniomem, że dziś już umiemy zupełnie dokładnie rozpoznawać obecność kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym w tych przypadkach, w których kamień zmanifestował swoją obecność. Obecność kamienia żółciowego w przewodzie wspólnym nie tylko wtedy jest ciężką chorobą, kiedy powoduje mniej lub bardziej ciężki napad, lecz i wtedy, gdy leży pozornie spokojnie w przewodzie. Spostrzeżenia odnośne wykazują, że i wtedy może on zupełnie niespodzianie dla chorego i dla lekarza wywołać nie dające się nigdy przewidzieć jaknajcięższe powikłania.

Następnie panowie terapeuci mogli przekonać się, że cały szereg chirurgów polskich opanował w zupełności technikę operacji, dokonywanych na drogach żółciowych: technikę doprowadzono już dziś do wysokiej doskonałości. Ztąd da się wyprowadzić następujący wniosek. Skoro lekarz na mocy obserwowania chorego dojdzie do przekonania, że w przewodzie ż. wspólnym tegoż mieści się kamień wówczas nie powinien ludzi ani chorego ani siebie, że potrafi kamień ten „wyprowadzić“ czy to z pomocą wód karlsbadzkich i innych, czy to gliceryny, oliwy i t. p., lecz winien zdobyć się na stwierdzenie faktu, że kamień ten może być usunięty tylko z pomocą operacji. Oczywiście, nie należy robić operacji w czasie pierwszego napadu, gdyż mo-

zna mieć słabą nadzieję, że kamień przejdzie samoistnie. Lecz skoro 2—3 napad wykaże, że kamień napotkał w przewodzie takie warunki, iż samoistnie wydostać się nie może, wówczas wydobyć go można tylko z pomocą operacji.

Operować w ostrym napadzie należy tylko wówczas, gdy objawy są bardzo dużego natężenia. W innych przypadkach należy operować możliwie po przebytych napadach. Jakiegoś terminu ani minimalnego ani maksymalnego L. nie podaje; dla każdego danego przypadku może on być innym. [Autoreferat].

PRUSZYŃSKI zaznacza, że wskazania przezeń przedstawione przy kamicy żółciowej czerpane są z jego pracy, ogłoszonej również za granicą w języku niemieckim. Wskazania te przeszły szczęśliwie krytykę i są w zagranicznej literaturze cytowane.

P. czyni następnie zarzut niektórym naszym chirurgom, że operowali przypadki rozpaczliwe i że pomimo doskonałej techniki utrudnili rozpowszechnienie operacyjnego leczenia kamicy żółciowej.

Jeżeli we wskazaniach na pierwszym miejscu P. postawił przejście sprawy zapalnej na otaczającą otrzewną to nie znaczy bynajmniej, że należy czekać z operacją do takiego stanu tylko że nawet i w tak niebezpiecznym obecnie można oczekiwać wyników pomyślnych przy interwencji chirurgicznej.

Porównanie niebezpieczeństwa, wynikającego ze zwlekania z operacją kamieni żółciowych, z niebezpieczeństwem, grożącym choremu, który przebył zapalenie wyrostka robaczkowego mówca nie uważa za szczęśliwe, przy kamicy żółciowej bowiem napady mogą być bardzo przykre lecz niegrożą zazwyczaj bezpośrednio niebezpieczeństwem, gdy tymczasem w przypadku przebytego zapalenia wyrostka robaczkowego nie można być pewnym, czy recydywa nie da powodu do zapalenia otrzewnej lub przedziurawienia wyrostka.

Pojęcie o niedostatecznej czynności wątroby nie jest u nas dostecznie ustalone. Niedostateczność wynikająca ze zmian anatomicznych przedstawionych przez JANOWSKIEGO, stanowi w istocie przeciwwskazanie do operacji ale to jest okres ostateczny. Czynność wątroby w przebiegu kamicy jest upośledzona od samego początku choroby; to też w każdym przypadku badania w tym kierunku zaniechać nie należy.

Przed półwiekiem sądzono, że wątroba przedstawia narząd regulujący ciśnienie krwi w jamie brzusznej i wydzielający żółć. Obecnie wiemy, że jest to gruczoł posiadający najrozmaitsze własności, że w nim odbywają się sprawy syntezy, mosdnienia, obwodnienia, utleniania, rozszczepiania, regeneracji i rozpadu pierwiastków morfologicznych krwi, oczyszczenia ustroju z nadmiaru soli i składników organicznych i t. d.

To też dziwnem wydaje się mówcy zdanie, że żółć nie posiada żadnego znaczenia dla ustroju, bo w tej kwestyi jeszcze jest wiele do zrobienia. Biorąc na uwagę rozmaite czynności wątroby, P. zaznacza, że w celach praktycznych dadzą się użytkować 1) własność przeobrażania wodoru węgla na glikogen i zatrzymywania nadmiaru ich 2) własność przemieniania barwnika krwi na barwnik w żółci przez zdrowe komórki wątrobowe, jak tego ostaniem czasu dowiódł Borowicz, a natomiast wytwarzania barwników przejściowych (urobiliny) w stanach patologicznych, 3) własność utleniania związków amoniakalnych i wytwarzania mocznika 4) sposób w jaki wątroba pozbywa się obcych dla ustroju barwników, z zewnątrz wprowadzanych.

Na tej podstawie P. radzi przeprowadzać próby nad lewulozurą pokarmową, na obecność urobiliny (o ile ta wybitnie występuje), oznaczenie stosunku mocznika do amoniaku w moczu, wreszcie określenie sposobu wydzielania się błękitu metylenowego, który przy zaburzeniach w czynności wątroby przybiera cechy przerywanego (élimination polycyclique).

Inne próby jak punkt kryoskopowy moczu, krzepliwości krwi, zboczenia w ilości jej składników posiadają obecnie znaczenie uboczne.

Wreszcie P. dodaje, że nie w każdym przypadku wszystkie próby mogą dać wynik dodatni, gdyż obecnie nie wiemy, jaka czynność w pierwszym rzędzie przy kamicy bywa upośledzona.

Kamica żółciowa jest następstwem zaburzeń w przemianie materii i pod tym względem jest pokrewną z kamicą nerkową, podagrą, oksalurją, cukrówką moczową i otyłością: zakażenie aczkolwiek nadzwyczaj ważną, jednak nie podstawową w tej sprawie odgrywa rolę. Wielu ludzi posiada kamienie żółciowe, nie wielu jednak cierpi z powodu tej choroby. [Antoreferat].

MAYZEL zaznaczył, że badając mocze ikteryczne czy z urobilinurją przy cierpieniach wątroby, nie napotykał owych nieokreślonych bliżej kryształów igiełkowatych, rozpuszczalnych w kwasie siarczanym, o jakich wspominają ROBSON i CAMMINGE.

Zachodzi pytanie czy to nie były kryształy fosforanu wapnia, odmienne od zwykłych, lub też event. tyrozyna.

Również opisywanych przez niektórych autorów: S f e r o i d a l n y c h kryształów s z c z a w i a n u w a p n i a, jako napotykanych przy cierpieniach wątroby w moczu, M. nie znajdował częściej w moczach zawierających barwniki żółciowe lub urobilinę, niż w moczach wolnych od tych barwników. Demonstrując takie sferoidalne kryształy pod mikroskopem, (pochodzące z przypadku Neurastenii z nieładami w trawieniu), M. objaśnił, że formy sferoidalne szczawianu wapnia, mające być według nie-

których, oksaluranem wapna, są zjawiskiem w moczu w ogóle nie częstym. Występują one przy t. zw. Oxalurii razem ze zwykłymi oktaedrycznymi kryształami, a niekiedy w ilości nawet przeważającej formy oktaedryczne. Bardzo rzadko zdarzają się same, bez postaci oktaedrycznych. W cylindrach nerkowych in vivo szczawian wapna występuje właśnie w tych sferoidalnych postaciach.

Co do barwników żółciowych w moczu to w rozmaitych cierpieniach wątroby, samoistnych lub następnych, barwniki żółciowe bywają poprzedzane przez urobilinę, która posiada niemałe znaczenie.

Jednocześnie MAYZEL okazał pod mikroskopem kał dziewczynki 9-letniej, z niezwykle wielką ilością jajek dwóch naraz pasorzytów, *Ascaris lumbricoides* i *Trichocephalus dispar*. Jajka literalnie gęsto zaścieślały pola mikroskopowe. Kał był rzadkawy, śluzowaty, z nieco liczniejszymi leukocytami, bez krwi. Innych zaburzeń brzusznych, prócz zdarzających się od czasu do czasu rozwoleń błada dziewczynka nie przebywała. Raz przed 3-ma miesiącami wystąpiły krótko trwające i przelotne drgawki („konwulsje“).

[Autoreferat].

KIJEWSKI, nawiązując rzecz do pierwszej części odczytu KRAJEWSKIEGO, kreśli rozwój chirurgii dróg żółciowych u nas. Przegląd literatury naszej od roku 1887, t. j. od ogłoszenia przez ZAGÓRSKIEGO pierwszych odnośnych spostrzeżeń do chwili obecnej, wykazuje bardzo małą ilość prac, dotyczących sprawy chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

Każdy też przyczynek przedstawia dla nas pewną wartość. KIJEWski sam wykonał u 14-u osobników 17 zabiegów chirurgicznych przy kamicy żółciowej, przeważnie na pęcherzyku żółciowym — cholecystotomią idealną, cholecystotomią z drenowaniem i raz jeden choledochotomią.

Niektóre przypadki K. spostrzegwał w ciągu kilku lat; na zasadzie swoich spostrzeżeń przytacza też odnośne uwagi.

Wszystkich spostrzeżeń, w których stosowano chirurgiczne leczenie kamicy żółciowej u nas K. zebrał 132. Jest to niezmiernie mała liczba, w porównaniu z cyframi operacji przytoczonemi przez ROBSON'a, MAYO, KERR'a, KOERTE'go, RIEDL'a i innych.

K. zastanawia się nad przyczynami tak małego rozwoju chirurgii dróg żółciowych u nas i widzi w odmiennem zapatrywaniu się internistów na kamicy żółciową, jedną z głównych przeszkód, do rozwoju omawianej sprawy.

Interniści nasi przez szereg lat niechętnie zwracali się z te-

go rodzaju chorymi do chirurgów; — ciężkie tych przypadki, rozpaczliwe, niezmiernie długo trwające, które w większości doprowadzały do wyniszczenia organizmu, dostawały się do rąk chirurgów, ztąd też wyniki operacji nie były świetne. Według obliczeń K. na zasadzie zebranego materiału 24% śmiertelności dały operacje na drogach żółciowych przy kamicy. Już w r. 1903 PRUSZYŃSKI znacznie rozszerzył wskazania do leczenia chirurgicznego kamicy, a od roku 1905 u nas, przyuważmy w Warszawie daje się zauważyć stanowczy zwrot w tym kierunku, mamy też nadzieję, że liczba leczonych tą drogą chorych znacznie się zwiększy i wyniki będą o wiele pomyślniejsze.

Dalej K. rozpatruje wskazania do zabiegów chirurgicznych przy kamicy. Obecnie większość chirurgów nie operuje wszystkich chorych na kamice. Przypadki, w których napady kolki wątrobowej są małe i rzadko występują, oraz ostre zatknięcia przewodu żółciowego wspólnego nie nadają się do interwencji chirurgicznej.

K. przytacza wskazania KEHR'a, KOERTE'go i CHAUFFARD'a. W przypadkach ostrych, zakaźnych, zagrożających życiu chorego do operacji należy przystąpić bezzwłocznie.

K. jest zwolennikiem w c z e s n e g o w ogóle stosowania zabiegów chirurgicznych przy kamicy, chociaż nie sądzi, aby dążenia RIEDL'a szybko znalazły powszechne uznanie.

[Autoreferat].

GĄBSZEWICZ zaznacza, że prelegent słusznie tak szczegółowo zajął się kamieniami przewodu wspólnego żółciowego, gdyż obecność kamieni w przewodzie wspólnym w przeważnej ilości przypadków sprowadza poważne powikłania, z drugiej strony sama technika operacyjna przedstawia nieraz niezwykle trudności.

Objawy, przytoczone przez prelegenta, towarzyszące kamieniom utkwionym w przewodzie wspólnym, pozwalają w znacznej ilości przypadków dokładnie rozpoznać siedlisko kamienia w przewodzie wspólnym; mógł to stwierdzić i prelegent w swoich przypadkach; EHRET na zasadzie tych objawów rozpoznał w 17-u przypadkach obecność kamienia w przewodzie, stwierdzoną następnie podczas operacji. Objawy te mają i pod tym względem ważność, że podczas operacji chirurg znajdując znaczne zmiany w pęcherzyku, zawierającym kamienie, nie zadawałnía się tem, ale czyni poszukiwania w przewodzie wspólnym; o ważności tych objawów mógł się przekonać GĄBSZEWICZ i w przypadku przez siebie spostrzeganym, a ogłoszonym w tym roku w Gaz. Lekarskiej. Zmiany w pęcherzyku były bardzo znaczne, zrosty na całej przestrzeni nadwzyczaj mocne; na zasadzie istniejących poprzednio objawów, t. j. gorączki przepuszczającej, trwającej za każdym

razem czas krótki, żółtaczkę przemijającą, charakteru bólów, GAB-SZEWICZ nie zadowolnił się temi zmianami i czynił poszukiwania w kierunku przewodu wspólnego; dla ostatecznego rozstrzygnięcia tego pytania G. rozciął pęcherzyk żółciowy i część przewodu pęcherzykowego i wtedy przekonał się o obecności kamienia utkwionego w części trzustkowej przewodu wspólnego: wydobyty kamień ważył $6\frac{1}{2}$ grm.

Rozpoznanie kamieni utkwionych w przewodzie wspólnym w ogóle nie jest łatwe; pomijając te rzadkie przypadki w których kamienie przebiegają skrycie, nie manifestując się żadnymi objawami, zdarzają się nierzadko przypadki, w których cierpienia główki trzustki wywoływały nieraz objawy, podobne mniej więcej do tych, jakie towarzyszą kamicy dróg żółciowych respective przewodu wspólnego. Bywały już nieraz ogłaszane spostrzeżenia, gdzie doświadczeni klinicyści, jak CZERNY, TERRIER, KOERTE, MIKULICZ i inni rozpoznawali kamień żółciową, a podczas operacji nie znajdowali żadnych zmian na drogach żółciowych, a tylko albo ropień w główce trzustki, albo sprawę sklerotyczną rozlaną, lub ograniczoną. Po za tem cierpienia trzustki często towarzyszą kamicy, szczególnie kamieniom przewodu wspólnego żółciowego tak, jak to miało miejsce i w przypadku GAB-SZEWICZA.

Rozpoznanie tego, czy trzustka uległa zmianom chorobowym jest dosyć trudne, jak na teraz przynajmniej; prelegent przytoczył zdanie ROBSONA, podług którego wykazanie kryształków igielkowatych w moczu, łatwo się rozpuszczających w kwasie siarkowym, świadczyć ma o zmianach zapalnych trzustki. GAB-SZEWICZ sądzi, że ten fakt nie może być miarodajny, wobec tego, że CHAUFFARD np. dla określenia tego, czy trzustka uległa zapaleniu, stosuje tylko badanie kału, określając stopień wchłaniania tłuszczów, a do badania moczu pod tym względem nie przywiązuje żadnej wagi.

[Autoreferat].

KRAUSE zaznacza, że nie będzie przytaczał przypadków, operowanych przez niego z powodu kamicy żółciowej, gdyż nie szczególnego nie przedstawiają. Podniesie tylko raz jeszcze choć w kilku słowach kwestyę wycinania lub pozostawienia pęcherzyka żółciowego. Sam jest zwolennikiem pozostawiania pęcherzyka żółciowego, jednakże podczas operacji nieraz zauważyć się dają takie pęcherzyki o ścianach grubych; w tych pęcherzykach albo już znajdują się elementy nowotworowe które drobnowidz tylko wykazać może albo dają one zwykle początek nowotworom. Kilka miesięcy temu operował chorą z powodu kamicy żółciowej, na którą cierpiała oddawna, a w ostatnich czasach bardzo chorej dokuczająca. Przy operacji znalazł pęche-

rzyk żółciowy, duży gładki na powierzchni, o ścianach znacznie zgrubiałych zawierający w sobie mnóstwo kamieni; zresztą napozór pęcherzyk żółciowy nic szczególnego nie przedstawiał. Kamienie żółciowe usunął i pęcherzyk wszył w ścianę brzuszną (cholecystostomia). Przebieg pooperacyjny normalny i chora wkrótce wypisała się ze szpitala. Już po 2-ach miesiącach chora wróciła z bardzo rozrosłym rakiem, biorącym początek w pęcherzyku żółciowym i rozprzestrzeniającym się na przednią ścianę brzuszną na dużej bardzo powierzchni. Chora na operację się nie zgadzała a i nie było możliwości nowotwór doszczętnie usunąć.

Pęcherzyki więc żółciowe o ścianach grubych kwalifikują się prawie zawsze do usunięcia, nawet gdy napozór skądinąd przedstawiają się normalnymi, a przynajmniej trzeba się dobrze nad tem zastanowić, czy zostawić taki pęcherzyk

[Autoreferat].

ANASTAZY LANDAU zwrócił uwagę na to, iż metody badania sprawności wątroby, podane przez PRUSZYŃSKIEGO, bynajmniej nie są pewne i że na nich nie można opierać wskazań do operacji kamicy żółciowej. PRUSZYŃSKI wskazał 3 metody: 1) oznaczenie stosunku mocznika do amoniaku w moczu, 2) urobilinurę i 3) badanie przy pomocy błękitu metylenowego. Stosunek mocznika do amoniaku przy żółtaczce, ewent. zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego nie daje nam żadnych wskazówek co do stanu funkcyjnego wątroby, stosunek ten zazwyczaj w niczem nie odbiega od normy, jak tego dowiodły badania nad rozczłonkowaniem azotu w moczu. Stwierdziły one, iż zarówno przy kamicy z żółtaczką, jak i w innych stanach chorobowych wątroby (marskość itd.) procentowa zawartość mocznika i amoniaku jest normalna nawet wtedy, kiedy badanie drobnowidzowe wykazuje bardzo niewiele zachowanego i zdolnego do funkcji mięszu wątrobowego. Te resztki komórek wątrobowych są w stanie do tego stopnia wzmódz swą sprawność, iż kompensują czynność całej wątroby. Nawet przy ostrym żółtym zaniku wątroby, kiedy zmiany w niej występują nagle i w bardzo dużym zakresie, nawet wóczas zawartość mocznika w moczu wynosi 70% i więcej. Wybitne zaburzenia w wytwarzaniu i wydzielaniu mocznika następują dopiero po zupełnem usunięciu wątroby z krwiobiegu, jakto pokazały badania doświadczalne NENCKIEGO i PAWŁOWA z fistułą ECKA. Z powyższego widzimy iż na stosunku mocznika amoniaku w moczu chorych na kamicy żółciową, nie możemy opierać wniosków o sprawności wątroby, gdyż stosunek ten, jak dotychczas, bywał zwykle normalny.

Nie więcej pewnym od poprzedniego objawu jest zdaniem LANDAUA urobilinurya. Urobilina w moczu występuje przy wszystkich bez wyjątku cierpieniach wątroby i jest ona dla chorób wątroby takim samym objawem ogólnym, jak np. gorączka dla chorób zakaźnych ostrych. Urobilinę w moczu znajdujemy niezależnie od natężenia sprawy chorobowej w wątrobie, nawet w tak przejściowych stanach, jak np. przy wątrobie zastoinowej. Co się tyczy specjalnie żółtaczki, to, jak wiadomo, zdarzyć się mogą takie przypadki, kiedy mocz nie zawiera wcale barwników żółciowych, a zawiera obficie urobilinę. Zjawisko powyższe towarzyszy właśnie bardzo lekkiej żółtaczce przy nader słabem natężeniu innych objawów kamicy. Zresztą klinicznie urobiliny nigdy nie określamy ilościowo, mówimy, iż jest jej mało lub dużo, a tego rodzaju określenia są zbyt rozciągnięte by można na nich opierać wskazania do operacji.

Za najpewniejszą metodę funkcjonalnego badania wątroby uważałby LANDAU próbę z błękitem metylenowym, gdybyśmy błękit oznaczali w moczu ilościowo. L., który przeprowadzał analogiczne badania dla celów dyagnostyki funkcjonalnej nerek, twierdzi, iż o ten szkopał rozbija się wartość całej metody. Nie możemy jej stosować w celu określenia sprawności ani wątroby ani obu nerek, gdyż sądy, oparte na samym tylko trwaniu wydzielania błękitu z moczem, są zbyt chwiejne i niepewne. Błękit metylenowy, jako metodę rozpoznawczą zdaniem L., można stosować wyłącznie przy katetyzowaniu moczowodów, gdyż wtedy jesteśmy w stanie zestawić wydzielanie jednej nerki z drugą.

W sprawie powikłań trzustkowych przy kamicy żółciowej L. zaznaczył, iż samo tylko badanie drobnowidzowe kału nie może zastąpić ilościowego określenia tłuszczu na drodze chemicznej. Przy zupełnem zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego zawartość tłuszczu w kale wynosi 40—90%. Z preparatu mikroskopowego niepodobna orzec, czy utrata tłuszczu wynosi 50 czy 80%, gdyż w jednym i drugim przypadku kał pod mikroskopem zawiera obficie krople tłuszczowe i igły kwasów tłuszczowych. Nawet poprawa steatorei, którą uzyskać się daje po podaniu preparatów trzustkowych, nie jest bezwzględny dowodem, iż przyczyna jej tkwi w zaburzeniach ze strony trzustki. Jak dotychczas, jedynie dokładne ilościowe określenie tłuszczu w kale może rozstrzygnąć kwestyę, czy w danym przypadku mamy do czynienia z czystym zatkaniem wspólnego przewodu żółciowego czy też jest ono powikłane jakąś sprawą trzustkową. Za istnieniem tej

ostatniej przemawia również obecność w kale dużej ilości źle strawionych włókien mięsnych (azotorea), gdyż przy niepowikłanem zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego trawienie mięsa nie ulega żadnym zmianom. [Autoreferat].

PRUSZYŃSKI w odpowiedzi A. LANDAUOWI zaznacza, że próby z błękitem metylenowym i na lewulozuryę pokarmową występują w początkowych okresach niedostateczności wątroby i prawie nigdy nie zawodzą, zwiększenie się amoniaku w stosunku do mocznika i wybitna urobilinurya mają miejsce przy znaczniejszych zmianach w wątrobie.

[Autoreferat].

KRAJEWSKI widzi w ożywionej dyskusji, która nastąpiła po jego odczycie, jeden dowód więcej żywotności i ważności poruszanego tematu. Podkreśla przemówienie DUNINA, ZIELIŃSKIEGO, RZĘTKOWSKIEGO, SKŁODOWSKIEGO, SAWICKIEGO, pełne oryginalnych myśli i ciekawych obserwacji (SAWICKI), staranne zestawienie dorobku chirurgów polskich na polu chirurgii dróg żółciowych KIJEWSKIEGO, oraz gorący jego protest przeciw zbyt późnemu skierowywaniu przez terapeutów chorych na operację.

W dyskusji ramy tematu znacznie się rozszerzyły przez to, iż wielu mówców nie ograniczało swych przemówień do przewlekłego zatkania przewodu żółciowego wspólnego, lecz rozprawiało wogóle o kamicy żółciowej. Zmusza to K. do rozdzielenia swego końcowego przemówienia na dwie części.

W pierwszej, dotyczącej ściśle tematu odczytu, K. wyjaśnia DUNINOWI, że swędzenie i zwolnienie tętna wtedy tylko uważa za dowód poczynającego się upadku sprawności wątroby, jeśli się zjawia podczas niepowikłanego, niezupełnego, przewlekłego zatkania przewodu wspólnego. Powszechnie jest znana częstość, z jaką występują oba te objawy w ostrych, kataralnych nawet żółtaczkach, wtedy jednak nie można ich uważać za wyraz upośledzenia czynności wątroby, lecz tylko za dowód takiego przeładowania krwi kwasami żółciowymi, że nawet zdrowe komórki wątrobowe nie mogą zgubnego ich wpływu zneutralizować. Przeciwnie, w razie przewlekłego, niezupełnego zatkania przewodu wspólnego, któremu czasami wcale nie towarzyszy żółtaczka, lub zjawia się tylko w bardzo niewielkim stopniu, długi czas nie ma ani swędzenia ani zwolnienia tętna, gdyż zdrowe komórki wątroby niweczą zgubny wpływ tej małej ilości kwasów żółciowych, które się do krwi dostają. Zjawienie się też w takich warunkach wzmiankowanych objawów będzie niewątpliwym dowodem upośledzenia sprawności komórek wątrobowych.

K. zgadza się z ZIELIŃSKIM, że granice wyznaczone przez CHAUFFARD'a dla zona pancreatico-choledochiana są bardzo zmienne i w przyszłych swych obserwacjach postara się sprawdzić sposób określania pozycji główki trzustki podanej przez ZIELIŃSKIEGO. Zaznacza też z naciskiem, iż nie przypisuje patologicznego znaczenia bolesności w okolicy, wskazanej przez CHAUFFARD'a; znalezienie jej uważa jedynie za dodatkowy objaw, potwierdzający rozpoznanie przy istnieniu głównych objawów, którymi zawsze pozostaną: zmienność żółtaczki i zabarwienia kału, typ napadów bólowych i przepuszczająca gorączka.

Przemówienia PRUSZYŃSKIEGO i LANDAUA przekonały Kr. raz jeszcze, że dotychczas nie ma dokładnie wyrobionych metod dla określenia nie tylko stopnia, lecz nawet w ogóle istnienia niedostatecznej sprawności wątroby. Dalsze poszukiwania w tym kierunku są ważne ze względu na ustanowienie należytych przeciwwskazań do operacji,

W drugiej części końcowego przemówienia Kr. zestawia zdania mówców, dotyczące wskazań do operacji kamicy żółciowej w ogóle. Oświadcza się stanowczo przeciw twierdzeniu PRUSZYŃSKIEGO, jakoby poczynające się upośledzenie sprawności wątroby miało być wskazaniem do operacji. Zdaniem KR. będzie ono raczej przeciwwskazaniem o ile rozwinię się znacznie, a w początkowych nawet okresach poważnie zagrażać będzie życiu chorego po operacji. KRAJEWSKIEMU nie wydaje się, aby przedstawienie, znanych zresztą powszechnie zmian anatomo-patologicznych, zachodzących w wątrobie podczas zatrzymania odpływu żółci, wpłynęło dodatnio na ustalenie wskazań do operacji, jak to w swym przemówieniu twierdził JANOWSKI. Byłoby tak istotnie, gdybyśmy mogli określić, jak prędko po zatrzymaniu odpływu żółci występują zmiany, pokazane na niknących obrazach przez JANOWSKIEGO. Niestety, ściśle terminy wzmiankowane przez JANOWSKIEGO, dotyczą tylko doświadczeń na morskich świnkach, preparaty zaś demonstrowane pochodzą od ludzi, którzy po kilka lat mieli żółtaczkę. Nadto w samej pracy JANOWSKIEGO znajdujemy dowody, iż po usunięciu przeszkody, nawet takie zmiany, jak masowe nowotworzenie kanałów żółciowych mogą zniknąć. To też świadomość o zmianach anatomo-patologicznych nie posunie naprzód kwestyi wskazań operacyjnych.

Przeglądając wskazania całego szeregu mówców KR. dochodzi do przekonania, iż żaden z terapeutów nie podaje jasno sformułowanych wskazań, w przemówieniach widnieje jedynie większa lub mniejsza indywidualna skłonność do za-

biegu chirurgicznego. Dziś jeszcze bardziej osobisty temperament danego terapeuty, aniżeli przeświadczenie o niezbędności skłania go do wcześniejszego operowania chorych na kamice żółciową. Na usprawiedliwienie przytaczają terapeuci: 1) często samodzielne wyleczenie się, rozpaczliwych nawet przypadków; 2) nawroty po operacjach; 3) niepotrzebnie dokonane operacje. KR. twierdzi, iż te zarzuty nie mogą powstrzymać od wczesnego operowania. Zaciśnięta przepuklina może niezaprzeczenie wyleczyć się dobrowolnie, a jednak, żaden terapeuta nie będzie twierdził, iż nie należy jaknajwcześniej operować zaciśniętych przepuklin. Nawroty zdarzać się będą tylko wtedy, jeśli operacja nie była dość radykalnie zrobioną. Nakoniec, niepotrzebnych operacji zawsze uniknąć można, jeśli się uważnie bada i należycie obserwuje chorego. Analogia do zapalenia wyrostka robaczkowego, na którą wskazuje DUNIN i ostrzega przed niepotrzebnym operowaniem jest niewątpliwa. Tylko, że alarm podniesiony przez DIEULAFOY z powodu niepotrzebnych operacji, dokonanych na wyrostku, jest kolosalnie przesadzony, doczekał się też należytej odprawy nietylko z ust chirurgów w osobie RECLUS'a, lecz i ze strony teoretyków, reprezentowanych w paryskiej akademii lekarskiej przez prof. CORNIL'a. Zbyt wysoka śmiertelność przytoczona przez PRUSZYŃSKIEGO (30%) jako przyczyna powstrzymująca od operacji, przestanie nią być, jeśli chirurgowie wykażą lepsze wyniki. KR. już obecnie wykazuje tylko 14% śmiertelności.

KR. pragnąłby bardzo ujednostajnienia pojęć terapeutów co do wskazań do operacji i wydaje mu się iż na bardzo praktyczną, pod tym względem, drogę empirycznego określenia terminu wyczekiwania wpadł SKŁODOWSKI. KR. sądzi, iż propozycja jego warta jest niewątpliwie sprawdzenia w praktyce. —

Nakoniec KR. zaznacza, że 2-ch terapeutów dotykało szczegółów techniki operacyjnej (PRUSZYŃSKI i ZIELIŃSKI) KR. nie chce rozstrzygać, czy pęcherzyk jest człowiekowi potrzebnym, pod względem fizyologicznym, czy też tylko jest organem szczątkowym, przewyższa to bowiem jego kompetencję. Zwraca tylko uwagę na fakt przez wielu chirurgów zaobserwowany, że chorzy z przetoką żółciową, zazwyczaj bardzo dużo żółci wydzielają z przetoki w nocy, podczas gdy w ciągu dnia prawie wcale. Zauważono też, że jeśli w nocy karmić co kilka godzin takich chorych, to ilość wydzielonej przez przetokę żółci, znacznie się zmniejsza. Istnieją więc widocznie,

Pam. Tow. Lek. T. 102, Z. IV.

pewne stany kanału kiszkiowego skierowujące żółć w tym lub do kanału kiszkiowego po usunięciu pęcherzyka, nie zupełnie odpowiada normalnym warunkom trawienia kiszkiowego.

Kr. jest zwolennikiem pozostawienia pęcherzyka ilekroć to jest możliwym, ze względów czysto chirurgicznych, jako materiał potrzebny do wykonania cholecystenrostomii, jeśliby się na przykład okazało, iż długie przebywanie kamienia w przewodzie wspólnym, wywołałało zwężenie. Nigdy jednak nie odważyłby się Kr. na wykonanie propozycji *Liśniewskiego* i niepróbowałby odtwarzać zarośniętego kanału pęcherzykowego, obawiałby się bowiem, iż bardzo szybko powstanie w tem miejscu zwężenie i nowe zarośnięcie, które zmusi do nowego zabiegu.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*.

Pom. Sekretarza *T. Kamocki*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 Października 1906 r.

Przewodniczący Prezes *Kamocki*.

Członków obecnych 66 i gości 5.

- Treść: 1) KOZERSKI a) pokaz lampy, zastępującej lampę FINSENA.
b) przedstawienie chłopców, leczonych naświetlaniem przy herpes tonsurans.
2) STANKIEWICZ Czesław — przedstawienie przypadku tyłozgięcia macicy nieruchomego, uleczonego doszczętnie za pomocą skrócenia więzów obłych.
3) JANOWSKI Wł. — „O neuralgii międzyżebrowej szczególnie z punktu widzenia skarg chorego“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto

II. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali: prof. Browicz „Topografia dróg żółciowych śródzrazikowych w wątrobie ludzkiej“ i Aleksander ŻEBROWSKI 2 odbitki pracy swojej p. t. „Przyczynki do kazuistyki ropni mózgowia pochodzenia usznego.“ Jedna z odbitek jest w języku uemieckim.

III. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol. MAKOWSKIEGO, Maryę DUNIN-KARWICKĄ, WIELOBYCRZEGO, ETTINGERA Witolda i ŁAPIŃSKĄ.

IV. Prezes odczytał podanie LEHRA o przyjęcie go w poczet czynnych członków Towarzystwa, Przedstawia kol. SŁAWIŃSKI, popierają, kol. LANDAU Henryk i RZĘTKOWSKI.

KOZERSKI przedstawił tych samych 9 chłopców ze szkółki, których z powodu herpes tonsurans capillitii GÓRKIEWICZ naświetlał promieniami ROENTGENA w zakładzie KOZERSKIEGO i których KOZERSKI przedstawiał w Czerwcu r. b. po wypadnięciu włosów. Obecnie włosy u wszystkich dorosły zdrowe, u niektórych w naświetlanych miejscach bujniejsze, grubsze, ciemniejsze.

KOZERSKI przedstawił nową lampę łukową rtęciową, wypróbowaną przez prof. KROMAYER'a w Berlinie. Łuk światła, płonącego między rtęciowymi elektrodami, zawiera największą ilość promieni niebieskich, fioletowych i ultrafioletowych. Wszelkie ciała chłoną większą część tych promieni z jedynym wyjątkiem kryształu górskiego. Największą trudność techniczną stanowi wyginanie i wyciąganie z rury kryształu g. —

Tę trudność przewyciężono i przedstawiona lampa należy do pierwszej seryi, wypuszczonej przez fabrykę. — Lampa płonie przy 220 voltach i 3 amp. prądu stałego. Łuk powstaje pomiędzy rtęciowymi elektrodami w kryształowej rurze, zgiętej w podkowę. Bieżąca woda z wodociągu ochładza oprawę metalową, otaczającą lampę, tak, że kryształowe okno w oprawie metalowej pozostaje chłodnem i może być bezpośrednio przyłożone do naświetlanej części skóry. Zalety tej lampy w porównaniu do finsenowskiej są następujące: 1) światło jest obfitsze w chemicznie czynne promienie; 2) źródło światła jest przysunięte bardzo blisko do skóry; 3) odczyn jest daleko silniejszy po 5 minutowem naświetlaniu, od odczynu, osiąganego lampą FINSENA po godzinnem naświetlaniu; 4) lampa zużywa prawie 7 razy mniej amperów od lampy FINSEN-REYNA; 5) naświetlanie obejmuje odrazu daleko większą powierzchnię. — KOZERSKI przedstawiał dwie chore, naświetlone nową lampą. Podczas naświetlania chore czują kłócie w głębi skóry po 6 godzinach występuje twardy wypukły obrzęk, następnie pęcherz, po pęknięciu, którego widzi wybroczyny wśród krupowego nalotu. Odczyn na miejscu gruzelków wilka jest o wiele silniejszy. O głębokości działania świadczy pęcherz, jaki się utworzył u jednej chorej w jamie ustnej, w miejscu, odpowiadajacem naświetlonemu policzkowi.

[autoreferat].

STANKIEWICZ Czesław przedstawia przypadek tyłozgięcia macicy nieruchomego uleczonego doszczętnie za pomocą skrócenia więzów obłych na drodze brzusznej (operacji WYLI'ego.

23-letnia kobieta rodziła dwa razy. Od ostatniego porodu, w którym, jak powiada, przechodziła „zapalenie macicy“, cierpi na częste, obfite, długotrwałe, bolesne miesiączkowanie, o typie $\frac{9-10}{2}$; przy stosunku doświadcza bólów. Leczona dłuższy czas za pomocą tamponów, przepłukiwań gorących etc. bez wyniku. Przy badaniu znaleziono macicę powiększoną, w tyłozgięciu nieruchomem, liczne zrosty otrzewnowe w jamie DOUGLAS'a, przydatki również uwikłane w zrosty. Cięcie brzuszne 8. VII 1903. Wydzielenie macicy i przydatków ze zrostów. Skrócenie więzów obłych sposobem własnym: na każdy z więzów nałożono po dwie przewiązki jedwabne, jedną przez koniec maciczny, drugą o 8—10 ctm. odśrodkowo, po związaniu przewiązek wytworzoną z każdego więzu pętlę zeszyto cienkim jedwabiem,

szwem ciągłym. W ten sposób wykluczono po 8—10 ctm. więzń, na skutek czego macica ustaliła się w przodozgięciu prawidłowem. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Dolegliwości, na które chora uskarżała się, zupełnie ustąpiły; miesiączka $\frac{3}{4}$, bez bólów.

Uleczenie tyłożgięcia macicy nazywamy doszczętnem, jeśli w rok po zabiegu leczniczym macica pozostaje w położeniu prawidłowem. W danym przypadku ubiegło od chwili operacji 3 lata i 3 miesiące: macica zachowuje nadane jej przodozgięcie i jest ruchoma i niepowiększona. Prawidłowe położenie macicy, stwierdzili JAWORSKI i LEŚNIEWSKI, których S. prosił o zbadanie pacjentki.

[Autoreferat].

Władysław JANOWSKI w obszernym odczycie „O nerwobólu międzyżebrowym,“ opartym na 258 własnych spostrzeżeniach, omawia w pierwszej części powody tak częstego zapoznania tego cierpienia. Następnie w drugiej opisuje po bieźnie zwykłą jego postać i przechodzi do wyliczenia niezwykłych jego objawów, a mianowicie bólu w karku, w ramieniu, w sutce, szeregu skarg sercowych (68 przypadków) i żołądkowych (9 przypadków) oraz naśladujących kamieć żółciową lub nerkową, ból w brzuchu, w nerce i nerkę ruchomą; dalej szły skargi na ból w pasie, krzyżu oraz ogólne; w końcu opisuje 20 przypadków, w których nerwoból międzyżebrowy towarzyszył prawdziwej dusznicy bolesnej, wadom serca, zapaleniu opłucnej, zapaleniu płuc, kamieniom żółciowym, ruchomej nerce i kamieniom nerkowym. Wreszcie w części 3-iej J. zestawia swoje dane statystyczne, z których okazuje się, że nerwoból międzyżebrowy zdarza się najczęściej u kobiet, najczęściej w lewej połowie ciała i w wieku od lat 21—40. Momentami, najbardziej usposabiającymi do powstania tej choroby, jest skaza moczanowa, histero-neurastenia i gruźlica. Rokowanie jest bardzo pomyślne. Leczenie najwłaściwsze pryszczydłami. (Szczegóły patrz; Przegląd lekarski, 1906, Nr. 41—45).

[Autoreferat].

DUNIN w przemówieniu swoim żąda ścisłego umiejscowienia punktów bolesnych, skoro mowa o neuralgii międzyżebrowej. Nie zgadza się na to, aby neuralgia międzyżebrowa mogła wywierać wpływ na powstawanie objawów charakteru ogólnego. Przy neuralgii, zdaniem D. powinna być bolesność całego nerwu. Wbrew twierdzeniu prelegenta D. uważa pomienione cierpienie za uporczywe i niełatwo poddające się leczeniu. Przypomina też o tem, że przy różnych cierpie-

niach wewnętrznych powstają zony hyperestetyczne na skórze.

BREGMAN. Przy różnych nerwobólach spotykamy się z trudnością rozpoznania, co jest prawdziwym nerwobólem, a co tylko naśladuje nerwoból, będąc w rzeczywistości li tylko wyrazem ogólnej nerwicy. Widzimy np. często przypadki, w których ból umiejscowia się w okolicy nerwu kulszowego, pojedyncze punkty są przy naciskaniu bolesne, ból występuje napadowo, a jednak na podstawie różnych objawów — zaburzeń czucia na tej samej kończynie lub na całej połowie ciała, innych stigmatów, sposobów wystąpienia cierpienia, etyologii, objawów towarzyszących napadom bólu, a niekiedy i na zasadzie skuteczności metod sugestyjnych leczenia — twierdzić możemy z pewnością, że to nie jest ischias, lecz pseudoischias hysterica. To samo bywa często i z nerwobólem twarzowym. Chorzy ci mają prócz nerwobólu twarzowego szereg innych objawów, jedna paklenizacja za uchem, lub jedna elektryzacja usuwa szalony ból twarzy — neuralgia została uleczona, ale nie prawdziwa neuralgia, lecz pseudoneuralgia n. trigemin. B. sądzi, że w większości przypadków prelegenta, tak cudownie wyleczonych, była również tylko pseudoneuralgia intercostalis (hysterica). Zresztą prelegent sam o niektórych swych chorych wzmiankował, że cierpieli na histeryę, u innych opisał szereg objawów refleksyjnych, najprawdopodobniej histerycznych. W neurastenii tak samo spotykamy często bóle uporczywe, usadowione w jednym miejscu (t. zw. topsalgia), które też naśladować mogą neuralgie. Istota prawdziwej neuralgii nie jest nam znana, ale to wiemy że jest to cierpienie, niezależnie od umiejscowienia, dość uporczywe, polegające w każdym razie na poważniejszych zaburzeniach w tkankach nerwowych, które tak łatwe usuwać się nie dają.

]Autoreferat].

GRUNDZACH zaznacza, że lekarzom, mającym do czynienia przeważnie z cierpieniami jamy brzusznej trudno zarzucić aby zaniebdywali badania za pomocą obmacywania jamy brzusznej. Czynią to oni zawsze, trudno by więc było, aby mogli przeoczyć bolesność skóry brzucha lub głębszych nieco warstw ściany. Pomimo to wszakże w ciągu paru lat zaledwie kilka razy udało mu się takie punkty bolesne stwierdzić. O ile pamięta — 2 razy na łuku żebrowym prawym bliżej dołka, 1 raz na skórze dołka, 1 raz był bolesny wyrostek mieczykowaty (sprawa reumatyczna). Przypomina sobie dwa przypadki nerwobólu międzyżebrowego (punkta bolesne) prawego, naśladowa-

jąca zdaleka kolkę żółciową, lecz bez mdłości i wymiotów. W jednym z nich chora lat 27 znana **KIJEWSKIEMU**, który robił jej laparotomię z powodu torbieli niewielkiej (charakter guza nie jest mu wiadomy) miała dawniej napady typowej kolki żółciowej.

Dalej wyraża G. swoje zdziwienie z powodu objawów takich, jak mdłości i wymioty, które podług prelegenta towarzyszą często tym nerwobólom, nigdy bowiem czegoś podobnego nie widział i nie umiałby sobie tego objawu wytłumaczyć.

Przypomina wreszcie że aby zbadać wrażliwość skóry lub znaleźć punkta bolesne na dołku, należy skórę ująć w fałdę i w ten sposób pojedyncze punkty uciskać o czem prelegent nie wspomina.

[Autoreferat].

Sokołowski podnosi zasługę prelegenta w zwróceniu uwagi na cierpienie powierzchowne tam, gdzie narządy wewnętrzne są zdrowe. Tymczasem pozory mogły przemawiać za istnieniem jakiejś choroby poważnej. Osiąga się przez to znaczne uspokojenie chorego.

Pawiński powiada, że typowe neuralgie międzyżebrowe spotykał, w swej praktyce bardzo rzadko pomimo dokładnego obmacywania odstępów międzyżebrowych.

U osób starszych dotkniętych miażdżycą naczyń występują często nerwobóle w klatce piersiowej, zwłaszcza w okolicy dolnych żeber i z lewej strony. Bóle te bywają nieraz bardzo gwałtowne i uporczywe. Należy je zdaniem jego, odnieść do kategorii t. zw. bólów naczyń i owoych zależnych od sprawy miażdżycowej aorty zstępującej, ewentualnie tętnic międzyżebrowych. Niekiedy podobne bóle zależą od skrytych tętniaków aorty a zwłaszcza umiejscowionych w bliskości przepony. Dodać wszakże winien, że bóle takie nie posiadają typowych cech właściwych neuralgiom interkostalnym tj. punktów bolesnych VALLEIX'a.

Przyczyną bardzo dokuczliwych bólów, przypominających niekiedy dusznicę bolesną bywa też wyprysk (herpes zoster) rozwijający się w okolicy praecordium.

[Autoreferat].

KORZON przytacza spostrzegany przez siebie przypadek, gdzie istniały silne bóle napadowe w okolicy serca, powtarzające się co noc i nieraz kilkakrotnie w dzień. Czasem ból trwał godzinę i dłużej. Chora cierpiała na cukrzycę. Wskutek złośliwego przebiegu choroby i ostrej diety chora doszła do silnego wychudzenia, wystąpił aceton w moczu. W po-

czątku choroby już istniał ischias. W okresie bólów koło serca wskutek wyniszczenia i osłabienia były przez czas jakiś słyszalne nawet szmery w sercu. Nigdy nie było upadku tętna, niemiarowości, duszności podczas bólu, ani uczucia lęku. Wobec podeszłego wieku chorej i szmerów w sercu rozpoznawano stenokardję. Przy rozluźnieniu dyety i podaniu strofantu szmery w sercu znikły. Bóle jednakże ciągle się powtarzały. Było raz nawet zastosowane przyszczydło na okolicę serca. Raz po bardzo silnym bólu, powziął myśl zastosowania prądu galwanicznego na okolicę serca, gdzie w kilku punktach była duża bolesność na ucisk, także zjawiał się ból zupełnie taki jakiego chora doświadczała podczas napadu. Od chwili zastosowania prądu galwanicznego na okolicę serca ból przez kilka miesięcy aż do śmierci chorej ani razu się niepowtórzył.

[Autoreferat].

KRAJEWSKI: Podczas gdy JANOWSKI na całym szeregu przypadków wykazuje, że neuralgia międzyżebrowa, rozpoznawana na zasadzie odnajdywania na skórze licznych punktów bolesnych, może symulować do złudzenia różne organiczne choroby wewnętrzne, nie brak obserwacji odwrotnych.

Cały szereg autorów angielskich (oprócz wymienionego przez DUNINA HEAD'a pisali o tem HILTON, ROSS, MACKENZIE) na podstawie licznych i ścisłych obserwacji stara się wykazać, iż każdemu organicznemu cierpieniu wewnętrznemu odpowiada bolesność w pewnej ściśle ograniczonej, stałej okolicy skóry.

Znanem powszechnie jest już dzisiaj zapalenie płuc „à point de côté abdominale“, podczas którego przez kilka, pierwszych dni nie ma innych objawów oprócz żywej bolesności pewnej okolicy brzucha. Dało to wielokrotnie powód do rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego i bezpotrzebnego wykonania operacji.

Wobec tego godzi się przypuścić, iż mylić się można w dwóch kierunkach. W jednym szeregu przypadków, jak to twierdzi JANOWSKI, istniejącą neuralgię można przyjąć za cierpienia organiczne, jeśli się zaniecha badania punktów bolesnych. — W drugim jednak szeregu przypadków, opierając się na odnalezionej bolesności, a niedopatrzwszy się ukrytego cierpienia organów wewnętrznych, można rozpoznać neuralgię tam gdzie jej istotnie nie ma.

W obu więc kierunkach niezbędna jest oględność w wprowadzeniu wniosków, która jedynie uchroni od terapeutycznych pomyłek.

[Autoreferat].

KOPCZYŃSKI Stanisław: 1-o kwestyonuje właściwość rozpoznania przez JANOWSKIEGO nerwobólów międzyżebrowych w tych przypadkach, kiedy chorzy skarżą się na uczucie zata-mowania oddechu wraz z sensacyami w okolicy serca wskutek bólu, występującego przy rozszerzaniu klatki piersiowej. Zdaniem KOPCZYŃSKIEGO chodzi tu nie o nerwoból międzyżebrowy, a raczej o skurez mięśni międzyżebrowych, niepokojący chorych zwłaszcza gdy występuje w dolnych lewych międzyże-brzach.

2-go K. kwestyonuje właściwość rozpoznania przez JA-NOWSKIEGO nerwobólów międzyżebrowych w tych przypadkach, gdzie punkty bolesne znajdują się w okolicy pępka. Zapewne chodzi tu prędzej zdaniem Kop. o zbyt często zapoznawany nerwoból splotu słonecznego (plexus solaris).

3-o K. podnosi że bolesność lewych dolnych międzyże-brzy na ucisk i „ból w lewym boku“ są to objawy i skargi, spotykane bardzo często u osób nerwowych zwłaszcza u ko-biet, z podkładem psychicznym hipochondrycznym. Podobnie jak dużo sensacyi w okolicy części rodnych up. dysmenor-rhea membranacea itp. stanowią jedynie lokalizację cierpień psychogennych (dawniej sądzono wprost odwrotnie), tak wiele sensacyi w okolicy lewego boku, gdzie mieści się tak ważny organ, jak serce ma za swe źródło nie neuralgię mię-dyżebrową, a podkład psychiczny (histerya, hipochondrya i t. p.).

Edward ZIELIŃSKI nie podziela zdania prelegenta, jakoby zrosty opłucnej małą lub żadnej nie odgrywały roli w powsta-niu neuralgii międzyżebrowej i t. zw. pleurodynii. Czynnika tego bynajmniej nie należy tak bagatelizować. Zrosty opłu-cnych zdarzają się częściej, niż wielu mniema; u tuberkulików są one prawidłem. Zjawiają się bardzo wczesnie (gdy je-szcze płuco samo mało zajęte u wierzchołka) w dolnych czę-ściach; powstają one obficie w postaci sznurkowatych długich niekiedy do 7—9 ct. cienkich, blonek łączno-tkankowych, tar-ganych przy oddechu w obu kierunkach i przeto mogących wywoływać owe tak dokuczliwe bóle międzyżebrowe. na jakie tak często skarżą się suchotnicy. Właśnie takie tylko zrosty ograniczone sznurkowate (synechiae restiformes) mogą wywo-ływać bóle, bo nie ograniczają ruchliwości płuc, jak ma miej-sce ze zrostami rozlanymi, zjawiającymi się w późniejszych stadyach suchot i unieruchomijającymi samo płuco w stosunku do klatki piersiowej, z którą nierozdzielnie musi już odta-ić tak spojone płuco. Dodać należy i to, że tego rodza-

ju zrosty zwykły ograniczać się pojedynczemi międzyżebrowymi.

[Autoreferat].

KAMOCKI przytacza przykład odwrotnej pomyłki w stosunku do wymienionych przez prelegenta. Podczas recydywy ciężkiej grypy, jaką przechodził kilkanaście lat temu, wystąpiły nagle w dziewiątym i jedenastym międzyżebrowym w lewej stronie gwałtowne bóle wraz z silną bolesnością skóry. Wobec braku wszelkich objawów wypukowych i auskultacyjnych leczący koledzy rozpoznali nerwoból międzyżebrowy; w parę dni później wystąpiła rdzawa płwocina, a następnie wiele powrotnych rzężeń i sprawa wyjaśniła się jako głębokie ognisko zapalenia płuc.

[Autoreferat].

RZĘTKOWSKIEGO w komunikacie prelegenta uderza przede wszystkim wielka niewspółmierność pomiędzy stanem pacjentów a nader prostą i niezwykłą terapią. Tak np. prelegent podaje przykład pacjenta, który skutkiem swych cierpień stał się poprostu niezdolnym do życia lub pacjentki, która swym okropnym stanem wzbudza wśród otoczenia przerażenie grożącej katastrofy. I wszystko to ustępuje prawie od razu od jednego lub kilku pryszczycydeł!! Wobec tego, zdaniem Rz. przyczyna cierpienia, jakie JAN. za neuralgię międzyżebrową uważa, polegać musi nie na istotnych zmianach w nerwach lecz raczej na pewnym stanie psychicznym — auto-sugestyi histerycznej, lub czemś podobnem. I ta zadziwiająca skuteczność pryszczycydeł też tkwi niewątpliwie w sugestyi. Z tablic, które prelegent przedstawia widać, że cierpienie, uważane przez niego za nerwoból międzyżebrowy, zdarza się nierównie częściej u kobiet niż u mężczyzn, podczas gdy z drugiej strony, ma ono występować najczęściej na tle „skazy moczanowej“. Rz. nie wie, co prelegent uważa za miarodajne w rozpoznawaniu tej skazy; dziwi go tylko to, że „nerwoból“ prelegenta najczęściej występuje u kobiet, podczas gdy skaza moczanowa, jako cierpienie, uwydatnia się najczęściej u mężczyzn. Wielce zadziwiającem jest też i to, że po pryszczycydełach ów „nerwoból“ zazwyczaj ustępuje zupełnie, podczas gdy „tło“ (nerka ruchoma, skaza moczanowa i t. p.) trwa dalej bez zmiany. Jaki, przeto, jest stosunek owego tła do „nerwobólu.“

To, co prelegent za „nerwoból“ uważa ma się jakoby znajdować w jakimś związku z zaburzeniami krążenia żylnego w okolicy nerwów międzyżebrowych. Czy tak jest, tego Rz. nie kwestyonuje. To tylko jest dziwne, że ów „nerwoból“

nie zdarza się w razach notorycznych zaburzeń krążenia w żyłach klatki piersiowej (np. w rozedmie płuc), gdzie zastój dochodzi do tego, że w międzyżebrzach widzimy nieraz całe siatki i wianuszki drobnych żyłek.

[Autoreferat].

Wł. JANOWSKI odpowiada: DUNINOWI. Dla nerwobólu międzyżebrowego jest właśnie charakteryczne, że zdarza się tylko wyjątkowo wzdłuż jednego nerwu, najczęściej zaś występuje w obrębie rozgałęzień kilku pni. Odmienne mu w tym względzie zdaniu D. przeczy kategoriycznie moje doświadczenie oraz zdanie wszystkich poprzednich autorów, Nie można kłaść, jak tego żąda D., za warunek nerwobólu międzyżebrowego stwierdzenia bolesności całego nerwu, gdyż z powodu głębokiego położenia tych nerwów, nie jest to możliwym. Odwrotnie, właśnie wyczuwanie tylko kilku punktów bolesnych, odpowiadających powierzchownym rozgałęzieniom tych nerwów, przy zupełnej bezbolesności powstałych pomiędzy tymi punktami części międzyżebry, jest dla nerwobólu międzyżebrowego tak znamienne, że nie można tego nerwobólu rozpoznawać, o ile warunek ten nie jest zachowany. — Nie twierdziłem, że kaszel jest zawsze powodem nerwobólu międzyżebrowego, skoro liczbę odnośnych spostrzeżeń podaję tylko na 15 z pomiędzy 258-iu. To, że mój opis objawów nerwobólu międzyżebrowego zupełnie nie zgadza się z tem, co o nim od autorów wiemy, jest prawdą. Ale zwrócenie uwagi na te właśnie nikomu nie znane objawy, stworzenie obrazu klinicznego tego cierpienia, odpowiadającego rzeczywistości, a nie szematycznym rozdziałom książkowym, stanowiło cel mego odczytu. Bywają czasami ciężkie postaci nerwobólu międzyżebrowego, ale te stanowią wyjątki. Branie ich za normę jest właśnie jednym z powodów nierozpoznania tego cierpienia, które różni się od innych nerwobólów swoją łatwą uleczalnością. O zonach HEAD'a wspominałem przy omawianiu przypadków grupy 15b.

BREGMANOWI: Nerwoból kulszowy i nerwu trójdzielnego prawie nigdy od pryszczydeł nie ustępują. Pierwszy leczę zawsze wyciąganiem, a ostatni wygniataniem. Ale właśnie nerwoból międzyżebrowy prawie zawsze od pryszczydeł ustępuje, i na to praktycznie tak ważne zjawisko zwracam uwagę, nie kusząc się o podanie jego przyczyny, której nikt doprawdy dla działania pryszczydeł wogóle nie rozumie. — Nie mogę uważać za „pseudoneuralgię“ uerwobólu, trwającego, jak w niektórych moich przypadkach, miesiące i lata, dającego i napady, i typowe, bardzo bolesne punkty. Skoro taki ból i powodowane przez niego objawy zwrotne od pryszczydła

od razu znikają, to znaczy, że przyszczydło, w niewiadomy nam, powtarzam sposób, leczy prawdziwy, i to czasem bardzo dokuczliwy, nerwoból międzyżebrowy. — Inni autorowie uważają to cierpienie za rzadkie, gdyż wskutek zaniedbania obmacywania międzyżebrowy przy całym szeregu omawianych przezemnie skarg chorego, cierpienie to zapoznają, biorąc odnośne bóle za urojone, jak podpowiada B. lub za gościcowe. Cały mój odczyt jest właśnie protestem przeciwko tym błędom. — Nie mówiłem o stawianiu naraz 50-ciu przyszczydeł, gdyż sam nigdy więcej nad 10—12 punktów jednocześnie, nawet w przypadkach nerwobólu wielolicznego, nie oznaczam, Mówiłem tylko, że w podobnych przypadkach suma przystawionych ogółem przyszczydeł może dojść wyjątkowo do 50-iu w ciągu kilku tygodni.

KOPCZYŃSKIEMU. Opisujący przezemnie ból w boku nie mógł być mięśniowym bo nie dawałby typowych puunktów bolesnych. Ból a i inne objawy moich chorych (sercowe, żołądkowe i t. d.) nie mogły być pochodzenia psychicznego, gdyż nie trwałyby tak długo, nie wywoływałyby zawsze jednakowych skarg i nie mijałyby odrazu od przyszczydeł, podczas gdy opierały się długo wszelkiemu innemu leczeniu.— Podrażnienie pl. solaris może być czasem powodem nerwobólu międzyżebrowego, ale w takim razie brakować musi punktów bolesnych w odnośnych międzyżebrowach.

GRUNDZACHOWI. Ujęcie skóry w fałdę przy rozpoznawaniu nerwobólu na brzuchu, z jednoczesną dyslokacją skóry stosują stale po odszukaniu punktu bolesnego. Bez tego rozpoznanie tu nerwobólu jest zupełnie niemożliwe.—Nerwoból międzyżebrowy może kamicę wątrobową naśladować, jak to było w 4-ch moich przypadkach, lub też ją wkleść jak to również 4 razy spotkałem. Ale o tem już mówiłem. — Słusznie dziwi Gr., że spostrzegałem mdłości przy nerwobólu międzyżebrowym. Początkowo i mnie to bardzo uderzyło, dlatego, że jak to słusznie G. podkreśla, nigdzie o tem wzmianki niema, a rzeczy nieopisane zawsze dziwnymi się wydają. Ale właśnie dlatego ten dziwny, ale aż 5 razy przezemnie z całą pewnością spostrzegany fakt do wiadomości publicznej podaję. Objaw ten zależał niewątpliwie od nerwobólu międzyżebrowego, skoro od leczenia tego ostatniego szybko ustępował, podczas gdy żadne inne leczenie ogólne, ani „żołądkowe“ na złagodzenie jego nie wpływało.—Nerwoból ten nazywam międzyżebrowym, gdyż w odnośnych częściach skóry tylko nerwy grzbietowe się rozgałęziają, a ból w obrębie tych nerwów zwie się według umowy międzyżebrowym.

KRAJEWSKIEMU. Nie opisywałem nowej metody badania chorych, bo obmacywanie międzyżebry jest metodą badania bardzo starą. Omawiałem tylko szeroko stosowanie tej starej metody badania do wykrycia przyczyn całego szeregu objawów sercowych, żołądkowych i innych których nie można było wytłumaczyć przy ograniczaniu się jedynie do opukiwania i osłuchiwania chorych. W tem tylko tkwi moja oryginalność, której opisane wyniki poszukiwań na chorych zawdzięczam. Podkreślam jeszcze raz, że stwierdzenie tą drogą punktów bolesnych dowodzi zawsze, że mamy do czynienia z nerwobólem, bo żadne inne cierpienie przy badaniu palcem wyraźnie ograniczonych punktów bolesnych nie daje. Na HEAD'a wyraźnie się powoływałem, choć prace jego nic wspólnego z memi spostrzeżeniami nie mają: on omawia cierpienia organiczne narządów wewnętrznych, powodujące nadczułość skóry, ja zaś odwrotnie mówię o objawach ze strony narządów wewnętrznych spowodowanych przez ból w gałązkach skórnych nerwów grzbietowych.

PRUSZYŃSKIEMU. Nie mówiłem nic o zaburzeniach krążenia zależnych od nerwobólu międzyżebrowego. — Wspominana precz P. dusznica bolesna typowa nic wspólnego z moim odczytem niema i jest chyba istotnie łatwą do rozpoznania; ale najdoświadczeńszy nawet lekarz nieodróżnia objawów naśladujących dusznicę bolesną, od zależnych od nerwobólu międzyżebrowego, jeżeli nie będzie pamiętał o dokładnem obmacaniu międzyżebry, nawet u chorych typowych, którzy przypadkiem jednocześnie i na nerwoból międzyżebrowy cierpieć mogą. Wybornie wszystkim znane bóle w bokach i brzuchu bez punktów bolesnych wzdłuż żeber, spotykane przy typowej dusznicy bolesnej, wcale do rzeczy się nie odnoszą, gdyż zależą od nerwobólu brzuszego i przez nikogo za nerwoból międzyżebrowy brane być nie mogą. — Nie wątpię, że w przebiegu zapalenia osierdzia może zdarzyć się chwilowy nerwoból międzyżebrowy, ale tego nie widziałem, i to się również do rzeczy nie odnosi.

KORZONOWI: Galwanizacyi nie stosuję, bo odnośnego aparatu w domu nie mam. Nie wątpię jednak, że może ona czasem pomagać.

E. ZIELIŃSKIEMU. Zgadzam się, że zrosty opłucnowe mogą być powodem nerwobólu międzyżebrowego nawet w najwcześniejszych okresach gruźlicy. Anatomicznie jednak dowieść tego nie można, gdyż podobne przypadki do badania pośmiertnego nie dochodzą.

RZĘTKOWSKIEMU. W przemówieniu swem podkreślałem, że nerwoból międzyżebrowy był cierpieniem cięższem tylko o

w 14 przypadkach na 258. Przeciwnie, u innych chorych cierpienie to było łatwe do wyleczenia, gdyż dolegliwości były ściśle co do miejsca ograniczone. — Niewątpię, że nerwoból przy nerce ruchomej, usunięty raz przy pomocy pryszczydeł może powrócić, jeżeli nerka pozostanie jeszcze długo ruchomą. Ale wtedy go się znowu usunie. Dotąd, przypadkiem zapewne podobnego nawrotu niewiedziałem.— Skaza moczanowa jest istotnie cierpieniem, które najbardziej do powstawania nerwobólu międzyżebrowego usposabia. Niesłusznie Rz. twierdzi z góry, że go to dziwi i że tego nie rozumie, gdyż trzeba najpierw fakt, jako taki, zaobserwować, podobnie jak się np. doświadczenie fizyczne przedewszystkiem tylko obserwuje, bez względu na to, czy i jak się je potem zrozumie. Nie obserwowanie zaś przez Rz. przypadków nerwobólu międzyżebrowego tłumaczy się tylko tem, że niewiedział on o potrzebie szukania go przy pewnym szeregu skarg. Ale o tej niewiedomości mówili już poprzedni mówcy, tłumacząc ją tem, że opisywanych przezemnie objawów nerwobólu nigdzie nie czytali, nikomu więc to ujmy nie przynosi. Zdanie Rz., że skaza moczanowa zdarza się u kobiet daleko rzadziej, niż u mężczyzn, jest zupełnie błędem. Przeczy mu kategorycznie doświadczenie moje osobiste.

P. S. Już po posiedzeniu obliczyłem w rozporządzanym przez siebie materyale stosunek artretyczek do artretyków i przekonałem, że wynosi on 4 : 3.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono

Prezes *W. Kamocki*.

Sekretarz *T. Korzon*

Posiedzenie kliniczne d. 30 Października 1906 r.

Przewodniczący Prezes *Kamocki*.

Treść: 1) PRUSZYŃSKI — Pokaz przyrządu do określenia przewodnictwa elektrycznego w cieczach.
2) PALMIRSKI — „O wpływie surowicy przeciwpłoniczej na przebieg płonicy u dzieci.“

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol. MAKOWSKIEGO, WOŁYŃSKIEGO, KOZŁOWSKIEGO, GRYGLEWICZA, WIEŁOBYCKIEGO i PIOTROWSKĄ.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłał kol. MALINOWSKI Feliks: a) 2 odbitki pracy swojej p. t. „Choroba Dariera“, b) „Tryper ostry i chroniczny u mężczyzn i kobiet,“ c) Zeszyt 9 pisma: „Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.“

IV. Prezes odczytał zawiadomienie kancelaryi generał-gubernatora o zatwierdzeniu przezeń wyboru na członka honorowego Tow. Lek. prof. Zygmunta LASKOWSKIEGO.

V. Prezes odczytał podanie o przyjęcie w poczet członków czynnych Towarzystwa, złożone przez SZYBOWSKIEGO, którego przedstawia SAWICKI Bronisław, a popierają LEŚNIEWSKI i MONSIORSKI, i przez kol. GARSZYŃSKIEGO, którego przedstawia KRAJEWSKI, a popierają KORZENIOWSKI i KARCZEWSKI.

VI. Prezes odczytał zawiadomienie członków delegatów Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, wystosowane do Tow. Lek. iż X-ty Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich odbędzie się w lipcu 1907 we Lwowie. Towarzystwo jest prośzone o wybór kolegów, którzy mają wziąć udział w czynnościach przygotowawczych Zjazdu. Prezes proponuje, że na najbliższym posiedzeniu Zarząd przedstawi kandydatów, których Towarzystwo zechce przyjąć, gdyż obarczać nikogo nie można bez jego wyraźnej chęci delegacją do prac ze zwołaniem Zjazdu związanych. Obecni zgadzają się na propozycję Prezesa.

PRUSZYŃSKI mówił „o rozbiórce osmotycznym cieczy ustroju“ i przedstawił służące do tego celu przyrządy. We wstępie mówca przeprowadził analogię pomiędzy zachowaniem się gazów i rozcieńczonych roztworów soli oraz objaśnił prawa dotyczące ciśnienia osmotycznego (BOYLEA'a-MARIOTTE'a, GAY-

LUSSAC'a, AVOGADRO VAN T'HOFF'a). Odstępstwo od praw tych, występujące w gazach, wskutek dysocjacji ich cząsteczek, dotyczy również rozcieńczonych roztworów soli wskutek ich rozszczepiania na jony, przyczem w stosunku do ciśnienia osmotycznego jon odgrywa rolę cząsteczki. W celu oznaczenia istotnego ciśnienia osmotycznego roztworu elektrolitów i nieelektrolitów należy uwzględnić współczynniki i i α ; pierwszy oznacza stosunek ilości cząsteczek + jonów do ogólnej ilości cząsteczek. Znając współczynnik α , można oznaczyć współczynnik i z równania $i = 1 + (k - i) \alpha$.

α określa się za pomocą mostu WEATSTONE'a, który opiera się na własnościach prądów rozgałęzionych i przedstawia $\frac{J_{\phi}}{J_{\infty}}$ t. j. stosunek przewodnictwa danego roztworu solnego do przewodnictwa roztworu w rozcieńczeniu nieskończonym. Ponieważ w praktyce wszystkie sole rozszczepiają się prawie całkowicie w rozcieńczeniu $\frac{1}{10000}$ do $\frac{1}{20000}$ można przyjąć za J_{∞} przewodnictwo elektryczne takich roztworów.

Przewodnictwo elektryczne jest w stosunku odwrotnym do oporu na prąd, jaki dana ciecz przedstawia. W moście WEATSTONE'a znany jest stosunek długości odcinków drutu na reochordzie, znany jest również opór jednej gałęzi, niewiadomym jest opór jaki przedstawia naczynie z cieczą badaną w drugiej, bocznej gałęzi. Jeżeli a i $1000 - a$ oznaczają 2 odcinki drutu reochordowego, R opór wiadomy w omach, x opór nieznan, natenczas

$$\frac{a}{1000 - a} = \frac{R}{x}; \quad x = \frac{1000 - a}{a} \cdot R.$$

W równanie to należy włączyć opór naczynia (pojemność), w którym znajduje się ciecz badana, (C).

$C = K \cdot X$; gdzie K przewodnictwo cieczy o znanem stężeniu (np $\frac{1}{10}$ n RCl), X —opór który oznacza się za pomocą mostu WEATSTONE'a.

Przewodnictwo K , cieczy badanej (odwrotnie proporcjonalne

$$\text{do oporu}) = \frac{C}{x} = C \cdot \frac{a}{(1000 - a) R}$$

a przewodnictwo równoważnikowe (ekwiwalentne) t. j. przewodnictwo cieczy podzielone przez ilość gramekwiwalentów soli w 1 ctm. roztworu (n).

$$\mathbb{N} = \frac{K_1}{n} = \frac{C}{n} \cdot \frac{a}{R. (1000 - a)}$$

Znając przewodnictwo elektryczne danego roztworu można oznaczyć α , które np. dla roztworu soli kuchennej o zawartości 0,001 moli (gramo cząsteczki) na 1 litr wynosi 0,98, co oznacza, że w takim roztworze ze 100 cząstek 98 rozszczepia się na jony.

Mówca objaśnił szczegółowo sposoby sprawdzania pomiarów elektrycznych, oznaczenia pojemności naczynia, w którym znajduje się ciecz badana, oraz błędy, nieuniknione przy tych badaniach.

W zastosowaniu praktycznym P. przytoczył rozbiory badania osmotycznego krwi i moczu.

PALMIRSKI wygłosił odczyt pod tytułem „O wpływie leczniczym surowicy przeciwploniczej na przebieg płonicy u dzieci.“ PALMIRSKI w pracy swej przedstawił materiał statystyczny z warszawskiego szpitala dla dzieci z oddziału A. MALINOWSKIEGO za czas od 1/VII 1904 r. do 1/X 1906 r. Cały ten materiał statystyczny P. zestawiał w tablicy z uwzględnieniem dnia choroby, w którym została zastrzyknięta surowica. Wszystkich dzieci leczonych surowicą było 168, z tych 26 ze statystyki P. wyłączył, ponieważ zejście śmiertelne nastąpiło w niespełna 24 godziny po zastrzyknięciu surowicy, statystyka więc tyczy się 142 przypadków.

Otóż okazało się, że na 142 przypadki płonicy u dzieci, leczonych surowicą, zapaleń nerek było 4 czyli 2,8%, zapaleń ucha średniego było 16 czyli 11,2%, a zapaleń gruczołów podszczękowych z przejściem w ropienie 20 czyli 14%. Wysypek posurowicznych było 15 czyli 10,5%. Ogólna odsetka śmiertelności 30,90%. Dalej P. dla porównania zebrał dane statystyczne z tegoż czasu z przypadków płonicy leczonych zwykłymi metodami leczniczymi, Przypadków tych było 298. Z tej liczby zmarło 65 czyli odsetek śmiertelności wynosi 31,8%. Przytem P. nadmienia, że w liczbie 398 dzieci nieleczonych surowicą było zaledwie 100 odpowiadających z natężenia chorobowego przypadkom leczonym surowicą. Z tej liczby umarło 54 czyli śmiertelność wynosi 54%. Dalej zapaleń nerek było 46 czyli 15,4%, zapaleń ucha średniego 34 czyli 11,4%, zapaleń gruczołów podszczękowych z przejściem w ropienie 26 czyli 9%.

Dla przedstawienia całokształtu P. przytoczył dane statystyczne z 1904 r. Porównyując wyniki obecne i dawniejsze można wywnioskować, iż śmiertelność się zwiększyła. Według PAL. na zwiększenie śmiertelności wpłynął złośliwy charakter płonicy z ostatnich czasów, o czym świadczą dane liczbowe w ogólnej śmiertelności z ostatnich czasów i lat ubiegłych, które P. przytoczył. Oprócz tego niewątpliwie na zwiększenie śmiertelności wpłynęła błonica i odra. Na 142 przypadki, leczone surowicą błonicę notowano w 33 czyli w 16,3%, z tej liczby 7 zakończyło się śmiercią. Przypadków odry po przebyciu płonicy było 10, z których 7 również zakończyło się śmiercią. Dalej nasuwa się pytanie, czy własności lecznicze tej surowicy nie osłabły. Odpowiedź trudna, ponieważ o jej własnościach leczniczych sądzimy przeważnie z objawów klinicznych u dzieci. We wnioskach P. zaznacza, że surowicę należy stosować jak najwcześniej, wpływ jej leczniczy na poprawę ogólnego stanu, tętno i zmniejszenie ciepłoty ciała występuje wyraźniej w przypadkach bez powikłań, przy powikłaniach poprawa ogólnego stanu i tętna występuje powolnie. Przy użyciu surowicy wyraźnie zaznacza się znaczne zmniejszenie częstości zapaleń nerek, co się zaś tyczy powikłań ze strony ucha lub gruczołów podszczękowych, to zmniejszenia ich przy użyciu surowicy nie mamy.

POLIKIER przypomina, że przed kilku laty podczas rozpraw nad działaniem surowicy przeciwploniczej wyliczył szereg postulatów, którym według jego zdania, czynić powinna zadość surowica, ażeby stosowanie jej w praktyce było uzasadnione. Szczególny nacisk kładł na to, że dla badań klinicznych niezbędna jest pewność, że wszystkie porcje używane do wstrzykiwań posiadają jednakowe własności i z jednego pochodzą źródła.

Od tego czasu nie przestał badać literatury tego przedmiotu, która go do stosowania surowicy bynajmniej nie zachęciła. Ponieważ kwestya swoistości streptokokka ploniczego nie została dotychczas ostatecznie wyjaśniona, niema kryterium dla doświadczeń klinicznych. Lekarz praktyk nie może mieć pewności czy zawartość jednej flaszeczki surowicy jest o tyle identyczna z zawartością drugiej flaszeczki o ile np. jeden proszek chininy jest identyczny z drugim proszkiem tejże. W obec tego powoływania się na cyfry, jak to czyni PALMIRSKI, mówca nie uważa za przekonujące. Zresztą najrozmaitsze środki proponowane rozmaitemi czasami przeciwko płonicy posiadały swoją statystykę. Był czas kiedy tinct. Belladonnae uchodziła za specyfik i prophylacticum przeciw płonicy i prawdopodobnie też na mocy cyfr. Potrzebny więc jest krytycyzm szczególnie przy uzasadnieniu doświadczeń klinicznych. Bez krytycyzm w tym razie prowadzi

do takiego stanu w którym lekarz, niestosujący tego środka ucho-
dzić może w oczach nielekarzy za nieuka lub wstecznika, ewentu-
alnie nawet za winowajcę zejścia niepomyślnego.

[Autoreferat].

DRABZYK. Przypisuje niedostateczną częstość stosowania surowicy jej drogiej cenie i nieodpowiednim nieraz warunkom otoczenia wśród klasy biednych ludzi. — Mówca zapytuje prelegenta czy nie dałaby się obniżyć ceny surowicy? Co do wartości leczniczej nie widzi szczególnie dodatnich skutków; w pewnej rodzinie rozchorowało się troje dzieci; dwojgu z nich stosowano surowicę, trzeciemu, które zachorowało najpóźniej nie stosowano. Przebieg szkarlatyny u wszystkich był jednakowo łagodny. Po zastosowaniu surowicy temperatura spadła, a po 3-ch dniach znów się podniosła i trwała w odpowiednich wahanach do końca choroby. Trzecie dziecko (bez surowicy) wyzdrowiało najpierw, co przypisuje temu, że dzieci nawet zdrowe kładzie do łóżka; o ile które z rodzeństwa zapadło na szkarlatynę. Jest on przeciwny stosowaniu surowicy w praktyce biednej, ponieważ lecznicze działanie surowicy nie jest pewne.

DĄBROWSKI Witosław wypowiada się nieprzychylnie dla stosowania surowicy, opierając się nawet na statystyce przytoczonej przez prelegenta.

Al. ŻEBROWSKI zaznacza, że w r. 1903, wkrótce po ukazaniu się surowicy przeciwploniczej, miał u. ożność spostrzegać w Radomiu bardzo ciężką epidemię szkarlatyny, przebiegającą najczęściej w postaci dyfteroidu szkarlatynowego z nader poważnemi zmianami w jamie gardzielowej, nosie i uszach. Otrzymał on wtedy od FIDLERA 15 dziesięciogramowych flakonów surowicy PALMIRSKIEGO i użył jej w 3-ch przypadkach, przyczem w dwóch przypadkach wstrzyknął surowicę na początku choroby, t. j, zaraz po ukazaniu się wysypki i zajęcia gardła, w trzecim zaś przypadku w środku choroby, która miała nadzwyczaj ostry przebieg. Wszystkie te trzy przypadki zakończyły się pomyślnie, przyczem mówca nadmieniał, że dwa razy zastrzykiwał surowicę (po 50 gr.) w jednym domu rodzeństwu u trzeciego dziecka które, zachorowało wkrótce potem na szkarlatynę, z powodu braku surowicy musiał zastosować jedynie leczenie objawowe i dziecko to zmarło. Działanie surowicy PALMIRSKIEGO w jego przypadkach było bardzo dodatnie; powikłań ubocznych, któreby można było przypisać wpływowi surowicy nie widział.

Mówca sądzi, że wobec braku środków leczniczych przy szkarlatynie, wobec konieczności uciekania się do leczenia objawowego, surowicę przeciwploniczą stosować należy, o ile surowica ta sama przez się nie będzie wywoływała niekorzystnych ubo-

cznych objawów. Statystyka porównawcza kilku epidemii nie powinna nas zniechęcać, a to z tego względu, że epidemie szkarlatyny jak wiadomo częstokroć znacznie się różnią co do nasilenia choroby, a więc zestawiając różne co do nasilenia epidemie musimy otrzymać wnioski mylne.

[Autoreferat]

Zachęcony końcowym ustępem przemówienia prelegenta, w którym jest mowa o potrzebie stosowania tej surowicy przez lekarzy praktyków i wypowiedzenia przez nich zdania — Kazim ZIELŃSKI — na zasadzie kilkunastu spostrzeganych przez siebie przypadków, jako właśnie lekarz praktyk, wypowiada następujące zdanie: Widział on przypadki — ciężkiej szkarlatyny, w których można było zauważyć niewątpliwie dodatni wpływ surowicy przeciwploniczej, to jest po zastrzyknięciu jej następowało szybkie polepszenie tak stanu ogólnego, jak i względnie więcej szybki przebieg samej płonicy jak i błonicy szkarlatynowej (w jednym przypadku u 7-letniego chłopca). Obok tych jednak przypadków były i takie, w których pomieniona surowica, zastosowana w 1-y dniu choroby, absolutnie żadnego dodatniego działania niewywarła. Widział natomiast przypadki b a r d z o l e k k i e j s z k a r l a t y n y, w której za inicjatywą innego praktyka, stosowaną była surowica przeciwplonicza w należytej ilości. również w pierwszych dniach choroby. W przypadkach tych bardzo szybko po wstrzyknięciu (w kilka godzin) następowało wybitne pogorszenie się stanu ogólnego, utrata przytomności (w jednym przypadku u 2-letniego chłopca) i szybkie względnie zejście śmiertelne, pomimo powtórných wstrzykiwań pomienionej surowicy. W kilku przypadkach widział następcze obrzmienia i bolesność wszystkich (nie wyłączając kręgosłupa i szczęki) stawów, obfitą wysypkę, obrzmienie gruczołów limfatycznych z wysoką ciepłotą ciała (u jednej 14-letniej dziewczynki), które to powikłania czyniły daleko straszniejszy (przynajmniej dla otoczenia) obraz choroby niż sama szkarlatyna.

Takie przypadki właśnie odstręczyły go od stosowania jej nadal w praktyce prywatnej. Przedstawiona przez prelegenta ostatnia statystyka utwierdza go w tem przekonaniu, że surowica ta zanim nie zostanie ujednostajnioną stosowaną być nie powinna. Naturalnie K. ZIEL. wypowiada swe zdanie tylko jako lekarz praktyk, taki jednak praktyk, który często stosuje surowicę p r z e c i w b ł o n i c z ą PALMIRSKIEGO i zawsze jest z niej zadowolniony.

ANDERS powiada, że kiedy MOSER a wkrótce potem i PALMIRSKI poczęli wytwarzać surowicę swoistą, przeciwszkarlatynową, uradowaliśmy się szczerze, sądziliśmy bowiem, iż dostaniemy do

ręki, do walki ze strasznym wrogiem, coś podobnie skutecznego jak surowica przeciwbłonicza. Jakoż, próby wykonane przez każdego z nas w r. 1904 zachęciły wielu. On sam stosował surowicę przeciwbłoniczą często i przyznaje, iż, z początku miewał wyniki zachęcające. Lecz, o dziwo, pośród nich zdarzały się przypadki gdzie, wezwany na naradę, dopiero na 10-ty dzień choroby a nawet i później, do chorych ze stanem zrozpaczonym, radził użycie surowicy i widziałem korzyść z jej zastosowania. Jednakże tak działo się do r. 1905. Od tego czasu rzeczy poczęły przybierać obrót inny. Wybierając do zastrzykiwań tylko przypadki ciężkie, częs'o o znamiennych objawach toksycznych, mówca przyszedł do przekonania, że jednakże, tak przez nas pożądana surowica, nie działa specyficznie i bynajmniej nie zabezpiecza chorego od grożącego mu niebezpieczeństwa, zarówno w pierwszych okresach choroby jak też i wdalszym jej przebiegu. Przeciwnie, nie bacząc na zastrzykiwania rychłe, powtarzane i dostatecznie obfite, widział zbyt często zejścia niepomyślne, a w tych razach, gdzie chory przebrnął szczęśliwie początkowe okresy, rozwijały się ciężkie sprawy ropne, poważne cierpienia nerek itp. Komplikacje aż nadto dobrze znane dla swych ujemnych zalet. Jeżeli dodać do tego, że wysypka posurowicza u wielu chorych zjawiała się w postaci niezwykle ciężkiej, budzącej obawę jakiejś głębszej i poważniejszej sprawy, to zapewne wyniki te nie mogły go zachęcić do dalszego stosowania surowicy. Dziś jej nie stosuje wcale i oczekuje tej chwili, gdy PALMIRSKI, pracując nadal, zdoła otrzymać przetwór pewniejszy, który mógłby stać się naszym istotnym sprzymierzeńcem przy zwalczaniu tak ciężkiej choroby jaką jest szkarlatyna. W danej chwili surowicy przeciwszkarlatynowej nie może poczytywać za naszego przyjaciela.

[Autoreferat].

KORZON przytacza obserwowany przez siebie niedawno przypadek szkarlatyny, gdzie zaraz pierwszego dnia choroby zastrzyknięto surowicę przy niezłym wcale ogólnym stanie chorej dziewczynki. — Nie było ani ciężkich objawów ze strony układu nerwowego, ani ze strony serca, i gardzieli, gdzie było tylko zaczerwienienie. Na drugi dzień stan chorej trochę się pogorszył, wystąpiło rozwolnienie. W trzeciej dobie nastąpiła śmierć chorej. Zniechęcającym dla lekarza czynnikiem jest tu ta okoliczność, że w seroterapii zawsze, a i w stosowaniu surowicy PALMIRSKIEGO kładziony jest nacisk na zależność pomyślniejszych wyników od jaknajwcześniejszego stosowania surowicy. — Otóż w przytoczonym przypadku surowica była zastosowana odrazu pierwszego dnia w ilości dostatecznej, a następnego dnia nawet powtórzona — a jednak wynik był zły.

[Autoreferat].

Roszkowski zaznacza, iż stosował surowicę przeciwploniczą, w 37 przypadkach plonicy w praktyce prywatnej i u dzieci zgłaszających się do ambulatorium Instytutu Lenwala.

Z tych 37 przypadków plonicy tylko 19 miał pod ścisłą opieką lekarską, inne zaś z powodu umieszczenia w szpitalu lub nie zgłoszenia się znikły zupełnie z oczu.

Wszystkie 19 przypadków należy odnieść do ciężkich.

Wysypkę posurowiczą z obrzmieniem i bolesnością stawów R. widział tylko w jednym przypadku, którzy obserwował wraz w GEBLEM w Konstancinie, w innych natomiast żadnej wysypki po zastosowaniu surowicy R. nie zauważył, były wprawdzie w 3-ch przypadkach lekkie obrzmienia stawów, lecz bez wysypki i te wkrótce po zastosowaniu kompresów ustąpiły. Dodatni wynik po zastrzyknięciu surowicy mówca widział tylko w 4-ch przypadkach, w których ciepłota spadła raptownie z 39,5—41°C do 37—37,6, tętno i ogólny stan znacznie się poprawiły, natomiast w pozostałych 15 przypadkach z których 3 zakończyły się śmiercią, Roszkowski nie zauważył żadnych zmian dodatnich przebiegu choroby, w dwóch przypadkach ciepłota, po zastrzyknięciu nawet podniosła się blisko o 1°C.

[Autoreferat].

W odpowiedzi na przemówienie kol. ANDERSA, POLIKIERA, K ZIELIŃSKIEGO i innych P. zaznacza że w pracy swej dane statystyczne, tyżące się działania surowicy przeciwploniczej, przedstawił obiektywnie ażeby ogół lekarzy wiedział, czego od surowicy można się spodziewać i co ona daje w praktyce. Nie zapominajmy, że plonica jest chorobą zakaźną, surowica ma zatem do zwalczenia w ustroju ludzkim nie tylko produkty życiowej działalności zarazków, lecz i same zarazki. Z tych względów surowica przeciwplonicza nigdy nie dorówna działaniu leczniczemu surowic antytoksyecznych. Co się zaś tyżczy powikłań posurowiczych (wysypek, bólów w stawach) o przebiegu cięższym, w przypadkach pojedynczych, o których ANDERS i K. ZIELIŃSKI wspominają, P. zaznacza, że ua 200 przypadków leczonych w Warszawskim Szpitalu dla dzieci widział te powikłania przynajmniej w 51%, lecz groźniejszego przebiegu nigdy one nie miały.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *T. Korzon.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 6 Listopada 1906 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 61 gości 7.

T r e ś ć: 1) *KARWACKI L.* Bakteryja kwaśnego mleka.
2) *ŻEBROWSKI Aleksander.* „W sprawie uleczalności i operacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki Towarzystwa nadesłał *HIRSCHFELD* z Charlottenburga: „VIII Jahrgang — Jahrbuch fur sexuelle Zwischenstufen.“

III. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości, kol. *DALECKIEGO, KALICIŃSKIEGO, WIEŁOBYCKIEGO, PIOTROWSKĄ, PODKULIŃSKIEGO, ROSENBERGA* i *WRETOWSKIEGO*.

IV. Prezes odczytał odezwę Czeskiej Akademii nauk w Pradze do Towarzystwa Lek. z prośbą o wysłanie jej brakujących tomów Pamiętnika Warsz. Tow. Lek. Zebrani postanowili prośbie tej zadość uczynić.

V. Prezes zakomunikował obecnym kandydatów do delegacji do prac przygotowawczych z X-ym zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich związanych.

Organizacyi poszczególnych działów podjęli się następujący koledzy:

a) dział chirurgiczny — *L. KRYŃSKI* i *Br. SAWICKI*.

b) dział medycyny wewnętrznej — *M. JAKOWSKI, Wł. JANOWSKI*.

c) dział chorób nerwowych — *FLATAU*.

d) okulistyka — *Zygmunt KRAMSZTYK*

e) pediatria — *KAMIŃSKI*.

f) akuszerya — *JAWORSKI*.

g) otyatria — *GURANOWSKI*.

VI. *W. KOSMOWSKI* przedstawił i opisał fotometr do określenia ilości światła, wchodzącego do sali szkolnej.

VII. *J. ROSENBERG* demonstrował chorych, dotkniętych cierpieniem a) lichen ruber acuminatus i b) ichtyosis simplex.

VIII. Wł. ŚWIĄTECKI i J. SKŁODOWSKI przedstawili chorą z licznymi (papillomata linguae i jamy ustnej) brodawczakami jamy ustnej.

ROSENBERG przedstawił przypadek *Lichen ruber acuminatus*.

Pacjent M. Sz. w wieku lat 35, prawidłowej budowy, średniego odżywiania. Cierpienie rozpoczęło się 5 miesięcy temu; wystąpiły wtedy swędzące guzeczki na twarzy, poczem sprawa chorobowa rozszerzyła się na tułów, kończyny górne i dolne. W październiku r. b. chory zgłosił się do ambulatoryum, skąd R skierował go na oddział ELZENBERGA.

St. pr. Na twarzy, na górnych i dolnych kończynach skóra jest czerwona, mocno nacieczona, sucha, szorstka, łuszcзки te na normalnych fałdach skóry bardziej wydatne; na szyi i tułowiu skóra jest usiana licznymi guzyczkami wielkości łepka od szpilki, stożkowatymi, bładoróżowymi, spoistymi, pokrytymi na wierzchołku mocno przylegającą łuszczką, na szyi, a przeważnie na tułowiu znajdują się liczne miejsca, gdzie guzyczki się zlały; w miejscach tych skóra jest czerwona, nacieczona łuszczką, a na brzegach widoczne są liczne lichen'owate guzyczki.

Na głowie znajdujemy silne łuszczenia się. Wysypka do tego stopnia swędzi iż wywołuje bezsenność.

Chory otrzymuje leczenie As, a mianowicie wstrzykiwanie *NATR. arsenic.* (0,005—0,01 pro die), które należy stosować do zupełnego wessania się wykwitów (około 5—6 tygodni).

[Autoreferat].

ROSENBERG przedstawił przypadek *Ichthyosis simplex*.

Pacjent w wieku lat 17 prawidłowej budowy, średniego odżywiania. Cierpienie wystąpiło w wieku dziecięcym; nikt z rodziców lub z rodzeństwa nie jest dotknięty tą chorobą.

St. pr. Na tułowiu i kończynach skóra jest sucha, szorstka, pokryta licznymi szaro-brudnymi łuszczkami, delikatnymi, czworo lub wielokątnej postaci; w wielu miejscach są widoczne zanikowe zmiany skóry; na głowie znaczne łuszczenie się.

Prócz twarzy, obu kici i stóp są wolne od sprawy chorobowej obie pachy, zgięcie łukowe pachwiny i jamki podkolanowe.

[Autoreferat].

SKŁODOWSKI i W. ŚWIĄTECKI przedstawiają dwudziestokilkuletnią dziewczynę wiejską, dotkniętą licznymi brodawczakami jamy ustnej. Przypadek ten zasługuje na uwagę nietyle z powodu rodzaju i umiejscowienia narośli, albowiem brodawczaki w jamie ustnej nie należą do zjawisk rzadkich, ile ze względu na niezwykłą ich liczbę. Błona śluzowa warg, policzków, podniebienia,

brzezi języka pokryte są niezliczonym mnóstwem guziczków drobnych, o średnicy 25 milim. u podstawy, dość płaskich, barwą swą nie odcinających się od błony śluzowej normalnej. Badanie laryngoskopowe wskazuje na obecność podobnych guziczków także i w górnej części krtani. Choroba rozpoczęła się 5 lat temu, ostatnie guziczki pojawiły się w lecie b. r. Przed wystąpieniem guziczka chora czuwa w miejscu danem lekkie pieczenie, po wystąpieniu guziczek przez parę tygodni jest trochę bolesny. Poza tem wywiady nic osobliwszego nie przedstawiają.

IV KARWACKI demonstrował hodowle i preparaty drobnowidzowe laseczników kwasu mlecznego (szczep bułgarski), oraz wyrabiane przez siebie mleko kwaśne.

W przemówieniu poruszył sprawę oddziaływania mleka Miecznikowa i ewentualnych wskazań tego preparatu w praktyce.

GRUNDZACH podnosi, że rzecz, poruszona przez prelegenta interesującą jest z punktu teorii i praktyki. Co do strony teoretycznej zaznacza mówca, że zmiana flory kiszkiowej była już przez autorów stwierdzana przez zmianę pożywienia na krótszy lub dłuższy okres czasu. Żywotność lasecznika bułgarskiego musi być znaczna jeżeli skutek ten osiągać się daje bez zmiany pożywienia.

Co się zaś tyczy strony praktycznej to mówca spostrzegał dość często biegunki uporczywe, nieraz bardzo długotrwałe, połączone z bólami, wydalaniem cuchnących gazów i płynnych cuchnących wypróżnień. Biegunki te bezskutecznie są leczone środkami aptecznymi, wodami mineralnymi i t. p. środkami. Dla biegunek tych jest objawem charakterystycznym — odczyn wypróżnień, który najczęściej jest alkalicznym, czasem na zmianę alkaliczny lub obojętny. Przekonywam się o tem, polecając choremu, aby np. w ciągu całego tygodnia badał odczyn stolców za pomocą papierków lakmusowych, które mu wręczam. Mamy więc w tych przypadkach niewątpliwe gnicie zawartości okrężnicy i wytworzenie drażniących, szkodliwych, trujących ciał chemicznych. Zmiana pożywienia, mięsnego na „bezmieśne“, obfitość pokarmów mącznych, stosowanie kwasu solnego (w braku wydzielania soku żołądkowego: gdzie spostrzegamy takie biegunki), kw. mlecznego, wywołuje w tych razach szybką poprawę stanu kiszkiowego i ogólnego. Stolce się normują, stają się ściślejse, odczyn staje się kwaśny.

Mleko z pracowni KARWACKIEGO, może, zdaniem mówcy przez zwrotność laseczników oddać w tej sprawie duże usługi. Nie zmniejsza to jednak znaczenia diety bezmiesznej.

[Autoreferat].

A. ŻEBROWSKI wypowiedział rzecz w sprawie uleczalności i operacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego (z demonstracjami rysunków i preparatów).

Do roku 1873, w którym po raz pierwszy została wykonana przez SCHWARTZE'go trepanacja wyrostka sutkowego, leczenie ropnicy usznej mogło być i było jedynie objawem. Od roku 1873 do 1884 operacyjne leczenie ropnicy usznej ograniczało się na wydlutowaniu wyrostka i obnażenia zatoki poprzecznej; niekiedy wprawdzie otwierano zatokę poprzeczną i usuwano z niej zakrzep, lecz przypadki te należały do rzadkich wyjątków. Dopiero od r. 1884, gdy za radą ZAUFAL'a zaczęto podwiązywać żyłę szyjową wewnętrzną przed lub po usunięciu zakrzepu w zatoce, leczenie ropnicy usznej wstąpiło na drogę racjonalną.

Podstawą dla streszczonych poniżej wniosków jest sześć przypadków ropnicy pochodzenia usznego, przez Ż. w Ujazdowskim szpitalu wojskowym, wszystkie z przerzutami w stawach lub w płucach. Trzy pierwsze przypadki przedstawiały sobą obraz lekkiej ropnicy: ostra lub obostrzona sprawa ropna w uchu średnim, ostre zapalenie wyrostka sutkowego z ropnicową gorączką i przerzutami w stawach. Jako zabieg operacyjny wykonaną była w 3-ch tych przypadkach trepanacja wyrostka sutkowego z usunięciem wierzchołka wyrostka; zatoka poprzeczna zawsze była obnażona na większej lub mniejszej przestrzeni; ropnie w stawach były otwierane wcześniej — poczem objawy ropnicy znikaly i następowało szybkie wyzdrowienie. W trzecim przypadku jednak ropnicowa ciepłota i dreszcze wstrząsające trwały w przeciągu dłuższego czasu po wykonaniu trepanacji wyrostka sutkowego i obnażeniu zatoki poprzecznej. W tym przypadku zastosowaną została wielowartościowa surowica przeciwpaciorkowcowa TAABL'a w ilości 30 ctm: sześć z bardzo dobrym wynikiem. — W ciągu 3-ch dni po wstrzyknięciu surowicy ciepłota spadła: rany, które dotychczas wciąż pokryte były „ropnicowym“ nalotem, poczęły się zablizniać i chory wyzdrowiał.

W 4-yim przypadku prócz trepanacji wyrostka i otworzenia obydwu jam czaszkowych (średniej i tylnej). przyczem usunięto dość znaczny ropień przedoponowy, została rozcięta zatoka poprzeczna na przestrzeni 4-ch ctm. i usunięto zakrzep z zatoki. Jednak w tym przypadku objawy ropnicy ustąpiły dopiero po podwiązaniu żyły szyjowej wewnętrznej. Chory ten miał cztery przerzutowe ropnie: trzy w stawach i czwarty u górnego brzegu chrząstki tarczowej (demonstracja rysunku z fotografii).

Dwa następne przypadki zakończyły się śmiercią. W pierwszym podczas trepanacji znalazł Ż. ciekawą i niezwykłą budowę wyrostka sutkowego; po usunięciu *c o r t i c a l i s* i pierwsze-

go szeregu komórek sutkowych ukazała się w głębi grupa kostnych białych, nadzwyczaj twardych pęcherzy; dopiero po usunięciu tych kostnych pęcherzy można było otworzyć jamę sutkową (Antrum mastoideum). Ż. sądzi, że w przypadku tym natrafił na poczynający się proces kostnienia („Sclerosierung“) wyrostka sutkowego, i właśnie w stadium początkowym kostnienia komórek sutkowych wykonana została trepanacja. Chory zmarł wskutek ogólnej ropnicy, pomimo że podczas operacji usunął Z. duży rozpadający się zakrzep z zatoki poprzecznej.

W ostatnim przypadku ropnicy pochodzenia usznego, przyczyną której było oparzenie jam ucha średniego jakimś (kwas, ług?) płynem żrącym, w 10 dni po trepanacji wystąpiły objawy zakrzepu w zatokach jamistych (chemosis et exophthalmus na obydwu stronach). Wkrótce potem objawy te znikły, lecz tylko po stronie lewej — na zasadzie tego zjawiska przypuszczał Ż. możliwość ropnego rozpadu zakrzepu w lewej zatoce jamistej. Sekcja potwierdziła to przypuszczenie: w lewej zatoce jamistej znajdował się nie zakrzep lecz ropień. Ostatnimi czasy przez wielu otyatrów zostały wprowadzone nowe metody operacyjne przy leczeniu chirurgicznym ropnicy pochodzenia usznego. Operacje GRUNERS'a, ALEXANDER'a, PIFFL'a (demonstracja rysunków) i innych mają na celu całkowitą eliminację schorzałej zatoki poprzecznej i żyły szyjowej wspólnej z ogólnego krwioobiegu i wywołanie obliteracji tego odcinka układu krwionośnego. Dla wielu przypadków wystarcza jednak w zupełności wykonanie trepanacji wyrostka sutkowego z usunięciem wierzchołka wyrostka i wogóle schorzałej kości połączone z obnażeniem zatoki poprzecznej. Podwiązanie żyły szyjowej wspólnej wskazanem jest nie zawsze, należy je jednak uważać w wielu przypadkach jako zabieg zbawienny. Całkowite wycięcie żyły szyjowej wewnętrznej wraz z otaczającymi ją gruczołami, jak to częstokroć wykonywają „amerykańcy“ otyatry (RICHARDS, LEWIS, Mc. KERNON i t. d.), aczkolwiek stanowi zabieg bardzo ciężki, ma jednak rację bytu ze względu na to, że przy ropnicy częstokroć znajdujemy w żyłe szyjowej wspólnej a szczególnie w otaczających ją powiększonych i nacieczonych gruczołach limfatycznych kolosalną ilość drobnoustrojów (demonstracja rysunku z własnego preparatu). Co się zaś tyczy zakrzepów w zatoce jamistej, to zdaniem Ż. są one absolutnie niedostępne dla chirurgicznego leczenia. Przypadek Voss'a niedawno ogłoszony w „Centralblatt für Chirurgie“ jest tego najlepszym dowodem.

Na zasadzie swej kazuistyki Ż. stawia następujące wnioski:

1) Ropnica uszna przybiera najrozmaitsze postaci, od form łagodnych aż do nadzwyczaj ciężkich, kończących się bez-

warunkowo śmiercią. Zabiegi operacyjne należy modyfikować stosownie do nasilenia choroby i do zmian anatomo-patologicznych znalezionych podczas trepanacji.

2. Usunięcie całkowitego ogniska chorobowego z kości skroniowej i obnażenie zatoki poprzecznej częstokroć w zupełności wystarcza dla wyleczenia ropnicy.

3. Wielowartościowa surowica przeciwpaciorkowcowa może okazać nader pomyślny wpływ na przebieg pooperacyjny ropnicy usznej.

4. Brak bolesności wyrostka sutkowego przy sprawach ropnych w uchu średniem nie może stanowić przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego.

5. Wystąpienie objawów zakrzepu zatoki jamistej należy uważać jako oznakę zbliżającej się śmierci, wszelkie zaś próby operacyjnego otwarcia zatoki jamistej należy uznać za niedozwolone.

[Autoreferat].

T. HEIMAN w wykładzie ŻEBROWSKIEGO znajduje potwierdzenie faktu który zaznaczył w wydanych przez siebie pracach, że ropnica pochodzenia usznego, która daje przerzuty do narządów obwodowych ciała jak up. do, stawów mięśni, tkanki łącznej podskórnej przedstawia rokowanie daleko lepsze aniżeli ropnica z przerzutami do płuc i innych narządów wewnętrznych. Przypadki pierwszego rodzaju bardzo często kończą się wyzdrowieniem po otworzeniu wyrostka sutkowego z obnażeniem lub bez obnażenia zatoki poprzecznej, po otworzeniu ropni przerzutowych niekiedy nawet i bez wszelkiego rękoczynu chirurgicznego na kości sutkowej tymczasem przypadki drugiej kategorii, pomimo najróżnorodniejszych rękoczynów, jako to: szerokie otworenie wyrostka sutkowego, obnażenie i otworenie zatoki poprzecznej, usunięcie z niej zakrzepów, przewiązka żyły szyjowej wewnętrznej, częściej daleko kończą się śmiercią aniżeli wyzdrowieniem. Zastosowana przez GRUNERT'a i Voss'a operacja otworenia opuszki żyły szyjowej wewnętrznej w celu usunięcia z niej zakrzepów i zmniejszenia tym sposobem niebezpieczeństwa zakażenia ogólnego, oprócz tego, że jest niezmiernie trudną do wykonania, nie dają jak dotąd zadawalniających wyników w tych nielicznych przypadkach w jakich była wykonaną. Podług H. operacja ta sądząc z teoretycznych rozumowań, przedstawia więcej interes anatomiczny, niż praktyczny. Przez usunięcie zakrzepu z opuszki żyły szyjowej wewnętrznej, tak samo jak przez przez przewiązkę samej żyły nie jesteśmy w stanie zapobiedz rozszerzaniu się i potęgowaniu zakażeniu na drodze innych żył. Przekonywamy się

z literatury oduośnego przedmiotu, że w ostatuich czasach przewiązka żyły szyjowej coraz rzadziej bywa stosowaną. W przypadkach gdzie znajdujemy w niej zakrzep twarady, stanowi on najlepszą zaporę dla szerzenia się zakażenia i przewiązka żyły jest zbyteczną, lub nawet szkodliwą gdy zaś jest zropiała, przewiązka żyły najczęściej zakażenia niepowstrzyma. Prawie zawsze wystarczy wyłyżeczkowanie zakrzepu z zatoki: Proponują też w ostatnich czasach przewiązać żyłę daleko niżej, mianowicie pod obojczykiem i w tym celu usuwają jego przednią połowę. Na tym punkcie robią się wszelako dopiero pierwsze próby i dotąd nie można o nich wyrzec nic stanowczego. W końcu H. zwraca uwagę Ż. na używanie przez niego wyrazu wstrząs zamiast dreszcz wstrząsający.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Pom. Sekretarza *Ign. Landstein.*

Posiedzenie kliniczne dnia 20 Listopada 1906 roku.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Obecnych członków 44 i gości 3.

T r e ś ć: 1) DĘBIŃSKI Bolesław. „O bakteryolizie łaseczników rzekomo gruźliczych (RABINOWICZ).“
2) MALINOWSKI Feliks: „Niezwykła postać przerzutów raka sutki na skórze.“

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił, że obowiązki delegatów na przyszłorocznym zjeździe we Lwowie przyjęli następujący koledzy: KARWACKI i DMOCHOWSKI — w dziale medycyny teoretycznej. SOKOŁOWSKI Alfred w dziale laryngologii. ELZENBERG — w dziale syfilidologii i dermatologii. POLAK J. w dziale higieny.

III. Prezes odczytał podania kol. ŻUCZYCKIEGO i KNAPPEGO na członków Tow.

IV. Prezes odczytał odezwę, nadesłaną do Towarzystwa od Towarzystwa lekarzy rosyjskich im. PIROGOWA, zapraszającą do udziału w składkach na mający powstać dom PIROGOWA w Moskwie.

V. Prezes powitał gości kol; WŁ. JANCZEWSKIEGO, WRĘTOWSKIEGO i SZOKALSKIEGO.

VI. ULIŃSKI przedstawił przypadek pityriasis rubra.

VII. RYLKO przedstawił trup noworodka z atresia recti i degeneratio penis.

Rylko przedstawił płód, urodzony dnia b. m. o godzinie 1 $\frac{1}{2}$ popoł. płód donoszony, oddychał, krzyczał słabo, i zmarł w dwie godziny po urodzeniu.

Płód niema wcale otworu kiszki stolcowej, a nawet na skórze w odpowiedniem miejscu żadnego wgłębienia. Nieco powyżej tylko w miejscu, odpowiadajacem połączeniu kości krzyżowej z ogonową jest na skórze bardzo płytkie ślepe zagłębienie. Moszna niewielka, jąder w niej niema.

Penis przedstawia się, jako twór, długości około 7 cmt. dość gruby; ua całej przestrzeni wyczuwa się jakby zgrubiałe postronki robiące wrażenie rozrośniętych corpora cavernosa.

Matka rodziła przedtem raz, dziecko zupełnie prawidłowe. Obecną ciążę przeszła zupełnie normalnie.

Zęłębnik. wprowadzono do kanału cewkowego przechodzącej przestrzeń p e n i s a, lecz opiera się w okolicy spojeniałonowego i do pęcherza nie wchodzi.

[Autoreferat].

DĘBIŃSKI podał najpierw literaturę dotyczącą bakteryolizy drobnoustrojów wogóle i laseczników gruźliczych w szczególności. Później opisał metodę, podług której prowadził badania, wreszcie przedstawił same badania, przyczem preparaty mikroskopowe zdemonstrował na epidiaskopie

Wnioski do których doszedł autor, są następujące:

1. Laseczniki rzekomogruźlicze (RABINOWICZ), wstrzyknięte do otrzewnej lub pod skórę królika szybko rozpadają się na ziarenka.

2. Surowica królika lub człowieka zdrowego, zmieszana z lasecznikami rzekomo-gruźliczymi, nie daje bakteryolizy in vitro.

3. Surowica królika uodpornionego przeciwko prątkom rzekomo gruźliczym, wywołuje energiczną bakteryolizę tychże prątków.

4. Surowica ludzi gruźliczych lub zwierząt, którym wstrzyknięto laseczniki ludzki, bydłęcy, ptasi, rybi i tymotejki, daje wyniki niestałe.

5. Działanie bakteryolityczne surowicy prawidłowej względem laseczników rzekomo-gruźliczych jest złożone i zależy od aleksyny i substancji uczulającej (sensibilisatrice).

6. Udział fagocytozy w procesie bakteryolizy jest bardzo słaby.

[Autoreferat].

MALINOWSKI Feliks miał odczyt o niezwykłym przypadku przerzutów raka sutki w skórze. U 60-letniej kobiety na lewej sutce występowały plamy czerwone, na których tworzyły się pęcherze. Te zaś wypełniały się wegetacjami. Po pęknięciu pokrywek oddzielnych pęcherzyków i zlaniu się wegetujących przestrzeni, pozostało olbrzymie owrzodzenie. Badanie mikroskopowe wykazało carcinoma colloideum myxomatodes w głębi sutki. Nowotwór dawał przerzuty w skórze drogą naczyń limfatycznych. Ogniska rakowe w skórze, ulegając zwyrodnieniu koloidalnemu, tworzyły pęcherze, MALIN. przyjmuje przypadek za morbus PAGEŃ'a i wyprowadza wniosek, że zmiany na skórze przy chorobie PAGEŃ'a są wywoływane przerzutami pierwotnego raka sutki.

[Autoreferat].

H ULIŃSKI demonstrował przypadek „Pityriasis rubra benigna chronica“.

Mężczyzna lat 25. Na znacznej powierzchni skóry widzimy sprawę chorobową, która przedstawia się w postaci czerwonego, a miejscami czerwono-brunatnego zabarwienia; oprócz tego skóra pokryta jest szarobiaławami i przeważnie zlewającymi się łusczkami. W wielu miejscach nacieczenie skóry występuje dość wyraźnie. Na uwłosionej części głowy skóra biała, łuszcząca się. Na podszwach—modzelowate stwardnienie naskórka zajmujące $\frac{1}{3}$ powierzchni tychże. Gruczoły chłonne pachwinowe i pod pachami dochodzą do wielkości kasztana. Wolne od choroby są następujące miejsca skóry: szyja, dolna połowa piersi, brzuch, górna połowa grzbietu, zgięcia stawów, ręce, górne powierzchnie stóp i organy rodne. Objawów subiektywnych chory nie odczuwa żadnych: jest przytem rzeźki i zdolny do pracy fizycznej. Choroba trwa 8 lat i rozszerzała się w ciągu tego czasu stopniowo. Przez cały czas trwania choroby nie występowały na skórze ani grudki, ani pęcherzyki, ani też krostki.

Stosownie do podziału BROG'a w „La pratique Dermatologique 1901“ przypadek opisany zaliczyć winniśmy do—odbiegających od typu HEBRA'y, i — nazwiemy go „Pityriasis rubra benigna chronica“.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Pom.-Sekretarza *Ign. Landstein.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 27 Listopada 1906 r.

Przewodniczący Prezes *Kamocki*.

Członków obecnych 71 i gości 4.

- T r e ś ć:**
- 1) Korybut DASZKIEWICZ. „Przypadek zimnicy u 12-letniego chłopca o niezwykłym przebiegu.“
 - 2) STANKIEWICZ Czesław. „Pokaz usuniętego na drogę operacyjnej jajnika u chorej przy ciąży zamacicznej.“
 - 3) KARWACKI L. „Meningitis streptococcica“ (pokaz preparatu).
 - 4) KARWACKI L. „Pleuritis sarcomatosa“ (pokaz preparatu).
 - 5) KNAPPE W. Pokaz nowego modelu tonometru GÄRTHNER'a.
- DUNIN T. Etyologia stwardnienia tętnic.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. KNAPPEGO, MAKOWSKIEGO, WRĘTOWSKIEGO i WIEŁOBYCKIEGO.

III. Prezes odczytał podanie o przyjęcie w poczet członków Tow., kol. Stefana RONTALERA i Juliana WOŁYŃSKIEGO.

IV. Prezes podał do wiadomości członków, że wołec usunięcia się kol. GEPNERA (sen.) z komisji stypendyum im. Koczorowskiego, zarząd na jego miejsce zaproponował kol. WINIARSKIEGO. Członkowie wybór ten zaakceptowali.

V. Do biblioteki Tow. nadesłali.

RONTALER S. 1) Badanie słuchu w szkołach.

2) Dwa rzadkie przypadki mięsaka jamy nosogardzielowej.

3) Vergleichende bakteriologisch — chemische Untersuchung, über das Verhältnis des Bacillus der Cholera — Massaua zum Vibrio Metschnikovi und zum Koch'schen Kommabacillus.

HELLIN D. Das Carcinom und seine Therapie im Lichte der Biologie.

Pam. Tow. Lek. T. 102, Z. IV.

JANOWSKI Wł. O tętnie dwubitnem przy niedostateczności zastawki aorty.

NEUGEBAUER. 1) Zusammenstellung der Literatur über Hermaphroditismus beim Menschen.

2) Kolpeurynter oder Messer?

3) Bericht über die polnische geburtshülflich — gynekologische Literatur des Jahres 1905.

VI Korybut DASZKIEWICZ opisał przypadek zimnicy u 12-letniego chłopca, o niezwyklej przebiegu.

Chłopiec, o którym mowa pozostaje od lat niewiele więcej 6-letni pod stałą opieką lekarską mówcy i do Listopada r. b. nie miał nigdy objawów zimnicy. W Październiku spędził kilka tygodni w okolicy błotnistej. W dniu 2 Listopada wieczorem dostał gorączki ($37,9^{\circ}\text{C}$), nie odczuwając zresztą żadnych dolegliwości, prócz braku łaknienia; przez dni następne objawy subiektywne były takie same. Badanie obiektywne, oprócz obłożonego języka i nieznacznego (na $\frac{1}{2}$ palca poprzecznego) podwyższenia górnej granicy śledziony, przyczem wymacać w podżebrzu się ona nie dawała, nic więcej nie wykryło. Chory się nie pocił i dreszczów nie miewał. —

Ciepłota ciała w ciągu dni następnych zachowała się jak następuje: dnia 3 rano $37,5$, wieczorem 38°C , d. 4-go $37,3$ Vesp. $37,3$; d. 5 TM. $37,7$, TVesp. $37,8$; d. 6-go TM. $37,1$; TV. $37,7$; dnia 7-go TM. $37,1$; TVesp. $37,6$; dnia 8-go TM, $37,3$, TV. $37,6$; d. 9-go TM. $37,3$, TVespere $37,6$.

Nie mogąc sobie objaśnić powodu tego rodzaju gorączki bez dostatecznych danych obiektywnych i podejrzewając możliwość duru brzuszego lub paratyfusu, Korybut DASZKIEWICZ prosił KARWACKIEGO o dokładne i szczegółowe badanie krwi chorego, które stwierdziło obecność we krwi plazmodyów zimnicy.

Po zaleceniu odpowiedniej dawki chininy, ciepłota ciała w ciągu 4-ch dni następnych wahała się w granicach między $36,7$ i $36,9^{\circ}\text{C}$, poczem zaczęły się znowu mimo podawania chininy małe wahania ciepłoty w granicach między $36,9$ i $37,3^{\circ}\text{C}$, które ustąpiły dopiero po zaleceniu choremu nalewki słonecznika (trae elianti) współcześnie z zastrzykowaniami kakodylanu sodu pod skórę.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na: 1) wystąpienie po raz pierwszy objawów zimnicy w Listopadzie, coby przemawiało conajmniej przeciw wyłącznemu przypisywaniu jedynej roli w etiologii zimnicy, komarom (anopheles), lub też mówiliby na korzyść możliwości istnienia długiego utajonego okresu zimnicy przed pierwszym jej napadem.

2) Ze względu na rodzaj i charakter gorączki, jaką miał chory, niczem nieprzypominający gorączki przy zwykłej zimnicy i wreszcie.

3) Ze względu na względną bezskuteczność chininy.

Wyraźne powiększanie śledziona, zdaniem Korybuta Daszkiewicza, nie jest koniecznym objawem zimnicy.

[Autoreferat].

VIII STANKIEWICZ Czesław opisał przypadek ciąży zamacicznej.

27 letnia kobieta rodziła na czasie dwa razy, ostatnio przed $1\frac{1}{2}$ rokiem. Pierwszy poród kleszczowy, dziecko nieżywe.

Miesiączka $\frac{4-5}{4}$, bez bólów. W połowie Października r. b.

miesiączka 1 dzień, poprzedzona bólami; następnie trzy razy w odstępie 3—4 dni, napady silnych bólów w dole brzucha, połączona z zemdleniem. Nieznaczne krwawienie z części rodnych za każdym razem. Badanie wykazuje macicę niepowiększoną, w dextropositio i retrocessio; na lewo i ku przodowi od niej guzik twardej, wielkości dużego orzecha włoskiego, dość ruchomy, na ucisk bardzo wrażliwy. Rozpoznano ciążę zamaciczną jajowodową lewostronną. W noc, poprzedzającą zabieg operacyjny,znaczony na dzień 10 Listopada, wystąpiły objawy wolnego krwotoku do jamy brzusznej, o natężeniu umiarkowanym: tętno do 100, przytłumienie i bolesność w podbrzuszu, w okolicach lędźwiowych ton opukowy jasny; krwistek się nie wytworzył. Cięcie brzuszne, wykonane niezwłocznie, stwierdziło rozpoznanie. W jamie brzusznej znaleziono sporą ilość krwi płynnej i skrzepów, które w części znacznej usunięto. Ciężarną część lewego jajowodu po wytworzeniu szypuły, zmiażdżeniu jej miażdżeniem Doyen'a (model mniejszy) i przewiązaniu katgutem, odcięto; kikut przykryto otrzewną (szew katgutowy ciągły). Powłoki brzuszne zespolono szwem Schroederowskim. Trwanie zabiegu do zupełnego zamknięcia jamy brzusznej minut 16, łącznie z nałożeniem szwów skórnych powierzchownych minut 27. Przebieg pooperacyjny niepowikłany.

O k a z a n a t o m i c z n y przedstawia jajowód, w odcinku dośrodkowym na przestrzeni $2\frac{1}{2}$ ctm. niezmieniony, w dalszym przebiegu aż do ujścia brzuszno rozszerzony do wielkości mandarynki ($5\frac{1}{2}$ ctm. : $4\frac{3}{4}$ ctm.) i wypełniony skrzepem krwi, na obwodzie ściśle ze ścianą jajowodu zespolonym, barwy brunatnej. Śladów zarodka nie znaleziono. Ujście brzuszne ma w świetle 1 ctm. Na tylnej powierzchni jajowodu, w odległości 2 ctm. od ujścia, znajduje się otwór o średnicy $1\frac{1}{2}$ młm. drążący do światła jajowodu — źródło krwotoku do jamy brzusznej. Na górnej powierzchni jajowodu widać dwa miejsca wy-

puklone, pokryte jedynie otrzewną, przez którą prześwieca za-wartość krwawa jajowodu. Tu, jak należy przypuszczać, łatwo mogłoby nastąpić nowe przedziurawienie.

Pozatem preparat przedstawia następujące osobliwości:

a) torbiel średnicy 2 ctm., o zawartości surowiczej, usado-wioną na górnej ścianie jajowodu w pobliżu ujścia brzuszno-go b i c) dwa twory walcowate, długości 1.8 i 5 ctm., grubości 3 — 5 młm., wychodzące z dolnej części przedniej powierzchni jajowo-du, bliżej końca dośrodkowego, Dłuższy z tych tworów zakoń- czony torbielą owalną, wielkości orzecha tureckiego; wolny ko- niec krótszego pokryty kilkoma fałdami, co może poniekąd przy- pominąć strzępki jajowodowe. Są to prawdopodobnie jajowody dodatkowe tubae accessoriae.

[Autoreferat].

KARWACKI L VIII demonstrował preparaty z przypadku „me- ningitis streptococcica.“ przyczem wyraził zdanie, że podział za- palenia opon natury zakaźnej na pierwotne i wtórne ze stanowiska patogenetycznego jest najzupełniej nieuzasadniony. Termin idio- pathicas, którym posługujemy się coraz rzadziej, jest równoznac- nikiem braku dokładnego pojęcia o mechanizmie chorobowym. Właściwie mówiąc, pierwotnego zakaźnego zapalenia opon niema wcale, a zawsze są tylko sprawy wtórne. Do kategorii pierwot- nych zakaźnych wliczono sprawę gruźliczą i zapalenie nagminne otóż co do tego ostatniego zostało wyjaśnione, że poprzedzają je miejscowe zmiany zapalne bądź w gardzieli, bądź w nosie bądź w uchu środkowym, wywołane przez ziarniki WEICHELBAUM'a. Co się tyczy gruźliczej sprawy wykrycie ogniska pierwotnego w wielu razach napotyka trudności nieprzewyciężone. W przy- padku podobnym, obserwowanym wraz z kolegami CIĄGLIŃSKIM, DĄBROWSKIM i KIJEWSKIM, przed pojawieniem się sprawy oponowej istniały objawy pozwalające przypuszczać tuberculum solitarium w mózgowiu. Powstawanie sprawy per contiguitatem należy do rzadszych: przypuszczać można, że naczynia chłonne i krwi obieg grają główną rolę w przeszczepianiu się laseczników gruźliczych na opony.

Zapalenia opon, tak zwane wtórne, mogą wikać najróżno- rodniejsze sprawy zakaźne bądź miejscowe, bądź ogólne. Po- ważny procent w nich stanowią ropne sprawy w uchu środ- kowym.

W płynie mózgo-rdzeniowym były odnajdywane najrozmai- tsze ustroje i dwoinki Tol. — fr. gronkowce, paciorkowce, lasecz- niki ropy błękitnej, laseczniki durowe, okrężnicowe, proteus, la- seczniki grypowe.

Preparat demonstrowany przezemnie zawiera paciorkowce. Płyn mózgo-rdzeniowy był przysłany do mnie celem zbadania przez ANDERSA i MASTICKIEGO. Chodziło o zapalenie nagminne i gruźlicze. Dziecko to przechodziło przedtem odrę. Zakażenie paciorkowcowe wystąpiło jako powikłanie odrowe, z prawdopodobnym punktem wyjścia z narządów oddechowych. Na preparacie zwraca uwagę wybitna fagocytoza łańcuszków paciorkowcowych.

[Autoreferat].

KARWACKI L. pokazał preparat z przypadku „Pleuritis sarcomatosa“ a demonstrację te opatrzył kilkoma uwagami.

Rozwojowi nowotworów w jamie otrzewnowej i opłucnowej towarzyszy zazwyczaj zbieranie się wolnego płynu. Ponieważ rozpoznanie charakteru sprawy przedstawia często poważne trudności zdawałoby się mogło, że badanie cytologiczne będzie wysoce użytecznem i rozpoznanie najzupełniej wyświekli.

W podręczniku LOBBE'go podany jest wzór cytologiczny i szczegóły budowy komórek, które można uważać za nowotworowe. Jest tam mowa o pęcherzykach komórkowych o mnogości jąder, o wielkości komórek jako o cechach rozpoznawczych. Praktyka pokazuje, że badanie cytologiczne tylko w pewnej części przypadków może sprostać nadziejom, na nim pokładanym.

Na 15 płynów, towarzyszących sprawom nowotworowym, tylko 2 razy powiodło mi się w osadzie znaleźć komórki nowotworowe.

Obecny preparat pochodzi od pacyenta doktora KRAJEWSKIEGO. Guz pierwotny o charakterze mięsakowym, rozwijając się w okolicy łopatki, dał przerzuty do opłucnej.

Już na pierwszy rzut oka komórki zdradzają swą odrębność od śródbłonnków. Są bowiem znacznie większe, często zawierają po dwa jądra. Spotykają się i wielojądrowe komórki olbrzymie. Niektóre komórki zawierają ciekawe wkluczenia. O pasorzytniczym charakterze tych wkluczeń nic pewnego nie mógłbym powiedzieć.

Posiew soku z guza oprócz tworów zbliżonych do pasorzytów SCHÜLLER'a, dał ziarnniki DOYEN'owskie, które tu demonstruję. Posiew płynu z opłucnej okazał się jałowym

[Autoreferat].

DUNIN Teodor wypowiedział rzecz „O etyologii stwardnienia tętnic“. Prelegent, opierając się na bogatym materiale klinicznym, a przenoszącym 500 spostrzeżeń i pochodzącym z prywatnej praktyki, dochodzi do wniosku, że za czynnik usposabiający do powstania stwardnienia tętnic w pierwszym rzędzie uważać należy syfilis, dalek zaś alkohol, zatrucie nikotyną, skażę mo-

czaną, otyłość, nadmierne odżywianie się, czynniki psychiczne wreszcie przepracowanie się. Pewną rolę odgrywają tu także cierpienia zakaźne ostre.

Wł. JANOWSKI twierdzi, że biorąc ogólnie, wszystkie momenty przyczynowe powstawania stwardnienia tętnic wywierają na te ostatnie swój wpływ szkodliwy w sposób jednakowy, mianowicie przez to, że wywołują mniej lub więcej stale warunki podniesienia ciśnienia w naczyniach lub conajmniej powiększenia amplitudy wahań ciśnienia w nich przez wzmożenie czynności nerwów naczynioruchowych. Biorąc jednak poszczególnie przyczyny, wywołujące rzeczony podniesienie ciśnienia w naczyniach można by, w celu poglądowo-pedagogicznym podzielić w sposób następujący na cztery grupy:

- | | | | |
|----------------------|--|--|--|
| a) zewnątrzorganizmu | a) alkohol
b) tytoniem
c) ciężkimi metalami (ołów)
d) zakażenie | a) zapalenie nerek
b) moczołka cukrowa
c) skaza moczanowa
d) dłuższe i poważniejsze zaburzenia w trawieniu
e) nadmierne odżywianie
f) złe, wadliwe odżywianie | a) stałe podniesienia ciśnienia przy otyłości
b) przemijające, ale często się powtarzające przy przepracowaniu fizycznym
c) przy przepracowaniu umysłowym
d) przy częstych wzruszeniach moralnych głównie zmartwieniu, powtarzającej się obawie
e) częste nienormalne silne pobudzenie płciowe |
| b) zewnątrzorganizmu | (aa) przewlekle — przy-
miot.
(bb) ostre, głównie w póź-
niejszym wieku | | |
| Otrucia | | | |
2. Warunki, wymagające ciśnienia w naczyniach przez przetłókanie pracą serca

3. Ogólna nadwrażliwość układu nerwowego, dzięki której wszystkie szkodliwości wyliczone w powyższych dwóch punktach działają silniej, a więc działają na znaczniejsze podniesienie ciśnienia w naczyniach lub na większe amplitudy wahań w tem ciśnieniu.

4. Pewna nadwrażliwość samych naczyń t. zw. hypotonia, dzięki której powyższe momenty przejawiają swoje działanie na naczyniach specjalnie mocno lub specjalnie wcześniej.

Z powyższych przyczyn J. uważa alkohol, tytoń, otrucie łożowcem i syfilis za bardzo częsty powód powstawania stwardnienia tętnic. Co do ostrych chorób ale tylko przebywanych w późnym wieku, to twierdzi, że widywał nieraz szybkie posunięcie po niej stwardnienia naczyń. Moczówka cukrowa i zapalenie nerek pesuwają często również omawianą sprawę szybko naprzód. Za najczęstszy powód stwardnienia J. uważa skazę moczanową w jej różnych odmianach. Wreszcie zaznacza, że w życiu najczęściej szkodliwości w powyższych czterech grupach, nawzajem się wiążą. Np. najczęściej systematyczne zatrucie się zewnątrznie wysokiem, tytoniem, łożowcem, działaniem jadu przymiotowego prowadzi do spraw, zatruwających już organizm zewnątrz produktami wadliwej przemiany materji, jak skaza moczanowa i zapalenie nerek itd. Dalej moment grupy 4) potęguje silnie współistniejące szkodliwości punktów 1—3 i inne podgrupy i t. d., tak że wskazanie ściśle prawdziwej, odosobnionej przyczyny powstania stwardnienia naczyń w poszczególnym przypadku jest wskutek tego bardzo trudnem.

[Autoreferat].

Edward ZIELIŃSKI nie uważa za wystarczające posługiwanie się metodą statystyczną w wykrywaniu etyologii jakiegobądź cierpienia. Skonstatowanie faktu, że z tylu a tylu obserwowanych arteriosklerotyków w tylu razach anamneza wykazała lues lub abusus in Baccho — nie uprawnia jeszcze nawet do wniosku, że syfilis i alkohol są czynnikami usposabiającymi, a tem więcej do uznania czynników tych za momenty etiologiczne w powstawaniu sklerozy.

Posiłkując się bowiem wyłącznie metodą statystyczną moglibyśmy równie łatwo dowieść, że np. w zapaleniu płuc momentem etyologicznym jest tenże syfilis, bo napewno w połowie wypadków pneumonii u mężczyzny można wykryć przebyty lues. Chcąc zaś dowieść, przyczynowości obu cierpień, należy wyświetlić (czy to drogą experymentu, czy badań anatomicznych) sposób powstania tych a nie innych zmian pod wpływem omawianych czynników (luesu, alkoholu, artrytyzmu etc).

Według Z. dla powstania arteriosklerozy koniecznym jest złe odżywianie się ścianek samych naczyń przez vasa vasorum, miejscowa anaemia lub ischaemia, których następstwem będzie częściowe obumarcie tkanki, jej zwyrodnienie wytworzenie blizny, w końcu odłożenie się soli wapiennych, jak w każde caput mortuum organizmu, czy to będą gruczoły kiszkiowe u dzieci przy tabes mesaraica, czy zserowaciałe ogniska w płucach, czy inkapsulowana trychina, czy lithopedion. Oczywiście więc wszelkie cierpienie ludzkiego organizmu, mogące wywołać długotrwałą anemię ścianek naczyń krwionośnych może być czynnikiem etyologicznym w powstawaniu arteriosklerozy; czy to będzie endoarteritis obliterans syfilitica zamykając światło vasa vasorum, czy zatrucie adrenaliną lub nikotyną powodujące chroniczny ich spazm tylko, czy działanie ołowiu i rtęci zmieniające skład samej krwi wreszcie. Przyjmując powyższy pogląd, iż bez miejscowej anemii ścianek naczyńowych niemasz arteriosklerozy, zrozumiałymi się stają i forma plam (plaques) sklerotycznych (forma okrągła, odpowiadająca terenowi rozgałęzień naczynia) i fakt dowiedziony przez uczeni THOMA'Y znajdowania arteriosklerozy u sześćo-letnich dzieci, i tak częste występowanie tego cierpienia i w tak intensywnej postaci wśród proletaryatu, którego o nadmiar odżywiania się posądzić nie można.

[Autoreferat].

MUTERMILCH Stanisław wypowiada zdanie, iż ze względów praktycznych wszystkie czynniki etyologiczne, wywołujące arteriosklerozę, należałoby podzielić na trzy grupy: dwie zasadnicze oraz trzecią, stanowiącą kombinację pierwszych.

1. Do grupy pierwszej zalicza mówca czynniki, wywołujące wahania w ciśnieniu krwi, mianowicie jego wzmożenia, i tą drogą prowadzące do stwardnienia tętnic. Zdaniem niektórych autorów te właśnie czynniki odgrywają główną rolę w sprawie powstawania stwardnienia tętnic. 2. Do drugiej grupy zaliczyć należy czynniki działające toksycznie na układ tętniczy, przedewszystkiem na komórki śródbłonne naczyń, respective na vasa vasorum i w następstwie prowadzące do stwardnienia tętnic. 3. Wreszcie do trzeciej grupy należą czynniki, wywierające szkodliwe swe działanie zarówno przez wpływ toksyczny, jak i przez wzmacnianie ciśnienia krwi. Jako przedstawiciela pierwszej grupy wymieniłoby można otyłość, drugiej — syfilis, trzeciej — alkohol.

Powyższa klasyfikacja, zdaniem mówcy, znacznie ułatwia orientowanie się w tej tak zawilej sprawie i lepiej unaocznia szkodliwość różnorodnych czynników, prowadzących, zdaniem prelegenta, do stwardnienia tętnic.

[Autoreferat].

W odpowiedzi swej DUNIN zaznacza, że klasyfikacja JANOWSKIEGO wogóle tylko w szczegółach różni się od podanej przez niego i w niczem nie zmienia jego poglądów na etiologię stwardnienia tętnic. Ze zdaniem ZIELIŃSKIEGO, odmawiającego wszelkiej wartości wnioskowi, opartym na danych statystycznych, D. się zgodzić nie może. Uznając wszelkie braki tej metody uważa jednakże, że w pewnych razach, w braku innych ściślejszych czynników, może ona pewne światło na etiologię niektórych cierpień rzucić. W pracy swej podniósł D. tylko te czynniki, które powstawaniu stwardnienia tętnic sprzyjają, samego mechanizmu, strony morfologicznej tego procesu nie poruszał, gdyż to, ściśle biorąc, etiologii nie dotyczy.

Poglądu RZĘTKOWSKIEGO, jakoby arterioskleroza i ateromatoza były sprawami różnymi, DUNIN nie podziela. Z punktu klinicznego niema tu żadnych różnic. Co się tyczy syfilisu, jako czynnika etiologicznego w powstawaniu stwardnienia tętnic to wpływ jego, zdaniem D., jest niewątpliwy; pogląd Rz. w tej sprawie żadnymi faktami potwierdzony być nie może.

RZĘTKOWSKI wypowiada przekonanie, że t. zw. arterioskleroza jest sprawą różną od ateromatozy. Pierwsza jest raczej pojęciem klinicznym, które polega na wzmożenem ciśnieniu w układzie tętnicznym, prowadzącem do osłabienia mięśnia sercowego, do niedomogi ze wszystkimi jej następstwami. Ateromatoza zaś jest pojęciem więcej anatomo-patologicznem, niż klinicznym. Objawy jej kliniczne zależne są od jej umiejscowienia (np. dusznica bolesna w sercu, chromanie przestankowe — w tętnicach kończyn dolnych i t. d.). Sama zaś ateromatoza jest banalnym odczynem morfologicznym błony średniej na wszelkie obrażenia jej, niezależnie od tego, jakiej natury będą te obrażenia, toksyczne, intoksykacyjne, mechaniczne i t. d. Jedną z najczęstszych przyczyn ateromatozy będzie — jak to doświadczalnie na zwierzętach stwierdzono wzmożone ciśnienie w układzie tętnicznym a także duża amplituda wahań w tem ciśnieniu. Ponieważ arteriosklerozie towarzyszy najstalej wzmożone ciśnienie, przeto najpospolitszą przyczyną ateromatozy będzie arterioskleroza i ateromatoza więc będzie zejściem arteriosklerozy. Rz. wbrew muiemaniu prelegenta nie przypuszcza aby syfilis sam przez się był przyczyną arteriosklerozy. Czysto syfilityczne cierpienia naczyń mają postać zgoła inną i znaną dokładnie (endoarteriitis syphilitica, tętniaki) tu można by przypuścić działanie jadu syfilitycznego. W powstawaniu zaś arteriosklerozy syfilis może być zaledwie przyczyną współdziałającą. Za tem przemawia właśnie statystyka prelegenta, która poucza, że syfilis jako

„przyczyna“ arteryosklerozy zdarza się bezporównania częściej u mężczyzn niż u kobiet. Gdyby syfilis działał jako jedyna przyczyna arteryosklerozy, ilość jego przypadków w wywiadach arteryosklerotyków byłaby taka sama, jak i u arteryosklerotyków. Rz. przypuszcza, że syfilis przygotowuje tylko podłoże do wytworzenia się arteryosklerozy; powoduje on być może większą „vulnerabilitatem“ układu naczyniowego, który tym sposobem łatwiej ulegnie zakażeniu u pod wpływem tych czynników, jakie u kobiet zdarzają się rzadziej niż u mężczyzn. A tymi czynnikami, które najpospoliciej ciśnienie tętnicze podnoszą w życiu codziennym, są wpływy nerwowo-psychiczne, zmartwienie, ciężka walka o byt, nieustanne troski, zawody, przykrości i t. p., — wogóle to wszystko, w co nasze życie dzisiejszej kultury tak obfituje. Być też może, że ciężka praca fizyczna sprzyja powstawaniu aterosklerozy, podczas gdy ciężkie wpływy duchowe wytwarzają arteryosklerozę. To może być powodem, dla którego aterosklerozę tak często spotykamy wśród naszych chorych szpitalnych, najtypowszą zaś arteryosklerozę — w zamożniejszej praktyce prywatnej prowadzącej walkę o byt nie rękoma, lecz głową i nerwami.

Okresem, w którym u kobiet rozwijają się najczęściej arteryoskleroza jest okres ustalania się climacterii. W tym też czasie uwydatnia się u kobiet największa skłonność do tycia. Tu więc i tycie i arteryoskleroza zależą od jakiejś jednej przyczyny — związanej być może z zanikiem czynności jajników.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*

P.-Sekretarza *Ign. Landstein.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 4 Grudnia 1906 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 32 i gości 3.

T r e ś ć: 1) BREGMAN i STEINHAUS. Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej (z pokazem preparatów i rysunków).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gościa kol. **MESZA, WURCELMANA i WRETOWSKIEGO.**

III. Prezes odczytał podanie kol. Zygmunta **MESSINGA** o zaliczenie go w poczet członków Towarzystwa.

IV. Do biblioteki Tow. nadeszli:

Wł. **JANOWSKI**. „O nerwobólu międzyżebrowym głównie ze stanowiska skarg chorego.

KARWACKI i BENNI. „O stosunkach ilościowych w aglutynacji gruźliczej.

KARWACKI i BENNI Toż samo w przekładzie niemieckim.

KARWACKI L. „O florze spraw płciowych.“

KARWACKI L. „Wpływ uodpornienia czynnego przeciwko ziarnkom **DOYEN'a** na przebieg nowotworów złośliwych.“

KARWACKI L. „Ueber Schutzimpfung gegen Cholera vom Standpunkte der spezifischen humoralen Veränderungen“.

KARWACKI L. Sur un nouveau réactif pour l'agglutination tuberculeuse“.

KARWACKI L. „Sur l'homogénéisation des bacilles acido-résistants.“

V. **BREGMAN** wygłosił odczyt p. t. **Nowotwory przysadki i okolicy przysadkowej.** Znaczenie tych nowotworów pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym. 2 przypadki spostrzegane klinicznie i zbadane anatomicznie przez **STEINHAUS'a**. Przypadek I. 48-letnia kobieta. Przed pół rokiem głuchota, która przeszła. Od roku utyła. Od 4-ch tygodni chora. Porażenie typu **WEBERA**: lewy n. okoruchowy, prawostronne kończyny. Bezład prawych kończyn. Porażenie okoruchowe powstało stopniowo z pojedynczych gałązek. Paralysis facialis d. w dolnej gałęzi, potem porażenie N. facialis sin. również w dolnej gałęzi. Objawy opuszkowe. Zamroczenie psy-

chiczne, przemijające podniecenie. Bóle w dziedzinie lewego Ramus I N. trigemini.

Sekcyja wykazała nowotwór w przysadce i okolicy przysadkowej. Wrasta do 3-ciej komory. W części skostniały. Opona miękka na podstawie wypięta w postaci torbieli, lewa odnoga mózgowa, lewa połowa mostu VAROLA i lewy tractus opticus spleśnione. Nowotwór jest nabłonkowy a pochodzi ze skupień płaskiego nabłonka, które według badań ЕДРНИМ'а znajdują się na powierzchni przysadki i na wyrostku przysadkowym, który ciągnie się wzdłuż infundibulum aż do chiasma. Komórki te są po zarodkowym przewodzie przysadkowym i dla tego nowotwory podobne nazwać można nowotworami przewodu przysadkowego. Nowotwór wrastał do opony miękkiej, rozprzestrzenił się na jej powierzchni pod śródbłonkiem i dał powód do nagromadzenia się płynu uciskającego.

Przypadek II. Dziewczynka 7-letnia. Po tyfusie napady bólów głowy z wymiotami. Nadmiernie utyla. Od pół roku utrata wzroku. Amauroza prawego, b. silna amblyopia lewego oka. Atrophia simplex n. opticorum. Pareza lewych kończyn z udziałem XII i VII. Drżenie kończyn, zwł. prawych. Lekka ataxia przy bieganiu. Po kilku tygodniach znaczne pogorszenie. Nie może ani stać, ani siedzieć, ani głowy utrzymać. Strabismus oc. sin. divergens et deorsum vergens. Oba oczy ku górze poruszają się mało, lewe gorzej. Potem ruch ku górze zupełnie zniesiony. Bóle głowy stałe. Napady skurczów tonicznych całego ciała z arc de cercle.

Sekcyja wykazała nowotwór torbielowaty w górnej części infundibuli, zajmujący miejsca 3-iej komory i quaeductus Sylvii. Budowa nowotworu identyczna z poprzednim. Torbiel wypełniona w części ciemno-zieloną masą z fibryny, zawierającą liczne złogi wapienne. Odnogi mózgowe i ciała czworaczne ścięczałe.

Przechodząc do oceny klinicznej przypadków, BREGMAN zwraca uwagę, że w 1-ym przypadku pomimo cierpienia przysadka nie było akromegalii. Jednakowoż sądzi, że na podstawie podobnych przypadków nie można obalić teorii o powstaniu akromegalii z zaburzeń w troficznych funkcjach przysadki. Szereg innych momentów przemawia za tą teorią. Nie wiemy jeszcze z pewnością od czego zależnem jest, że cierpienie przysadki w jednym przypadku prowadzi do akromegalii, w drugim zaś nie. Być może jak chcą niektórzy, od tego, czy mamy h y p e r f u n k c y ą czy h y p o f u n k c y ą przysadki.

Inne jeszcze spostrzegano zaburzenia troficzne przy cierpieniach przysadki. Na pierwszym miejscu należy postawić o t y ł o ś ć. Zanotowano ją w obu opisanych przypadkach. Dalej zatrzymanie się wzrostu ciała, niedorozwój narządów płciowych,

zmiany w skórze, uwłosieniu, paznokciach. Zmiany przysadki znaleziono również u karłów, w kretynizmie, w chorobie BASEDOWA myxoedema. Różnorodność spostrzeganych objawów tłumaczy się prawdopodobnie 1) że część ich jest następstwem zwiększonej, część zaś zmniejszonej czynności przysadki; 2) wzajemnym stosunkiem między przysadką a innymi gruczołami.

]Autoreferat].

KRYŃSKI. W odczycie swym poruszył BREGMAN sprawę czynności przysadki mózgowej, sprawę, która do dziś przedstawia się jeszcze zagadkowo i pomimo dość licznych w tym kierunku badań lat ostatnich, nie zdaje się jeszcze być bliską rozwiązania. W ciągu lat trzech prowadził KRYŃSKI badania doświadczalne nad przysadką mózgową w pracowni fizyologicznej prof. CYBULSKIEGO w Krakowie, wykonawszy między innymi na kilkudziesięciu psach operację usunięcia tego narządu. Badania te nie są jeszcze ukończone; zaznaczyć tylko tu należy niesłychane trudności techniczne tych doświadczeń, wynikające przedewszystkiem ze stosunków anatomicznych okolicy będącej polem operacji, wskutek czego pomimo wyszkolenia i udoskonalenia techniki operacyjnej, ogromna większość zwierząt ginęła w bezpośrednim następstwie po operacji. Te nieliczne psy, które pozostały przy życiu, ulegały wszystkie silnym zaburzeniom w krążeniu krwi mózgowem, z nich zaś u niektórych okazało się później, iż usunięcie przysadki było niezupełne.

Ostatnie dziesięciolecie przyniosło dość znaczną liczbę prac, dążących do wyjaśnienia tych zagadnień na drodze spostrzeżeń klinicznych. Szczególnie zwrócono uwagę na postać chorobową, noszącą nazwę akromegalii, w której znajdowano dość stałe zmiany patologiczne w przysadce. Ponieważ zmiany te zwykle wyrażały się znacznym powiększeniem organu, sądzono więc, że będąca następstwem tego nadmierna czynność wydzielnicza stanowi ową *causa efficiens* akromegalii, że zawarte w wydzielinie tej istoty chemiczne, wywierające niewątpliwie wpływ regulujący na krążenie mózgowe i zobojętniające pewne szkodliwe produkty wytwarzane we krwi, nadmierną swą w ustroju ilością powodują takie patologiczne przerosty częściowe. Dokładniejsze jednakże badania wykazały w powiększonej przysadce tych przypadków klinicznych obecność nowotworów (adenoma, sarcoma, glioma) lub też zwyrodnienie (*degeneratio colloidea*, *hyalina*, *cystica*), wskutek których ulegała zupełnemu zanikowiwy dzielająca część mięszkowa przysadki. Stąd więc wyłonił się pogląd, sprzeczny z poprzednim i wprost przeciwnie upatrujący przyczynę akromegalii w braku substancji wydzielanych przez *hypophysis*. Pogląd taki znajduje poparcie w badaniach Schiffa, według których wydzieli-

na to przyczynia się do zwiększenia rozkładu tkanek bogatych w fosfor, ubogich zaś w azot, jaką jest właśnie tkanka kostna; przeto w braku jej tkanka ta może tu i owdzie uleść przerostowi. Z drugiej strony istnieją spostrzeżenia, wskazujące na przerost przysadki i zwiększenie jej funkcji w przypadkach kretynizmu lub też po usunięciu albo zupełnym zwyrodnieniu gruczołu tarczowego. Oprócz tych jest jeszcze cały szereg bardzo ciekawych zagadnień, będących w związku ze sprawą czynności przysadki mózgowej, oczekujących należytego wyjaśnienia. W tym jednak kierunku nie przyczynią się oba spostrzeżenia przedstawione nam przez BREGMANA. Drugie z nich właściwie nie należy nawet do zajmującej nas kwestyi, albowiem nowotwór nie dotyczył wcale przysadki, która znajdowała się w swoim miejscu i nie przedstawiała zmian żadnych. Co się tyczy przypadku pierwszego, gdzie był rzeczywiście nowotwór przysadki przytoczone objawy dadzą się wytłomaczyć uciskiem, rosnącego guza na organy podstawy mózgu, innych zaś badań klinicznych za życia chorej, której mogłyby coś wyjaśnić, wobec braku dokładnego rozpoznania nie przedsięwzięto. Zajmujące są obrazy mikroskopowe tego przypadku, lecz znaczenie ich i histogenezę tłumaczy sobie KRYŃSKI odmiennie, niż to czyni B. Punktem wyjścia nowotworu jest wyłącznie tylko część przednia gruczołowa przysadki, jak wiadomo różniąca się bardzo zarówno co do budowy, jak i co do genezy od części jej tylnej. Dała ona początek nowotworowi złośliwemu typu nabłonkowego, który zniszczywszy całą tę część i rozrastając się, zgniół część tylną; pozostałość tkanki tej części widać na niektórych obrazach mikroskopowych, gdzie otaczają one miejscami ogniska nabłonkowe i cechują się temi trójkątnymi komórkami. Ku przodowi nowotwór przerósł i zniszczył pierwotną swą siedzibę kostną — sella turcica, której kawałki widzimy jako ogniska tkanki kostnej pośród tkanki nowotworowej. Nie należy przeto uważać go za nowotwór złożony z kilku rodzajów tkanek, lecz za złośliwy guz nabłonkowy, który zniszczył przysadkę i jej najbliższe otoczenie i rosnąc, powodował ucisk podstawy mózgu wywołując objawy kliniczne, o których wspominał prelegent.

Otro zapytuje prelegenta, na czem opiera swe rozpoznanie obrzęku tkanki na preparatach mikroskopowych.

W odpowiedzi KRYŃSKIEMU BREGMAN zaznacza że doświadczenia nad przysadką dotąd żadnych wyników nie dały. Starsze doświadczenia (CYONA i in.) brały za punkt wyjścia zupełnie fantastyczne przypuszczenia i dla tego wcale uwzględnione być nie mogą. Dotąd bardzo mało zwierząt udało się utrzymać przy życiu przez czas dłuższy (po wyłuszczeniu przysadki). FRIEDMAN podaje jako czas najdłuższy 9 miesięcy, inne żyły jeszcze znacznie

krócej, a więc zbyt krótko, ażeby można było otrzymać zmiany troficzne. Ujemne wyniki doświadczeń nie są dowodem przeciw troficznym funkcjom przysadki, skoro za temi ostatniemi przemawiają dane kliniczne. Wiemy jak długo eksperymentowano bez skutku nad gruczołem tarczowym, dopiero klinika rzuciła światło na znaczenie jego dla ustroju. Niestety przy przysadce brak nam doświadczenia chirurgów, które okazało tak wielkie usługi przy poznaniu gruczołu czynności tarczowego.

Co się tyczy stosunku zaburzeń czynności przysadki do akromegalii i innych zaburzeń troficznych, to rzecz się ma wręcz przeciwnie niż podaje KRYŃSKI. Według badań wszystkich nowszych autorów akromegalia powstawać ma skutkiem przerostu przysadki a zatem jej nadczynności. Nowotwory znajduwane w przysadce są najczęściej hyperplastyczne, są to t. zw. hyperplastyczne wole (hyperplastische Strumen), adenomaty, niektóre przeszły w zwyrodnienie złośliwe (adenocarcinaty). Niektóre nowotwory rozpoznawane w początku jako mięsaki uznano później jako gruczalokowe raki (BENDA, VASSALE). BENDA badał 4 przypadki akromegalii i wszystkie powstały z tkanki gruczolowej, we wszystkich B. mógł dowieść przejścia zwykłych sznurków komórek nabłonkowych (Epithel zellstränge) przysadki w alweole nowotworowe. W 3-ch cała tkanka nowotworowa składała się wyłącznie z komórek ziarnistych które są właściwym pierwiastkiem czynnym przysadki. W 4-ym komórek tych było mało, był to nowotwór, który przemienił się w złośliwy. ZOCK wyraża zdanie, że nowotwory hyperplastyczne przysadki prowadzą do akromegalii, nowotwory złośliwe zaś, sprowadzające szybkie zniszczenie przysadki, przebiegają bez akromegalii. TAMBURINI sądzi, że nowotwory hypophysis powodują akromegalia, póki są hyperplastyczne, później zaś, gdy ulegają zwyrodnieniu złośliwemu, prowadzą do cachexii.

Natomlast w kretynizmie, u karłów znaleziono zanik przysadki (VIRCHOW, LANGEHANS, SCHÖNEMAN, de COULON, COMTE, BENDA-HUTCHINSON) ¹⁾

¹⁾ W przedstawionych przypadkach jedynym objawem zaburzeń troficznych była otyłość. W 1-ym hypophysis była zniszczona; w 2-m nowotwór powstał w górnej części lejka; sama przysadka wydawała się niezmlenioną, jednakowoż mogła być uciskana, a ten ucisk być powodem zaburzeń czynnościowych. Zresztą być może, że i zniszczenia tej części przysadki, która wyrasta wzdłuż lejka aż do chiasma i którą nazywamy wyrostkiem przysadki ma również znaczenie dla ustroju i że zniszczenie jej, w 2-gim przypadku, pomimo nienaruszenia samej hypophysis spowodowało zmiany troficzne. Prócz tego pierwszy nasz przypadek ma niewątpliwie znaczenie negatywne; jako przypadek nowotworu ze zniszczeniem przysadki a bez akromegalii.

Przechodząc do historycznej budowy nowotworu, BREGMAN zaznacza, że jego zdaniem komórki gwiaździste są formą przekształcenia komórek nabłonkowych. Znajdujemy je w centralnej części alveoli, otoczone licznymi warstwami komórek przejściowych i warstwą komórek walcowatych. Przypuszczenie, że nowotwór nabłonkowy wraść do substancji mózgowej i obrastać komórki gwiaździste neuroglii jest nieprawdopodobnem, gdyż w takim razie musiałyby one się znaleźć również i w podścielisku nowotworu.

Skostniała przednia część nowotworu, która wypełniła kostną masą całą sellam turcicam powstała ze skostnienia tkanki łącznej, stanowiącej podścielisko nowotworu. Dowodem tego liczne nawarstwienia komórek nekrotycznych, charakterystyczna dla przedstawionego nowotworu, a znajduwane w przestworach szpikowych masy kostnej. Takie same skostnienia, powstałe metaplastycznie z tkanki łącznej spostrzegaliśmy w jednym ze swoich przypadków ERDBEIM.

Otto odpowiada, że o obrzęku tkanki wnioskować można ze stopniowego rozrzedzenia jej. Obrzęk ten jest następstwem zaburzeń cyrkulacyjnych, gdyż komórki obrastające wyspy tkanki łącznej, utrudniają, a w końcu zupełnie odcinają do — i odpływ krwi do tych wysp. Gdy dopływ krwi jest całkowicie odcięty, następuje rozpad tkanki i tworzenie się tkanki białej, która widać było na jednym z przedstawionych fotogramów.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*.

Pom. Sekretarza *Ig. Landstein*.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 11 Grudnia 1906 r.

Przewodniczący Prezes *Kamocki*.

Członków obecnych 57 i gości 5.

T r e ś ć: 1) JANOWSKI Wł. „Zaburzenia żołądkowe i kisz-
kowe w najpierwszych okresach gruźlicy”.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kol.
PODKULIŃSKIEGO, PRĘGOWSKIEGO, WRĘTOWSKIEGO, WIEŁOBYCKIEGO i Wła-
dysława ETTINGERA.

JANOWSKI wygłosił odczyt p. t. „Zaburzenia żołądkowe i ki-
szkowe w najpierwszych okresach gruźlicy”. W odczycie swo-
im JANOWSKI wspomniał o różnych zaburzeniach żołądkowych i ki-
szkowych, jakie spotykał u chorych w najpierwszych okresach
gruźlicy i zależność ich od cierpienia głównego uzasadniał danymi
statystycznymi, jakoteż ustępowaniem owych zaburzeń przy ogóln-
nem leczeniu dyetetyczno-klinicznym.

BRONOWSKI potwierdza, że objawy żołądkowo-kiszkowe, o któ-
rych prelegent wspomina swoim referacie, niewątpliwie towa-
rzyszą pierwszym przejawom gruźlicy płucnej i są również częste,
jednakże uważa, że częstość ich procentowa jest prawdopodobnie
przez prelegenta przesadzona. Przypuszczenie to BRONOWSKI
opiera na tem, że takie np. objawy, jak obłożony język, odbija-
nie, palenie w przełyku, ciężar w dołku, pluskanie w dołku i t. d.
bardzo są częstymi wprost u wszystkich t. j. u ludzi zdrowych,
i ci zajęci codziennem życiem, pochłonięci jego wrażeniami wcale
z racyi objawów powyższych nie uważają siebie za chorych. Do-
piero kiedy choroba płucna wytrąci ich z zajęć codziennego ży-
cia, kiedy osłabiony system nerwowy i tem przeczulony, bardziej
wyraźnie sygnalizuje świadomości o tych codziennych prawie
w życiu normalnem zaburzeniach, wtedy powstaje u chorego cho-
roblive przekonanie, że wyżej wspomniane objawy są zależne, lub
ściśle związane z obecnym stanem chorobowym i wtedy na nie
się lekarzowi skarża i szuka u niego na to rady. Że siła od-
czuwania zaburzeń w organizmie związana jest ściśle u tuberku-
lików z siłą napięcia, że tak powiem, nerwowego, dowodzi i fakt
ogólnie znany u chorych przeważnie młodych, kiedy ci, naogół
podniesieni nerwowo, bardzo energicznie żyją i pracują, bagateli-
zując takie np. objawy, jak krwotoki, silne klucie w boku, znacz-
ne podniesienia temperatury i t. d. i wcale lekarzowi o tych gro-
źnych objawach często nie wspominając.

BRONOWSKI dalej zaznacza, że fakt ustępowania niektórych
Pam. Tow. Lek. Z. IV.

objawów żołądkowo-kiszkowych po zastosowaniu leczenia anti-gruźliczego obecnie ogólnie przyjętego t. j. kuracyi ogólnej higieniczno-dyetycznej wcale go nie przekonywa, aby te objawy li tylko były zależne od początkowych spraw gruźliczych w płucach, albowiem takie kuracje przeciwgruźlicze obecnie stosowane są akurat równocześnie z kuracjami wzmacniającemi system nerwowy, a więc wskutek odpowiedniego leczenia nadmierna wrażliwość w odczuwaniu drobnych zaburzeń prawie normalnych razem z ogólnem wzmocnieniem systemu nerwowego może ustępować i chory przestaje się skarżyć lekarzowi na takie dolegliwości, na które się użalał silnie przed rozpoczęciem kuracyi.

[Autoreferat].

KARWACKI zapytuje prelegenta, na jakiej podstawie łączy w związek przyczynowy objawy spostrzegane w swych chorych z gruźlicą? Zachodzi bowiem możliwość stosunku czysto współrzednego.

[Autoreferat].

SOKOŁOWSKI zaznacza z prawdziwą przyjemnością, że poglądy jego dotyczące skrytych postaci suchot płucnych, a szczególnie ich formy żołądkowo-kiszkowej, ogłoszone przed laty kilkunastu, zyskują coraz szersze uznanie praktyków, nie tylko zagranicą, lecz i u nas. Fakty kliniczne z obszernej kazuistyki własnej kol. JANOWSKIEGO stanowią wymowny dowód powyższego. W obszernej jego statystyce widziałbym jednakże 2 kategorie faktów. Jedne które możnaby zaliczyć do istotnie poczynających się okresów gruźlicy płucnej, w której na pierwszy plan występują objawy zaburzeń żołądkowo-kiszkowych przy żadnych, lub bardzo minimalnych objawach ze strony szczytów płucnych, które to występują wyraźniej, a wreszcie na plan pierwszy sprawy, dopiero po pewnym krótszym lub dłuższym przeciągu czasu. Drugą kategorię przypadków jego kazuistyki nie uważałbym za przypadki poczynającej się gruźlicy; ponieważ uważałbym je tylko za sprawy gruźlicy przewlekłej o typie włóknistym, dające minimalne, lub nieraz żadne objawy subiektywne (kaszel) a w których występują na pierwszy plan czasowo lub stale objawy żołądkowo-kiszkowe. Te to postaci są w praktyce najczęstsze, nie tylko prywatnej ale nieraz i szpitalnej, dokąd chorzy zgłaszają się li tylko z powodu objawów żołądkowo-kiszkowych (najczęściej rozwolnienia). Tę kategorię zaburzeń można zawsze należycie rozpoznać o ile lekarz trzyma się starej maksymy leczniczej, że należy przy każdym zaburzeniu a szczególnie powodującym wychudnienie i osłabienie organizmu, badać szczegółowo wszystkie organy, a szczególnie klatkę piersiową, pomimo braku jakichkolwiek subiektywnych skarg chorych. Należy bowiem pamiętać, że właśnie w postaciach włóknistych, niezbyt daleko posuniętych, cho-

rzy mało lub wcale nie kaszlą, a na ekspektoracją zaś, istniejącą niemal stale u nich, chorzy zwykle nie zwracają uwagi, uważając to za rzecz normalną, pochodzącą z zaflegmienia gardła, palenia papierosów i t. p.).

[Autoreferat].

MUTERMILCH Stanisław sądzi, iż ze statystyki prelegenta należałoby wyłączyć te przypadki niestrawności żołądkowej, w których nie było wyraźnych rzeżeń wilgotnych u wierzchołków płucnych, a nadto brakowało jakichkolwiek innych niewątpliwych oznak gruźlicy (krwioplucia, gorączki, laseczników w płwocinie), rozpoznanie zaś gruźlicy opierało się jedynie na obecności nieznacznych zmian opukowych i słuchowych szczytów płucnych, jako to zaostrzonego oddechu, obniżenia granicy szczytów i t. p. Jeśli damy na to, osobnik podobny po kilkutygodniowej lub kilkumiesięcznej kuracji klimatyczno-dyetycznej pozbędzie się swych dolegliwości żołądkowych, to tylko wówczas możnaby jeszcze z pewnem prawdopodobieństwem mówić o zależności dyspepsy od gruźlicy, gdyby przy dalszej obserwacji po dłuższym lub krótszym okresie czasu wystąpiły niewątpliwe oznaki suchości płucnych. W przeciwnym bowiem razie należy mieć na uwadze, iż objawy dyspeptyczne mogą być pochodzenia czysto nerwowego lub też zależeć od pierwotnych zбочeń chemizmu żołądkowego; co się zaś tyczy nieznacznych zmian szczytowych, częstokroć zresztą nie dających się stwierdzić z zupełną stanowczością, to mogą one być wyrazem zagojonej już sprawy wierzchołkowej.

[Autoreferat].

D. J. PAWIŃSKI zwraca uwagę prelegenta, iż na częstość i natężenie objawów przedmiotowych, dotyczących żołądka, a występujących we wczesnym okresie gruźlicy, wpływać może w znacznym stopniu sama rasa. Mam tu na myśli ludność żydowską, u której skargi na nudności, odbijania, gniecienia w dołku, czkawkę i t. p. należą do bardzo częstych. Objawy te występują bez żadnych poważniejszych zaburzeń w czynnościach kanału pokarmowego u ludzi względnie zdrowych. Należy więc przypuszczać, że w wielu przypadkach wczesnej gruźlicy objawy te nie zależą od wpływu toksyn gruźliczych na funkcje żołądka, jak to prelegent przypuszcza, lecz od indywidualnej pobudliwości bądź to obwodowego, bądź to ośrodkowego układu nerwowego.

[Autoreferat].

GRUNDZACH zaznaczył to, co go najbardziej uderzało w odczycie prelegenta. Jest to po pierwsze częstość zapadania na objawy żołądko-kiszkowe kobiet w pierwszych okresach gruźlicy płuc. Istnieją dla niego od lat wielu „podejrzane“ formy błędnicy i małokrwistości. Zawsze należy jaknajstaranniej zbadać

płuca, gdyż można w wypadkach takich znaleźć początkowe postaci gruźlicy. U kobiet właśnie uderzyła go obok objawów żołądkowo-kiszkowych—niezwykła bladość cery. Jedną z takich chorych (leczoną na żołądek) po zbadaniu jej wspólnie z kol. SOKOŁOWSKIM wysłał do Sanatorium, gdzie się poprawiła zupełnie. Objawy żołądkowe znikły. Po drugie — ważnem jest udział zaburzeń kiszkowych t. j. rozwolnienia. Staranne badania i zestawienia cyfrowe kol. JANOWSKIEGO uważa jako bardzo pożyteczne dla lekarza praktyka.

[Autoreferat].

Dr. ROSZKOWSKI zaznacza, iż u dzieci zwłaszcza starszych, często spotykał przy rozpoczynającej się gruźlicy objawy ze strony przewodu pokarmowego, o których prelegent wspominał. Jednakże R. uważa za niedostateczne zbadanie w tych razach tylko płuc, lecz należy zwrócić baczną uwagę na objaw SMITH'a, obecność którego nader wczesnie wskazuje na obrzmienie gruczołów okołoskrzelowych zwykle pochodzenia gruźliczego, wtedy gdy jeszcze żadnych objawów ze strony płuc nie mamy.

W. JANOWSKI odpowiada kol. BRONOWSKIEMU, że liczby jego są raczej za małe niż za duże, gdyż dawniej sam zbyt rzadko rozpoznawał omawiane zaburzenia u gruźliczych. Kol. KARWACKIEMU, że jednym z ważnych dowodów, przemawiających za tem, że zaburzenia w trawieniu zależały w omawianych przypadkach od gruźlicy, było ustępowanie wszystkich objawów dyspeptycznych i ogólnych po leczeniu przeciwgruźliczem, podczas gdy zwykle leczenie żołądka i kiszek sprowadzało pogorszenie w jednych i drugich. Kol. SOKOŁOWSKIEMU odpowiada, że nawet 3-a grupa jego przypadków jeszcze stanowczo z powodu bardzo nieznacznych zmian w szczytach, musi być do „początkowych” zaliczona. Kol. MUTERMILCHOWI powtarza to, co powiedział kol. KARWACKIEMU, dodając, że nawet część swoich dawnych chorych widuje obecnie, jako skarżących się już wyłącznie na dolegliwości płucne i inne właściwe osobnikom gruźliczym. Kol. PAWIŃSKIEMU—że materiałem pochodzenia żydowskiego dotąd wcale nie rozporządza, że niema w tej mierze swego doświadczenia. Kol. MĘSZOWI że chorzy po za wiekiem 60 letnim stanowili zaledwie $\frac{1}{70}$ ogólnego jego materiału; taka zaś liczba chorych na gruźlicę w tym wieku jest aż nadto prawdopodobna. Kol. GRUNDZACHOWI—że zarówno swoich spostrzeżeń co do żołądka, jak i nawet co do kiszek nie uważa za coś nowego, skoro o tem, choć mało, ale już pisano. Dotychczasowy jednak materiał ogłoszony jest poprostu najecznie drobny i zbyt mało ogłoszony i dla tego jest i mało znany i, co gorsza, mało w życiu praktycznem ceniony. Prelegentowiszło przez poruszenie tych spraw na zasadzie dużego mate-

ryału, o przeciwdziałanie powyższym faktom, zgubnie oddziałującym na nierozpoznawanie, a więc i złe leczenie odnośnych chorych. Kol. ROSZKOWSKIEMU zadaje jeszcze raz pytanie, co on, jako pedjatra mógłby rzeczowo w omawianej sprawie przytoczyć za lub przeciw twierdzeniu prelegenta.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*.

Sekretarz *T. Korzon*.

Posiedzenie kliniczne d. 27 grudnia 1906 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 23 i gość 1.

- T r e ś ć: 1) BORZYMOWSKI: Przedstawienie przypadku resekcyi odźwiernika i dwunastnicy i gastroenterostomii.
- 2) OTTO Czesław „O komórkach plazmatycznych“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadamia, że na konkurs im HELBICHA nadesłał swą pracę kol. OLTUSZEWSKI Władysław p. t. „O mowie i jej zboczeniach oraz hygiena mowy“.

III. Władysław STERLING nadesłał Sprawozdanie z Kongresu międzynarodowego opieki nad obłąkanymi, odbytego w Medyolanie 26—30 października 1906 r.

IV. Prezes proponuje obecnym na sędziów konkursu im. HELBICHA kol. DMOCHOWSKIEGO, FLATAUA, JANOWSKIEGO i KRYŃSKIEGO. Komitet ten według regulaminu musi być wyznaczony w Grudniu 1906 r. Zgromadzeni na posiedzeniu członkowie Tow. przyjęli proponowanych przez Prezesa sędziów konkursowych.

V. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kol. LORENTOWICZA.

VI. KARCZEWSKI odczytał sprawozdanie z prac kol. GARSZYŃSKIEGO i GRUSZCZYŃSKIEGO.

VII. Sekretarz w zastępstwie LANDSZTEJNA, Stanisława KOPCZYŃSKIEGO i RYŁKI odczytał sprawozdania z prac WOŁYŃSKIEGO, MESSINGA i KNAPPEGO oraz SZYBOWSKIEGO.

VIII. RZĘTKOWSKI odczytał sprawozdanie z prac LEHR'a.

IX. WINIARSKI " " " RONTALERA.

X. ŻENCZYKOWSKI " " " ŁUCZYCKIEGO.

XI. BORZYMOWSKI przedstawił chorą, której wykonał rezekcję odźwiernika z częścią żołądka i dwunastnicy oraz gastroenterostomię z powodu raka odźwiernika. Chora ta od roku zaczęła tracić apetyt i miewała odbijanie się i bóle w dołku, a od pół roku miewa wymioty po każdym prawie jedzeniu; po zapisaniu się na salę chirurgiczną Szpitala Ś-go Ducha była tak wycieńczoną, że ważyła nie całe 90 funtów.

Ogólna kwaśność treści żołądkowej była 23, kwas solny jednak był obecny tylko w zmniejszonej ilości. W okolicy odźwiernika wyczuwał się guz, który jak się okazało przy operacji obejmował odźwiernik i przechodził na żołądek i dwunastnicę i prawie zupełnie zamykał światło odźwiernika. W środku guza była wklęsła blizna jak po zagojonym wrzodzie okrągłym. Po wyrezekowaniu guza z częścią żołądka i dwunastnicy B. zaszył zupełnie żołądek i dwunastnicę według 2-go sposobu RYDYGIERA i połączył żołądek z pustnicą zapomocą operacji WÖLFLERA (gastroenterostomia antecolica anterior). Chora po operacji nie miała żadnych bólów, w ciągu pierwszego tygodnia zyskała na wadze 7 funtów a w ciągu czterech tygodni 17 funtów. Obecnie jada wszystko, na co ma apetyt, kapustę, mięso, kartofle i t. d. i absolutnie żadnych objawów żołądkowych lub kiszkiowych niema.

[Autoreferat].

XII. Czesław OTTO wygłosił odczyt o komórkach plazmatycznych, Prelegent z początku objaśnia pochodzenie nazwy tych komórek. a potem opisuje ich morfologiczne własności i metodę ich barwienia. Podług autora metoda PAPPENBEIM-UNNA daje najlepsze rezultaty barwienia.

Co się tyczy pochodzenia plazmatycznych komórek to tutaj zaznaczają się trzy teorie: 1) UNNA i jego szkoła uznają plaz-

matyczne komórki za pochodzące od stałych komórek tkanki łącznej, a więc są to młode nierozwinięte komórki tkanki łącznej; 2) **MARSHALCO** i jego szkoła są zdania, że plazmatyczne komórki pochodzą od limfocytów, a więc komórki te są hematogennego pochodzenia; 3) **RAMON-Y CAJAL** mniema, że plazmatyczne komórki pochodzą od ciałek zarodczych łączno tkankowego pochodzenia; ciała te znajdują się w każdym organie i regeneracja danego organu zależy od obecności tych ciałek zarodczych.

Tylko poglądy **UNNY** i **MARSHALCO** znalazły naśladowców pomiędzy badaczami i wtedy powstały dwa obozy **HORARA**, **PAPENHEIM**, **MARCHAND** i jeszcze inni badacze podzielają pogląd **UNNY** na pochodzenie plazmatycznych komórek; **KROMPECHER**, **IADASSOHN**, **VON DER LEGER**, **KLEBS**, **NIKIFOROFF** i jeszcze inni natomiast dzielają pogląd **MARSHALCO**. Ostatecznie kwestya pochodzenia plazmatycznych komórek przedstawia punkt sporny.

W badaniach swoich nad plazmatycznymi komórkami prelegent posługiwał się bogatym materiałem, otrzymanym z trupów tyfusowych a także rakami i granulacyami, wyciętymi z ran. Autor nigdy nie spostrzegł wychodzenia małych limfocytów z naczyń, co przeczy zasadniczemu poglądom **MARSHALCO** co do pochodzenia plazmatycznych komórek od limfocytów i przemawia na korzyść teorii **UNNY**. W plazmatycznych komórkach autor dość często obserwował wakuole, które uważa jako oznakę zwyrodnienia plazmatycznych komórek. Ostatecznie prelegent przychodzi do wniosku: 1) że plazmatyczne komórki pochodzą od stałych komórek tkanki łącznej i z czasem zamieniają się w stałe komórki tkanki łącznej, 2) pod wpływem toksyn plazmatyczne komórki przechodzą niekiedy w komórki nabłonkowate, 3) plazmatyczne, komórki mogą wypełniać rolę nekrofagów.

[Autoreferat].

KARWACKI zrobił zarzut, że prelegent nie wspomniał o pracy **DOWINCI'EGO** i że obecność wakuolek w komórkach nie można przyjmować jako kategoriyczny objaw zwyrodnienia, albowiem we krwi trafiają się makrofagi z wakuolami; komórki te jednak żyją i nie przedstawiają żadnych cech zwyrodnienia.

MAYZEL zapytuje, czy komórki nabłonkowate, w które zamieniają się niekiedy komórki plazmatyczne, prelegent identyfikuje z komórkami nabłonkowymi i jeżeli ma to miejsce to na podstawie jakich danych? Następnie zwraca uwagę, że należałoby eksperymentalnie wywoływać blizny u zwierząt i te poddać badaniu, i że blizny pó tyfusie, jego zdaniem, nie przedstawiają odpowiedniego materiału do badań na plazmatyczne komórki.

KRYŃSKI zapytuje, czy jest jakakolwiek różnica pomiędzy przejściowymi formami od stałych komórek tkanki łącznej do

komórek plazmatycznych i odwrotnie od komórek plazmatycznych do stałych komórek tkanki łącznej?

KARWACKIEMU odpowiada prelegent, że praca Dowincki'ego jest mu znana; nie wspominał zaś o niej, nie chcąc zbyt obszernie przytaczać literatury. Co się zaś tyczy makrofagów krwi z wakuolami, to prelegent tego zjawiska nie obserwował; uważał jednak na podstawie swoich badań zjawienie się wakuolek w innych komórkach, jako cechę ich zwyrodnienia.

MAYZLOWI odpowiada, że komórki nabłonkowe są to zwyrodniałe komórki stałej tkanki łącznej i oprócz cech morfologicznych nic wspólnego z komórkami nabłonkowymi nie mają. Co się tyczy badań eksperymentalnych na zwierzętach, to prelegent zaznacza, że zamiast sztucznie wytworzonych ran, udało mu się zbadać dużą ilość granulacyi, wyciętych z gojących się ran u ludzi i dlatego uważa te badania za zbyt cenne. Co się tyczy tyfusowych blizn, to przedstawiają one bardzo dogodny materiał do badań, gdyż flora kiszek podtrzymuje stan zapalny i w rezultacie daje ten sam obraz gojenia się ran, jaki staralibyśmy się osiągnąć sztucznie.

KRYŃSKIEMU odpowiada prelegent, że niema żadnej różnicy pomiędzy przejściowymi formami.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono

Prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *T. Korzon.*

OGŁOSZENIA.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

1. Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni; (wpływ zmian cyrkulacyjnych i innerwacyjnych na mięśnie);
2. Bakteryologia krwawej biegunki;
3. Porównawcze określenie żelaza, hemoglobiny i liczby krążków czerwonych we krwi, przy blednicy i niedokrwistości;
4. Badania nad swoistością *Spirochaete pallida* (Schaudinn-Hoffman);
5. Zmiany w nadnerczu przy arteriosclerosis;
6. Patogeneza t. zw. mycosis pharyngis;
7. Fermenty mleka i znaczenie ich dla sprawy żywienia niemowląt.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 Marca 1907 r. Za najlepsze dwie prace napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po rub. 300.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Tow. Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 200, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1909 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 1905 r. do 31-go Grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu Stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może
p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiarkowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

zawiadamia, że w Październiku 1907 roku przyznana zostanie nagroda imienia A. B. Helbicha w kwocie rubli 150, za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1905 i 1906, lub w tychże latach w rękopiśmie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sądzący, własnem staraniem będzie usiłował zebrać prace odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi autorów o składanie ich, najpóźniej do 1-go Marca 1907 roku, na imię Sekretarza Stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Autorowie składający prace w rękopiśmie, mogą albo od razu ująć walcik nazwisko lub składać je w zamkniętej kopercie, zaopatrzone tem samym co i rękopis godłem. Koperta z nazwiskiem otworzona będzie tylko w razie przyznania nagrody.

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregoś bądź funduszu nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Feliksa Jabłonowskiego wakuje wsparcie Rb. 138, za 1-sze półrocze r. 1906 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko katolickiej, przez nieszczęście, przy padek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ul. Niecała Nr. 7) oznacza się termin do dnia 15 Grudnia r. b. Przy prośbie należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenia 2-ech lekarzy-członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamierzonym stanie proszącego. Lekarze na prowincyi zamieszkali przesłać 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

Dr. M. Jakowski.

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy aby zechcieli, zapisywać się w poczet jej członków. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszków Kasy da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nie tylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy, złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a blizka jest chwila, że w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 1 Stycznia 1907 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

Do nabycia w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem
(Niecała Nr. 7)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

**za rok 1887, 1888, 1889, 1891, 1892, 1893,
1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899,
1900, 1901, 1902, 1903 1904 i 1905.**

Cena kop. 75 (za każdy rok oddzielnie.)