

Z pracowni oddziału dla chorych nerwowych d-ra med.
E. FLATAU'A w szpitalu Starozakonnym na Czystem.

Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni. Wpływ zmian cyrkulacyjnych i inerwacyjnych na mięśnie.

(Z trzema tablicami rysunków).
podał

Juljan Rotstadt.

(Praca nagrodzona na konkursie im. Koczorowskiego).

DZIAŁ I.

Podczas badań nad histologją patologiczną postępujących zaników mięśni, nasuwa się natarczywie myśl dokonania pracy doświadczalnej z dziedziny patologii mięśni w celu odzwierciadlenia zmian, wywoływanych przez różne warunki patologiczne, jak np. brak dopływu krwi, przerwa w działaniu impulsów nerwowych, samozatrucia i inne.

Krytyczne zestawienie odnośnego materiału histopatologicznego, przez takich badaczy patologii mięśniowej, jak DURANTE ¹⁾ i LORENTZ ²⁾, nierozstrzyga jeszcze

¹⁾ DURANTE G. Anatomie pathologique des muscles w Manuel d'Histologie pathologique par V. CORNIL et L. RANVIER. 1902. T. II.

²⁾ LORENTZ H. Die Muskelerkrankungen I i II 1898, 1904.
Pam. Tow. Lek. T. 103, Z. IV.

zagadnienia, jaką jest właściwie istota procesu w myopatiach, w szczególności zaś w dystrofii.

Zdobyczą naukową w tym kierunku jest jedynie surowy materiał histopatologiczny; z bogactwem się on odpowiednimi obserwacjami klinicznymi z roku na rok, a jednak sprawa genezy cierpienia, omawianego przez lat dziesiątki, pozostaje wciąż jeszcze zagadnieniem, dającym pole do tworzenia rozmaitych hipotez.

Pobieżny nawet przegląd spostrzeganych w mięśniach zmian w przypadkach myopatii, przekonywa, jak różnorodne i zawile są szczegóły obrazu histopatologicznego. Niemniej rozbieżnym jest też pogląd autorów na patogenezę cierpienia.

Pominiemy tutaj—najzupełniej rozmyślnie—przegląd zmian w układzie nerwowym, w rdzeniu, często, nawiasem mówiąc, bardzo zbliżonych do zmian w *sclerosis lateralis amyotrophica* lub w *poliomyelitis anterior chronica*. W przypadkach postępujących zaników mięśni z ewolucją według typu ARAN-DUCHENNE'ŃA, przeważna ilość autorów stwierdza: różny stopień zwyczajnego zaniku mięśni i wzmożoną ilość jąder. Często wbrew normie jądra układają się pośrodku włókna mięśniowego. Samo włókno zachowuje poprzeczne, podłużne prążkowanie i jądra, nawet w najwyższych stadiach zaniku. W poszczególnych jednak przypadkach obserwowano jego zmętnienie białkowe, zwyrodnienie tłuszczowe, a nawet woskowe. Gdy jedni podkreślają, że wśród zanikających włókien nie spostrzega się nigdy włókien przerośniętych, prace ALZHEIMERA ¹⁾ TERRIA i ROVERE ²⁾ świadczą, że przeciwnie włókna przerośnięte, w dużej nawet

¹⁾ ALZHEIMER A. Ueber einen Fall von spinaler progressiver Muskelatrophie mit hinzutretender Erkrankung bulbärer Kerne und der Rinde. Archiv f. Psychiatrie. 1891. XXII.

²⁾ TERRIA et ROVERE. Contrib. allo studio delle atrofie muscolari progressive i t. d. Annal di neuroe 1901. XIX.

niekiedy ilości, napotkać można w obrazie zmian histologicznych. Wbrew opinii ERBA ¹⁾, SCHULTZEGO i innych, STRÜMPPEL ²⁾ i PLACZEK ³⁾ sądzą, że w omawianej postaci postępujących zaników mięśni nie bywa rozrostu tkanki łącznej i jej przeistoczenia tłuszczowego, jako objawu wtórnego.

O dziedzicznej, rdzeniowej postaci zaników mięśni WERDNIG - HOFMANA mówić tutaj nie będziemy, jako o rzadkiej i niedostatecznie jeszcze opracowanej. Za charakterystyczne cechy zmian histologicznych w neuralnej neurotycznej postaci postępujących zaników mięśni (CHARCOT - MARIEGO, TOTH A BERNHRDTA), SAINTON ⁴⁾, opierając się na własnym i obcym materiale, podaje następujące objawy patologiczne: zaniki włókien mięśniowych, rozrost jąder łącznotkankowych, w przebiegu dalszym cierpienia—wtórny rozrost tkanki łącznej i otłuszczenie mięśni, niekiedy w bardzo wysokim stopniu. DUBREUILH ⁵⁾, SIEMERLING ⁶⁾ i WISSELINCK ⁷⁾ obserwują również i włókna przerośnięte, a LÖWENTHAL wskazuje na roz-

¹⁾ ERB I SCHULTZE. Ein Fall von progressiver Muskela-trophie mit Läsion der Vorderhörner des Rückenmarkes. Archiv. f. Psychiatrie 1879. IX.

²⁾ STRÜMPPELL. Zur Lehre von der progressiver Muskela-trophie. Deutsche Zeitschr. für Nervenheil. 1893. III.

³⁾ PLACZEK S. Klinischmikroskopische Beiträge zur Lehre von der progress. Muskelatrophie. Virchow. Archiv. 1899. C. L: VIII.

⁴⁾ SAINTON. Contribution à l'étude anatomopathologique et clinique de l'amyotrophie CHARCOT-MARIE. Nouvelle Iconographie 1899.

⁵⁾ DUBREUILH. Etude sur quelques cas d'atrophie musculaires limit. aux extrémités et dépendant i t. d. Rev. de Med. 1890.

⁶⁾ SIEMERLING. Beitrag zur neuritisch. Form i t. d. Neurol. Centr. 1897. Zur Lehre der spinal. neurotisch. Muskelatr. Arch. f. Psychiatrie 1899. XXXI.

⁷⁾ WISSELINCK. Beitrag zur Lehre von der progres. neurot. Muskelatr. Dissertat. 1896.

mnażanie się jąder w samych włóknach mięśniowych. Z kolei przechodzimy do omówienia zmian histologicznych w grupie cierpień myopatycznych, zwanych *Dystrophia musculorum progressiva*. Tutaj przede wszystkim zaznaczyć trzeba, że istnieje zupełna zgodność poglądów u większości badaczy, iż charakterystyczną cechą obrazu histopatologicznego są przerośnięte włókna. Mają one być objawem czynnym w procesie patologicznym, zgodnie z opinią ERBA, objawem rzeczywistego przerostu mięśnia, resp. włókien mięśniowych. Wielu przypuszcza nawet, że zjawienie się przerośniętych włókien jest wskaźnikiem rozpoczynającego się procesu dystroficznego.

A jednak obserwacye SCHULTZEGO ¹⁾, CHARCOTA ²⁾, LANDOUZY ³⁾ i DÉJERINEA, BERGERA ⁴⁾, LICHTHEIMA, WESTPHALA ⁵⁾, EISENLOHRA ⁶⁾, REINHOLDA nie notują zupełnie przerośniętych włókien.

Czy więc zanikające włókna mięsne, całe pęczki mięśnia, napotykanne stale w obrazie zmian patologicznych, przechodzą uprzednio przez okres przerostu—tego nikt dotąd rozstrzygnąć nie potrafił. Nie rozstrzygnięto również bezwzględnie sprawy, czy wzmiankowane wyżej włókna przerośnięte nie są li tylko w okresie jakiego przeobrażenia, zwyrodnienia; często bowiem mają nieprawidłowe kontury, bardzo wyraziste podłużne prążkowanie; to ostatnie zupełnie niekiedy się zacięra, włókno

¹⁾ F. SCHULTZE. Ueber der mit Hypertrophie verbund. progress. Muskelschw. Wiesbaden 1886.

²⁾ CHARCOT. Note sur l'état anatom. i t. d. Arch. de physiol. 1871—1872.

³⁾ LANDOUZY et DÉJERINE. Nouvel. recher. cliniq. et anatom. sur la myop. atroph. progress.

⁴⁾ BERGER O. Ueber Pseudohyp. der Muskeln. Arch. f. Psych. 1883. XIV. Rev. de Med. 1886.

⁵⁾ WESTPHAL. Zwei Schwestern mit. Pseudohyp. der Muskeln. Charit Annal. 1887.

⁶⁾ EISENLOHR. Ueber progress. Muskelatrophie. Neurolog. Central. 1889.

otrzymuje wygląd gładki. W przerośniętych włóknach również niekiedy obserwowano zwyrodnienie tłuszczowe i woskowe.

Objawem stale notowanym przez badaczy mięśni dystroficznych jest również rozmnażanie się jąder mięśniowych. Powstaje ono zarówno we włóknach zanikających, jak i przerośniętych. Stopień tego rodzaju rozmnażania się jąder może być niekiedy bardzo znaczny. LEWIN ¹⁾ uważa go właśnie za pierwszą oznakę rozpoczynającego się procesu patologicznego.

O roli tkanki łącznej w *Dystrophia musculorum progressiva* istnieją różne zdania. Badacze przeważnie wypowiadają się na korzyść wzmożonego jej rozwoju; spostrzega się to zwłaszcza tam, gdzie zanik włókien mięśniowych jest już bardzo rozwinięty. Rozrost tkanki łącznej uważany jest za objaw wtórny, wypełniający brak tkanki mięśniowej. Inni znów, jak HOFMANN ²⁾, FROHMAIER ³⁾, JOFFROY i ACHARD ⁴⁾ podają obserwacje, gdzie rozrostu tkanki łącznej skonstatować się nie dało.

DUCHENNE, CHARCOT, BERGER ⁵⁾, sądzili, że rozrost tkanki łącznej jest charakterystycznym objawem dla pseudohypertrofii. Występuje on, jako objaw wtórny patologiczne pierwotne w tej grupie myopatycznej. Natomiast metamorfoza tłuszczowa, jakiej ulega stopniowo mięsień, jest jakoby objawem wtórnym. Innego zdania jest HAND-

¹⁾ LEWIN. Zur Patholog. der. progress. Muskelatr. und verwandter Zustände. Deutsche Zeitschr. f. Nerwenheilkunde 1892. II.

²⁾ HOFMANN. Ueber Dystroph. muscul i t. d. Deutsch. Zeitsc hr. f. Nerwenheil XII.

³⁾ FROHMAIER. Ueber progressiv. Muskelatr. Deutsche medicin. Wochenschr. 1886.

⁴⁾ JOFFROY et ACHARD. Myopathie primit. debutat à l'age de cinquante cinq ans chez une femme i t. d. Archi de med. exp. 1889.

⁵⁾ BERGER. L. c.

FORD ¹⁾, który mniema, że początkowym okresem w procesie pseudohypertroficznym jest właśnie otłuszczenie mięśni; w przebiegu następczym cierpienia dopiero przeobraża się ono, ustępuje, zamiast zaś niego rozwija się tkanka łączna włóknista.

Niezgodne są również sądy autorów o roli układu naczyniowego, o wpływie jego na proces dystroficzny i o udziale w samym procesie patologicznym. Większa część badaczy twierdzi, że naczynia krwionośne i limfatyczne pozostają zawsze zdrowe, niektórzy obserwują znaczne zgrubienie *adventitii*. BABES ²⁾ mniema, że w badanych przez się mięśniach istniał *endoperiarteritis*.

Nie będziemy jednak zacierali obrazu zmian morfologicznych tą różnorodnością poglądów badaczy aż do chwili obecnej. Sądzimy, że nawet krótki jej przegląd świadczyć może wymownie o braku dotąd dostatecznego kryterium dla orzeczenia, jakie zmiany właściwie uważać należy za pierwotne, a jakie za wtórne w różnych postaciach postępujących cierpien myopatycznych.

Na jedno tylko zgadzają się wszyscy badacze. Zarówno w ogniskach o początkowym okresie rozwojowym, jako też i w mięśniach, które uległy już bardzo wysokiemu stopniowi zaniku, napotyka się stale we włóknach mięśniowych niezatarte poprzeczne i podłużne prążkowanie. Zachowane są też w nich jądra, które najwidoczniej nie tracą do ostatka swej żywotności, barwią się normalnie, dzielą i mnożą intensywnie.

Przeto należy wątpić, aby jedynie drogą badań anatomopatologicznych materiału sekcyjnego, nawiasem mówiąc przypadkowego i bardzo niejednorodnego, można było

¹⁾ HANDFORD. Microscopical changes in pseudoh. paraly. Brit. med. Journ. 1889.

²⁾ BABES Lésion. histolog. des muscl, daus les different. form. de myopat. Annal de l'Inst. pathol de Bucarest. 1888—1898.

rozstrzygnąć zagadnienia takie, jakie ściśle się łączą z potrzebą zrozumienia patogenezy procesu dystroficznego w mięśniach.

Sądzimy, że i w tej dziedzinie patologii badania doświadczalne nad zmianami troficznymi w mięśniach i ich fizyologją patologiczną przysporzyć mogą materiału krytycznego, który już nieraz, jako zdobycz badań eksperymentalnych, przyspieszył rozwikłanie niejednej zagadki w dziedzinie patologii ogólnej i szczegółowej.

Nasza praca doświadczalna ma na celu bliższe poznanie, zestawienie, ugrupowanie zmian klinicznych, fizjologicznych i histopatologicznych w mięśniach, we włóknie mięsnym, powstających pod wpływem najrozmaitszych wadliwych, sztucznie wywoływanych warunków troficznych. Najbliższe zadanie nasze określibyśmy w sposób następujący. Chcielibyśmy przedewszystkiem poznać, jakim zmianom ulega włókno mięsne na skutek trwającego braku dopływu krwi; uwydatnić, w jakim stopniu, i jak szybko główne składowe części włókna mięśniowego przeobrażają się pod wpływem tego czynnika patologicznego.

Przytym nie o ostateczne zjawisko nam idzie, o martwicę, ale głównie o te stopniowe okresy destrukcyjne przez które włókno mięsne przechodzi, zanim zatraci zupełnie swoją morfologiczną postać i fizjologiczną sprawność.

W tym celu wykonaliśmy na królikach cały szereg doświadczeń. Przewiązywaliśmy *Arteriam iliacam comunem* powyżej *Arteria ilio-lumbalis*. Pozbawialiśmy w ten sposób zupełnie jedną kończynę tylną (w doświadczeniach naszych zawsze prawą) dopływu krwi tętniczej. Z liczby dokonanych doświadczeń i obserwacji wybraliśmy sześć. Ich opracowanie kliniczne i anatomologiczne stanowi w pracy niniejszej treść części pierwszej.

Część druga obejmuje badania doświadczalne nad anatomopatologicznymi i fizyologicznymi zmianami, jakim ulega mięsień, włókno mięsne, z chwilą zupełnej przerwy działania nań czynnika nerwowego, przy pozostawieniu w warunkach normalnych krążenia krwi. Aby w tym kierunku osiągnąć odpowiednie warunki patologiczne, przecinaliśmy na obwodzie jednocześnie *Nervus ischiadicus* i *Nervus cruralis* jednej kończyny tylnej (również zawsze prawej), pozostawiając dla kontroli drugą kończynę tylną w normalnych warunkach inervacyjnych.

Objawy kliniczne, fizyologiczne, oraz histopatologiczne, ugrupowane i omówione w części pierwszej i drugiej, zestawimy bezpośrednio z wynikami badań, jakie podamy w części trzeciej pierwszego działu pracy naszej. Zawierać ona będzie spostrzeżenia nad zmianami (i szybkością ich rozwoju), jakie powstają w mięśniach, pozbawionych zupełnie i dopływu krwi i działania impulsów nerwowych. W tym celu w całym szeregu doświadczeń przewiązywaliśmy na różny okres czasu (kilka godzin, dzień dwa dni i t. d.) *Arteriam iliacam communem dextram*, jako główne naczynie, doprowadzające krew do całej jednej kończyny tylnej — jednocześnie przecinaliśmy część *Nervi ischiadici* i *Nervi cruralis*.

Część czwarta wreszcie i ostatnia działu pierwszego naszych doświadczeń nad trofiką mięśni zawierać będzie obserwacje nad klinicznymi i anatomopatologicznymi zmianami w mięśniach całej kończyny, pozbawianej dopływu krwi tylko częściowo na krótszy lub dłuższy okres czasu, w warunkach, sprzyjających przeto rozwojowi obwodowych dróg. Dla stworzenia ich przewiązywaliśmy — w szeregu doświadczeń — królikom *Arteriam iliacam communem dextram* poniżej *Arteriae ilio lumbalis*, *Arteriam iliacam externam dextram*, *Arteriam cruralem* i wreszcie *Arteriam popliteam*.

CZĘŚĆ I.

O zmianach w mięśniach, powstałych na skutek braku dopływu krwi.

Technika operacji.

Wszystkie doświadczenia staraliśmy się wykonywać bez uszkodzenia otrzewny. Podczas operacji zachowywaliśmy zawsze możliwie wszystkie warunki bezgnilne. Operacje wykonywaliśmy w uspieniu eterow m.

Po odpowiednim oczyszczeniu skóry wykonywaliśmy cięcie długości 8 ctm. od *symphysis pubis* skośnie, aż do *spina anterior superior ossis itei*. Po odpowiednim odseparowaniu otrzewny od warstw mięśniowych odchylaliśmy ją wraz z kiszkaami na stronę. Następnie dopiero, w miejscu rozgałęzienia tętnicy prawej, przewiązywaliśmy jedwabną ligaturą *Arteriam iliacam communem dextram* powyżej *art. ilio-lumbalis*.

Technika badania histologicznego.

Badaniu podlegały wszystkie mięśnie kończyny, pozbawionej dopływu krwi. Dla ułatwienia sobie tego zadania nie rozszczepialiśmy grup mięśniowych, natomiast wycinaliśmy zawsze całe przednie i tylne powierzchnie uda i goleni i *en masse* niewielką warstwę mięśni tylnej powierzchni prawej łapy. Mięśnie, utrwalone w płynie ORTHA, ZENKERA i FLEMINGA, zalewane zostawały w parafinie, pewna zaś część w celloidynie. Z barwników posilkowaliśmy się najchętniej eozyną i hematoksyliną, pozatym safraniną, pikrokarminem i barwnikami, używanymi dla celów specjalnych, jak np. dla wykrycia zwyrodnienia tłuszczowego i t. p. Dla kontroli stale badaliśmy makroskopowo i mikroskopowo oddzielne mięśnie oraz grupy mięśniowe zdrowej kończyny tylnej.

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień operacji	Rodzaj operacji	Stan królika bezpośrednio po operacji
18/XII 06	Przewiązanie Arter. iliac. comm. dext. nad art. ilio-lumbalis.	Królik budzi się szybko; również prędko wraca do stanu normalnego. W $\frac{1}{2}$ godziny po operacji przesuwa się już z miejsca na miejsce; prawą kończyną tylną nie włada zupełnie.
Dzień obserwacji 19/XII 06	P R Z E B I E G	
21/XII 06	<p>Spojenie rany dobre. Ropienia nie widać; w okolicy miejsca operowanego obrzęku niema. Królik jest dość zwawy, usiłuje skakać: jednak tylko powoli może przesuwać się naprzód. Cała prawa tylna kończyna zwisa bezwładnie, łapą powłóczy po podłodze.</p> <p>Prawa tylna kończyna jest chłodniejsza od lewej cieplej; prawa łapa prawie zimna. Przednia i tylna powierzchnia prawego uda nieco pełniejsze i jędrniejsze od odpowiednich miejsc w lewym udzie.</p> <p>Królik biega zwawiej; skacze, broi się; gdy go chwycić lub gonić, ucieka w dość szybkich podskokach na tylnej lewej kończynie, odbija się nią mocno od podłogi, Całą zaś prawą kończynę bezwładną, powłóczy za sobą. Prawa łapa zupełnie zimna. Gdy unieść królika za słuchy, wyrzuca naprzód jedynie sprawną lewą kończynę tylną, natomiast prawa pozostaje bez ruchu.</p>	

p i e r w s z e .

Ciepłota	Waga	Badanie elektryczne	
		Prądem faradycywnym	Prądem galwanicznym
38,3	2690	<p>19/XII 06</p> <p>M. rectus femor.</p> <p>dext. 45 skurecz powolny</p> <p>Sinist 80</p>	<p>2$\frac{1}{2}$ MA. KZ = AZ; skurecz powolny</p> <p>$\frac{1}{4}$ MA KZ > AZ skurecz szybki</p>
37,6	2670	<p>M. tibialis anticus.</p> <p>dext. 0</p> <p>Sinist. 105</p>	<p>2$\frac{1}{2}$ MA KZ > AZ; skurecz powolny</p> <p>$\frac{1}{4}$ MA KZ > AZ; skurecz szybki</p>
37,9	2600	<p>Nerv. peroneus.</p> <p>dext. przy 65 zaledwie słaby efekt ruchowy, który się nie wzmaga przy silniejszym prądzie</p> <p>Sinist 100</p>	<p>5 MA KZ = AZ skurecz bardzo powolny</p> <p>$\frac{1}{4}$ MA KZ > AZ; skurecz szybki</p>

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień obserwacji	P R Z E B I E G
21/XII 06	<p>Rana goi się dobrze, ani ropy, ani jakichkolwiek wydzielin. Obrzęku kończyny niema.</p> <p>Królik zre, pije. Mięśnie, tworzące przednią powierzchnię prawego uda i goleni, są pełniejsze i znacznie jędrniejsze od mięśni lewej kończyny tylnej.</p>
23/XII 06	Status idem.
26/XII 06	<p>Ogólny stan królika zadawalniający; dość zwawy. Prawa tylna kończyna bezwładna i odchylna nieco na zewnątrz; powłóczy nią za sobą. Przykurczeń mięśni niema. Ropienia niema. Na dorsalnej powierzchni prawej tylnej łapy, powyżej 3—4 palców, zauważyć się daje brak sierści; obnażona w tym miejscu skóra jest sina, sucha, chropowata; krwawienia na niej niema, nie widać również obrzęku. Prawa łapa zupełnie chłodna, chłodniejsza od prawej goleni i uda, cała zaś tylna prawa kończyna jest wogóle znacznie chłodniejsza od lewej. Palpacya mięśni przedniej i tylnej powierzchni prawego uda i goleni wykazuje stwardnienie większe, niż w odpowiednich mięśniach lewej kończyny.</p>
27/XII 06	<p>Prawa tylna kończyna w dalszym ciągu zupełnie bezwładna. Przykurczeń niema. Badanie objętości uda i goleni obu tylnych kończyn stwierdza nieznaczną różnicę na korzyść</p>

p i e r w s z e (ciąg dalszy).

Ciepłota	Waga	Badanie elektryczne	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
38,7	2440	M. Soleus	
		dext. przy 50	2 ³ / ₄ MA KZ>AZ;
		skurecz powolny	skurecz powolny 1 ¹ / ₄ MA
		Sinist. 95	KZ>AZ skurecz szybki
		Nerv. cruralis.	
		dext. 75	3 ³ / ₄ MA KZ>AZ;
		Sinist. 95	skurecz szybki 3 ³ / ₄ MA KZ>AZ
			skurecz szybki
		20/XII 06	
		M. rectus femoris.	
dext. przy 30	2 ¹ / ₂ MA KZ>AZ		
zaledwie ślad skureczu powolnego	skurecz robaczkowy 2 MA		
Sinist. 75	KZ>AZ skurecz szybki		
M. tibialis anticus.			
dext. 0	5 MA KZ=AZ		
Sinist. 95	skurecz powolny 1 MA KZ>AZ		
	skurecz szybki		

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień serwacyi	P R Z E B I E G
27/XII 06	<p>prawej. Dotykane przedniej i tylnej powierzchni prawego uda przekonywa o ich twardej konsystencji. Na całej tylnej powierzchni prawej łapy brak już sierści, skóra ma tu barwę sinawą, widocznie się zsycha.</p> <p>Królik rusza się jednak dość żwawo, szuka pożywienia; żre normalnie. Rana goi się dobrze.</p>
28/XII 06	<p>Królik broni się, ucieka, gdy się doń zbliżyć; męczy się jednak szybko, traci na sprawności ruchów. Udo prawe zlekka przykurczone do tułowiu; przy próbach rozgięcia stawu biodrowego wyczuwa się pewien opór. Stawy kolanowy i skokowy przykurczone nie są. Przednia powierzchnia prawego uda wydaje się nieco większą od odpowiedniej powierzchni lewego. Widoczną choć niewielką różnicę na korzyść prawej kończyny stwierdzamy przy badaniu tylnej powierzchni prawego uda. Objętość mięśni goleni prawej en masse nieco większa niż lewej. Konsystencya mięśni prawego uda i goleni znacznie twardsza od mięśni lewego. Prawa tylna łapa pozbawiona zupełnie</p>

pierwsze (ciąg dalszy).

Ciepłota	Waga	Badanie elektryczne.	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
38,2	2350	Nerv. peroneus. dext. przy 35 odpowiad. antag. Sin. 105	$1\frac{1}{2}$ MA, niema efektu ruchow. $\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ; skurcz szybki
38,8	2190	M. adductor femoris. dext. przy 50 skurcz powolny Sin. 85	2 MA. KZ>AZ; dość szybki $\frac{1}{2}$ MA. KZ>AZ; skurcz szybki
		M. Soleus. dext. przy 55 skurcz powolny Sin. 85	1 MA. KZ>AZ; skurcz powolny $\frac{1}{2}$ MA. KZ>AZ; skurcz szybki.
		29/XII 06. M. rectus femoris. dexter. 0 Sin. 95	0 $\frac{1}{2}$ MA. KZ>AZ; skurcz szybki.
		M. tibialis anticus. dext. 0 Sin. 95	0 $\frac{1}{2}$ MA. KZ>AZ; skurcz szybki.

D o ś w i a d c z e n i e

Data obserwacji	P R Z E B I E G
28/XII 06	sierści. Skóra obnażona, popękana w niektórych miejscach, lub też zlekka obrzękła na tylnej powierzchni, ma barwę czerwono-siną, gdzieś nigdzie krwistą. Ropienia niema. Tylną łapę prawą oczyszczono i opatrzone.
29/XII 06	Stan królika względnie dobry, żwawy. Ucieka, broni się, gdy go chwytać. Tylna powierzchnia prawej łapy zupełnie sucha, zabarwienie jej sino-czerwone; widoczne ślady krwawych skrzepów. Na przedniej powierzchni łapy sierść zachowana dobrze.
30/XII 06	Przednie i tylne powierzchnie obu tylnych kończyn mają jednakową objętość. Natomiast mięśnie prawej kończyny wykazują znacznie twardszą konsystencję, zupełnie nie odpowiadającą zwykłej jędrności mięśni normalnych. Badanie napięcia mięśni wykrywa w słabym stopniu rozwinięte przykurczenie w prawym stawie kolanowym.
31/XII 06	Królik porusza się bardzo wolno, niechętnie, a to najwidoczniej na skutek trudności, związanych z bezwładem prawej kończyny tylnej. Przeszkodą jest też postępująca szybko naprzód martwica prawej łapy. Cała tylna prawa kończyna zgięta stale i przykurczona w stawie biodrowym. Przykurczenie mięśni wyczuwa się

p i e r w s z e (ciąg dalszy).

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e .	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
38,5	2190	Nerv. peroneus. dext. 0 Sin. 100	przy 3 MA. żadnego efektu ruchowego $\frac{1}{4}$ MA. KZ>AZ; skurcz szybki.
38,5	2120	M. Soleus. dext. przy 35 występuje powolne skurczenie adduktorów Sin. 95.	0 $\frac{1}{2}$ MA. KZ>AZ; skurcz szybki.
39,0	2050	M. adductor femoris. dexter. przy 45 skurcz powolny Sin. 75.	$1\frac{1}{2}$ MA. KZ>AZ; skurcz robaczkowy $\frac{1}{4}$ MA. KZ>AZ: skurcz szybki.
39,7	2030	N. cruralis. dext. 0 Sin. 95.	dext. 0 S. $1\frac{1}{2}$ MA. KZ>AZ; skurcz szybki.

D o ś w i a d c z e n i e

Data obserwacji	P R Z E B I E G
31/XII 06	<p>również przy ruchach biernych w stawie kolanowym. Przednie i tylne powierzchnie prawego uda i goleni twarde. Mięśnie przy palpacji wykazują brak wszelkiej elastyczności, są prawie nieruchome. Skóra prawej łapy zeschnęła zupełnie, obnażona, o barwie krwi skrzepłej; ślady wybroczyn. Z przedniej powierzchni prawej tylnej łapy sierść złazi, w bliskości stawu skokowego wyskubać się daje zupełnie.</p> <p>Ropienia niema. Królik niechętnie zre. Ogólny stan gorszy.</p>
1/I 07	<p>Status idem. Sekcyja.</p>

Cześć anatomo-patologiczna.

Sekcyja wykryła co następuje. Rana zagojona. W jamie brzusznej niema objawów zapalenia otrzewny; nie widać nigdzie ropienia, ani zrośnięcia się kiszek. Miejsce przewiązania naczynia wykrywa się łatwo. Sprawdzono, że przewiązana była *arteria iliaca communis dextra* powyżej *art. ilio-lumbalis*. W tym miejscu tętnica zrosła się z otaczającą tkanką. Powyżej i poniżej miejsca przewiązania naczynie znacznie ścieniało, przytem zamieniło się w twardawy sznureczek, długości 2 ctm.

Ogłędziny tylnych kończyn, po uprzednim usunięciu sierści, nie wykrywają nigdzie na powierzchni objawów zapalenia ropnego, nie stwierdza się też obrzęku skóry.

p i e r w s z e (ciąg dalszy).

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
39,7	2030	31/XII 06. M. adductores femoris. dext. 35 S. 90.	$2\frac{1}{2}$ MA. KZ>AZ; skurcz robaczkowy $\frac{1}{4}$ MA. KZ>AZ; skurcz szybki.

Wymiar prawego uda, objętość jego nie jest większą od lewego, niema także różnicy w wymiarach prawej i lewej goleni. Świeże podłużne i poprzeczne przekroje mięśni całej przedniej powierzchni prawego uda i goleni są zupełnie żółte, bezkrwiste, suche; bez blasku, są raczej matowe; w niektórych punktach mają barwę wosku, gdzieś niedzie jeszcze bledsze. Mięśnie na dotyk twarde, natomiast w lewym udzie mają one barwę zwykłą, normalną, różowo-fioletową; są miękkie, soczyste i lśniące, posiadają zwykłą elastyczność, z łatwością rozszcześcić i rozsunąć się dają. Barwa mięśni tylnej powierzchni prawego uda jest również żółta, blada, zwłaszcza bliżej zgięcia stawu kolanowego. Wyżej, blisko okolicy pośladkowej wi-

dzimy oddzielne ogniska, o barwie różowawej, dość żywej. Mięśnie tylnej powierzchni prawej nogi mają na świeżych przekrojach zabarwienie jasno-żółte. W wielu miejscach zarysowuje się bardzo wyraźnie światło naczyń krwionośnych. Mięśnie mało soczyste, anemiczne, twarde, czego w odpowiednich mięśniach zdrowej, tylnej kończyny nie widać. Prawe udo znacznie przykurczone. Staw kolanowy prawy zgięty pod kątem rozwartym, nieco zbliżonym do prostego. Tylna powierzchnia prawej łapy obnażona, zeschnięta, barwy sinej; natomiast na przedniej widnieje jeszcze sierść, z łatwością jednak zeskubać się daje, czego nie można wykonać bez wysiłku na nogi i udzie. Skóra na łapie sucha, twarda; na przekrojach barwy sinej, ciemno-wisniowej.

Badanie drobnowidzowe.

Rozpocznijmy je od przeglądu skrawków mięśni prawego uda, odpowiednio potraktowanych płynami ORTHA ZENKERA i FLEMINGA.

Mamy oto podłużny skrawek, obejmujący całą przednią powierzchnię uda; zawiera ona warstewki *m. quadriceps femoris*, *m. recti femor.*, *m. vast. lateralis*, *m. vast. medialis* i *m. cruralis*. Przy małym powiększeniu drobnowidzowym spostrzegamy brak w polu widzenia tej charakterystycznej punktacji, jaką tworzą zazwyczaj w tkance normalnej jądra, zabarwione na błękitno-hematoksylinę. Pilniejszy przegląd preparatów, w dużym powiększeniu, przekonywa nas o braku prawie zupełnym jąder w wielu miejscach. Utwierdzamy się w prawdziwości naszej obserwacji po zestawieniu omawianego preparatu z odpowiednim preparatem lewej zdrowej kończyny tylnej. Wpatrując się w dalszym ciągu w obraz drobnowidzowy, rozpoznajemy w wielu bardzo miejscach szeregi włókien mięsnych, zbliżonych do siebie, normalnych co do wymiarów, bezjądrowych. Charakterystyczną cechą tych włókien, właściwą

prawie, jak się przekonamy, całemu preparatowi, są przerwy w nich, w kierunku poprzecznym idące. Sprawia to wrażenie, jak gdyby włókna były popękane, połamane. Brzegi włókien w tych miejscach przerywanych są zupełnie równe, jakby ścięte. Nie przypominają one bynajmniej obrazu takich przerw we włóknach uległych zwyrodnieniu szklistemu—woskowatemu, gdy pod t. zw. bryłami (Scholle) tworzy się mniejsza lub większa luka. Mamy w danym przypadku jedynie objaw zmian nekrotycznych, zwany przez niemieckich badaczy „discoide Zerklüftung”, a polegający na tym, że włókno mięsne rozszczepia się w kierunku poprzecznym, w kierunku właśnie prążkowania poprzecznego. W niektórych punktach omawianego preparatu jest ono bardzo jaskrawo zaznaczone, to też poprzeczne prążkowanie w tych włóknach nadaje obrazowi drobnowidzowemu niezwykłą wyrazistość, jak to widzimy na rysunku II-im (Tabl. I.).

Nie wszędzie jednak poprzeczne prążkowanie włókien uwydatnia się tak, jak to zaznaczyliśmy przed chwilą; przeciwnie, gdzieniegdzie bywa ono więcej lub mniej zatarłe, a w niektórych włóknach zacierają się prawie zupełnie. Włókna takie mają wygląd gładki, są mętne, jakby matowe. Poprzez omięsną tych włókien, zwłaszcza bledszych, dostrzedz można ich zmienioną wewnętrzną budowę: włókno, właściwa substancja kurczliwa jest rozszczepiona podłużnie na mniejsze lub większe odłamki.

Zaznaczyliśmy już na wstępie, że naogół brak jąder w omawianych miejscach obrazu drobnowidzowego. Przy szczegółowym jednak przeglądzie niektórych oddzielnych punktów preparatu wykrywają się zachowane jeszcze jądra, choć w nieznacznej ilości. Jedne z nich należą do włókien mięsnych, inne do tkanki łącznej. Są one jednak przeważnie zmienione; przypominają zaledwie ślady jąder. Mają bowiem albo bardzo intensywne ciemne zabarwienie, albo też są zupełnie blade, bezbarwne, o konturach nie półokrągłych, owalnych, pałeczkowatych lub stożkowatych, jak normalnie, lecz bezkształtne, jakby zmięte. Nie-

które grupy przypominają z wyglądu sadze. Wewnętrzną budowę tych jąder rozpoznać trudno; jest ona zatarta, jąderek brak. Ten martwy, że się tak wyrazimy, obraz drobnowidzowy, którego cechy charakterystyczne podkreśliliśmy na wstępie, ożywia się jednak trochę w kilku nieznacznych zresztą ogniskach preparatu, tuż obok martwych położonych. Ogniska te cechuje przede wszystkim obecność stosunkowo dużej ilości jąder rozmaitego kształtu i wielkości. Osadzone są one na tle obrazu drobnowidzowego bladoróżowem, które tworzą włókna łączno-tkankowe. Włókna te albo są ściśle ze sobą spojone, posiadają umiarkowaną ilość jąder, albo też luźno rzucone, ciągną się pasemkami w kierunku podłużnym; mają też umiarkowaną ilość jąder. Na samym tle bladoróżowym zarysowują się jaskrawo włókna mięsne, rozmaitej długości i szerokości. Wszystkie mają tą wspólną cechę, że są zupełnie jednakowo zabarwione, na kolor różowo-fioletowy; posiadają jądra o dość wyraźnej budowie. Dalej spostrzegamy, że naogół ilość jąder w osnowie łączno-tkankowej jest stosunkowo bardzo niewielka, natomiast we włóknach mięsnych liczba ich jest wzmożona. Gdy zestawimy obserwowany tutaj obraz histopatologiczny z drobnowidzowym obrazem zdrowych mięśni, z łatwością stwierdzamy, że kształt jąder jest tutaj odmienny. Kiedy bowiem w normalnych warunkach jądra przeważnie mają kształt zaokrąglony zlekka w obu końcach pałeczki, tu, w naszym obrazie, widzimy jądra najrozmaitszej formy, począwszy od okrągłych do jajowatych, owalnych, dużych. Układ jąder jest również nieprawidłowy; leżą one nie w równych odstępach od siebie, jak to zazwyczaj konstatujemy we włóknie zdrowym, lecz przeciwnie, w wielu miejscach są ściśle ze sobą spojone, albo skupione, naksztalt dość długiej, paciorkowatej nici. Całe grupy jąder, rozrzucone nieprawidłowo w tej lub innej części włókna mięsnego, nie należą też do wyjątków, jak również i zupełny brak jąder w polu widzenia. W kilku punktach widzimy je w postaci pałeczek bardzo grubych, dwa razy dłuższych, niż nor-

malne. Co się tyczy budowy jąder, to niektóre są zupełnie przezroczyste i bezbarwne, inne znów zachowały pewne ślady rysunku jąder normalnych, jakie widzimy na rysunku pierwszym (Tab. I.), niektóre znów mają zabarwienie jednolite, dość mocne; ich wewnętrzna budowa rozpoznać się nie daje.

Opisany wyżej obraz histologicznych zmian w mięśniach przedniej powierzchni prawego uda uzupełnić musimy jeszcze następującymi szczegółami. Otóż zarówno poszczególne włókna mięśniowe, jak i pęczki ich, w miejscach, tylko co opisanych, nie mają bynajmniej tej ciągłości, jaką zwykliśmy widzieć w normalnych. Różnią się też pod tym względem od wielu miejsc opisanych na początku a nazwanych przez nas, z przyczyny obecności nekrotycznych objawów, martwemi. Obraz bowiem drobnowidzowy daje nam wrażenie, jak gdyby cała masa włókien stanowiła jedynie tylko żywe szczątki, częściowo przechowane wśród martwych włókien na badanym przez nas skrawku mięśni.

W tych żywych ogniskach nie spostrzegamy zupełnie rozszczepienia włókien w kierunku poprzecznym (*Discoide Zerklüftung*) i podłużnym. Włókna przebiegają tuż obok siebie prawidłowo, w kierunku podłużnym. Przeważają wśród nich włókna wąskie, mniej lub więcej wydłużone, nie brak też włókien krótkich, wrzecionowatych, podobnych do dużych, gładkich komórek mięśniowych; niektóre scieniały do wymiaru grubej nitki. Jądra tych ostatnich są 2 — 3 razy większe od pałeczkowatych jąder normalnych; gdzieniegdzie w bezkształtnej zarodzi włókien jądra skupiły się w nici spojone, powstałe na skutek zwyczajnego ich dzielenia się.

Oto są najważniejsze szczegóły obrazu histopatologicznego, jakie cechują badane przez nas mięśnie uda prawego na podłużnych skrawkach. Na poprzecznych preparatach odnośnych mięśni, utrwalanych również a płynami ORTHA, ZENKERA, a barwionych hematoksyliną i eozyną, spostrzegamy niektóre nowe dopełniające szczegóły histo-

patologiczne. Włókna mięśniowe, całe ich pęczki, nazwa-
przez nas martwemi leżą obok siebie, jak to bywa w pęcz-
kach normalnych, kontury jednak tych włókien nie mają
kształtu polygonalnego. Są albo zupełnie okrągłe, albo
po części zaokrąglone, wreszcie niektóre mają wogóle nie-
jasne kontury. Wśród włókien o średnicy mniej lub wię-
cej odpowiadającej normie, spostrzega się włókna martwe,
znacznie większe, co je wyróżnia wśród pozostałych. Za-
znaczymy, jeszcze, że na skrawkach poprzecznych miejsc,
zajętych przez opisane wyżej włókna żywe, kanwa łączno-
tkankowa ma wygląd sita; jego oczka wypełniają właśnie
te włókna mięsne. W tym sitowatym *perimysium internum*
tu i owdzie widać rozrzucone jądra.

Naczynia włoskowate umiarkowanie przez czerwone
ciałka krwi wypełnione. Żyły nierozszerzone, w światłach
żył znaczna ilość czerwonych ciałek krwi. Nie napotyka-
my nigdzie objawów patologicznych nacieczenia drobno-
komórkowego.

Na preparatach mięśni, otrzymanych według metody
FLEMINGA, wykrywamy umiarkowaną ilość tłuszczu, w po-
staci czarnych, różnej wielkości kul, ugrupowanych
wzdłuż ścianek naczyń, w *perimysium externum*. Bardzo
niewielką ilość tłuszczu widać również wśród tych nielicz-
nych wysepek włókien mięsnych, które nazwaliśmy żywe-
mi. Włókna nerwowe uległy w wysokim stopniu procesowi
degeneracyjnemu. Specyalne badania w celu wykry-
cia w mięśniach zwyrodnienia tłuszczowego lub woskowe-
go—szklistego dały wyniki ujemne.

Przechodzimy z kolei do opisu zmian histopatologicz-
nych w skrawkach mięśni przedniej powierzchni goleni.
Tutaj również uwagę naszą zwraca przedewszystkiem za-
znaczany już wyżej szczegół obrazu histopatologicznego,
polegający na tem, że we włóknach mięsnych zarysowuje
się niezwykle jaskrawo prążkowanie poprzeczne. Tam,
gdzie objaw ten jest bardzo rozwinięty, nie spo-
strzegamy zupełnie podłużnego prążkowania. Brak ją-

der jest niemniej charakterystyczną właściwością tych włókien mięśniowych. Wiele z nich rozszczepiło się już w kierunku poprzecznym, popękało i rozpadło na części składowe. *Perimysium internum* jest tutaj dość nikle, blade zaznaczone; posiada bardzo niewielką ilość jąder, rozsianych po całym preparacie. Jądra łącznie - tkankowe słabo się barwią hematoksyliną, są blade zupełnie, prawie przezroczyste, lub całkiem bezbarwne. To też z trudnością się je wykrywa. Jedynie na preparatach mięśni, utrwalonych w płynie FLEMINGA, a barwionych safraniną, jądra są trochę lepiej uwytatnione w postaci bladych czerwonych kropek. W niektórych miejscach, zresztą bardzo nielicznych, jądra komórek tkanki łącznej występują w nieco zwiększonej ilości i mają budowę niezatartą. Natomiast we włóknach mięsnych, jak to zaznaczyliśmy już wyżej, brak ich zupełnie. Układ pęczków, włókien mięśniowych, ich budowa na poprzecznych preparatach mięśni prawej goleni, wydaje się na pierwszy rzut oka prawidłową. Bliższe jednak rozpatrzenie preparatu przekonywa, że włókna po większej części zatraciły kształty polygonalne; ich kontury zaokrągliły się. Niektóre tak bardzo ścięniały, że nikną wśród otaczających włókien, o średnicy mniej więcej normalnej. Nie wszędzie też pęczki i włókna są ściśle spojone ze sobą. W niektórych miejscach włókna są rozwinięte, jak gdyby izolowane; w przestrzeniach między pęczkami widać gdziegdzie słabe ślady krwawych wylewów.

Nacieczenie tłuszczowe wogóle bardzo umiarkowane; spostrzega się je w postaci kul tłuszczowych, przeważnie w bliskości naczyń. Światła naczyniowe zajęte przez skąpą ilość czerwonych ciałek krwi. Nerwy uległy procesowi degeneracyjnemu. Obraz drobnowidzowy zmian histologicznych w mięśniach tylnej powierzchni prawej goleni różni się tylko tym, że jądra tkanki łącznej barwią się nieco lepiej i liczba ich zdaje się być większą. Mięśnie prawej łapy tylnej, mianowicie *m. m. interossei (metatarsi)*, są w stanie zupełnej nekrozy. Ani we włóknach mięsno-

wych, ani też w tkance łącznej nie udaje się wykryć jąder. Nerwy, jak widać w załączonym rysunku trzecim (Tabl. II) uległy procesowi zwyrodnienia zarówno we włóknach

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień operacji	Rodzaj operacji	Stan królika bezpośrednio po operacji
5/I 07	Przewiązanie Arter. iliac. com. dextr. nad Act. ilio-lumbalis.	Królik w pół godziny po operacji zaczyna zwolna biegać, powłóczy prawą tylną kończyną, pozbawioną zupełnie swobody ruchów.
Dzień obserwacji	P R Z E B I E G	
6/1 07	Stan ogólny gorszy: królik niechętnie żre, skacze bardzo wolno, słabo się broni. Spojenie rany dobre, wydzielin ropy niema. Obrzęku nigdzie nie widać. Prawe udo i goleń pełniejsze od lewej kończyny. Konsystencja mięśni prawego uda twardawa: jakby stężały i znieruchomiały. Natomiast oddzielne pęczki lewego uda łatwo uchwycić palcami i przesuwać się dają.	
7/1 07	Królik dość żwawy, skacze, broni się, ucieka. Ropy niema, wzdęcia brzucha nie widać. Wygląd prawej łapy tylnej normalny; jest ona tylko znacznie chłodniejsza od lewej, zupełnie ciepłej. Prawe udo i prawa goleń mają wyraźnie nieco większy wymiar niż odpowiednie części lewej tylnej kończyny.	
8/1 07	Status idem.	

w *perimysium externum*, jak i w najdrobniejszych gałązkach.

drugie.

Ciepłota	Waga	Badanie elektryczne	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
36,4	1390	6/107.	
		M. rectus femoris.	
		dext. 0	przy 10 15 MA niema skurczu
		Sin. 95	2 MA skurcz szybki.
		M. tibialis anticus.	
		dext. 0	przy 7 MA niema efektu ruchowego, odpowiadają fleksory łyapy
Sin. 95.	$\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ skurcz szybki.		
36,5	1340	N. peroneus.	
		dext. 0	0 $1\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ
		Sin. 105.	skurcz szybki.
		M. Soleus.	
dext. 35	przy 6 MA KZ=AZ skurcz powolny		
Sin. 90.	2 MA KZ>AZ skurcz szybki.		

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień obserwacji	P R Z E B I E G
9/I 07	<p>Wygląd tylnej prawej łapy jak dnia poprzedniego. Sierść nie złazi, obrzęku nie widać. Ruchy prawej tylnej kończyny bardzo ograniczone. Przednia powierzchnia uda i prawej goleni twarde. Prawa łapa zimna. Prawe udo i goleń chłodne, lewe cieplejsze. Pozostałe bez zmiany.</p>
10/I 07	<p>Rana goi się dobrze. Wydzielin, ropy niema. Biega, skacze. Prawa tylna kończyna zwisa ku tyłowi i zlekka jest zgięta w stawie kolanowym. Gdy królik siedzi, chora kończyna odchylona jest nazewnątrz od tułowia, kieruje się naprzód. Prawe udo nieco pełniejsze i twardsze od lewego. Prawa przednia goleń sucha, mało elastyczna. Skóra na niej barwy sina-wo buraczkowej. Prawa łapa zupełnie zimna; prawe udo i goleń chłodne, znacznie chłodniejsze od lewej tylnej kończyny. Ogólny stan królika zaczyna się pogarszać, uiechętnie żre; biega powoli, szybko się męczy.</p>
11/I 07	
12/I 07	
13/I 07	<p>Stadus idem. Sekoya.</p>

d r u g i e (ciąg dalszy).

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
38,0		M. biceps femoris.	
		dext. 35	przy 4 MA KZ>AZ
		Sin. 80	skurcz powolny $\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ
			skurcz szybki.
			9, I 07.
		M. rectus femoris.	
		dext. 0	0 $\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ
		Sin. 90	skurcz szybki.
		M. tibialis auticus.	
		dext. 0	0
Sin. 85.	$\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ		
	skurcz szybki.		
38,3	1330	Nerv. peroneus.	
		dext. 0	przy 3 MA
		Sin. 105.	żadnego efektu rucho- wego $1\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ
			skurcz szybki.
		M. Sole us.	
		dext. 35	0
		występują powolne	1 MA
		skurcze adduktor. uda	KZ>AZ
		prawego. Sin. 90.	skurcz szybki.
		M. adductor femoris.	
dext. 45	$1\frac{1}{2}$ MA		
skurcz powolny. Sin. 75.	KZ>AZ		
	skurcz powolny		
	$\frac{1}{2}$ MA		
	KZ>AZ		
	skurcz szybki.		

Badanie anatomopatologiczne.

Sekcyja wykazała co następuje. Zarówno w ranie, jak i w jamie brzusznej ropy nie wykryto; zrośnięcia kiszek nie było. Sprawdzone, że przewiazaną była *Arteria iliaca communis dextra* powyżej *Arteriae ilio-humbalis*. Ligatura z łatwością odseparować się daje od otaczającej tkaniki, z którą dość luźno była zrośnięta. Naczynie poniżej miejsca przewiazania zwężone, rozszerza się już trochę w miejscu, gdzie odbiega *Arteria hypogastrica*. Obrzęku tylnej prawej kończyny niema. Z prawej łapy na tylnej jej powierzchni, sierć schodzi bez wielkiego trudu; skóra pod nią, barwy ciemno-sinej, jakby napęczniała, w przekrojach jest jednak wszędzie sucha. Mięśnie łapy, *m. m. metatarsi—interossei* znacznie bledsze i nie pełniejsze niż mięśnie lewej tylnej łapy. Przekroje przedniej powierzchni prawej goleni, mianowicie mięśnie *tibialis anticus*, *extensor digitorum communis*, *peronei* suche o barwie krwistej. Mięśnie tylnej powierzchni prawej goleni elastyczniejsze i miększe; przekroje tych mięśni mają barwę ciemno-siną, głębsze warstwy jasno-różową. Objętość prawego uda nieco większa od lewego; mięśnie twarde, suche, przekroje ich matowe, barwy rozmaitej: zewnętrzne warstwy zupełnie blade, nieomal białe, następne (*m. m. adductores*) różowe; warstwy zaś mięśni, najgłębiej leżące, cechuje naogół zabarwienie żółte. Światła naczyń drobnych zarysowane wyraźnie; są one puste.

Badanie drobnowidzowe.

Zaznaczymy już na wstępie, zanim przejdziemy do szczegółowego opisu zmian histopatologicznych, że są one w mięśniach prawego uda, goleni i prawej tylnej łapy wszędzie prawie jednakowe.

Mamy oto przed sobą preparat poprzecznego skrawka, odpowiadającego całkowitej przedniej powierzchni

prawego uda. Rozpatrujemy go z początku przy małym powiększeniu; zastanawia nas przedewszystkiem niezwykły wygląd całych pęczków, pozbawione są bowiem charakterystycznych cech układu i budowy pęczków mięśniowych normalnych, jakie widzimy na rysunku pierwszym (Tabl. I). Włókna, tworzące pęczki, nie tylko utraciły swe kontury polygonalne, ale i zupełnie się zbiły w jedną ściłą, zwartą masę, w której dostrzedz zupełnie nie można *perimysium internum*. Taką zwartą bezkształtną masę pęczków spostrzega się w głębokiej warstwie mięśni przedniej powierzchni uda. W mięśniach położonych bliżej powierzchni jego, obraz histologiczny zmienia się o tyle, że granice między oddzielnymi włóknami występują wyraźniej, a pęczki nie są tak ściśle ze sobą spojone. Lecz i tutaj niektóre grupy włókien zlewają się z sąsiednimi, tworzą jakby plamy, zabarwione eozyną jednolicie i mocno na kolor ciemno-różowy. W tych właśnie miejscach, gdzie spostrzegamy opisane wyżej zbite masy włókien w pęczkach, nie znajdujemy zupełnie ani jąder mięśniowych, ani łączno-tkankowych. Brak również jąder w *perimysium externum*, które występuje w postaci nikłej bardzo sieci łączno-tkankowej.

Jeżeli podany wyżej opis zmian histopatologicznych uzupełnimy przeglądem skrawków podłużnych, to przekonamy się z łatwością, że brak jąder, oraz zupełny rozkład włókien mięśniowych jest najbardziej charakterystyczną, jak to wskazuje rysunek drugi (Tabl. I), cechą obrazu histopatologicznego. Nieliczne jądra, jakie gdzieś wykryć się dają, mają barwę bardzo bladą, są prawie przezroczyste; należą one przeważnie do tkanki łącznej. Rozszczepianie się włókien w kierunku poprzecznego prążkowania tworzy odłamki, z których wiele obraca się w ziarnistą masę, wypełniającą luki preparatu. Rysunek drugi (Tabl. I) wyręcza nas w zupełności, dając pełny obraz tych zmian nekrotycznych. Nie będziemy się preto dłużej nad przeglądem tego preparatu zatrzymywali, dodamy tylko dla ścisłości, że wśród tej nekrotycznie

zmienionej tkanki mięśniowej rozrzucone są, nakształt ognisk, jeden lub dwa pęczki, w których nietylko zachowały się jądra łączno-tkankowe, ale i mięśniowe. Pierwsze i drugie mają kształt i budowę nieźle zachowaną; włókna zaś mięśniowe różnią się tym tylko od normalnych, że mają różne wymiary i niejasną, zmienioną, zatartą, jakby ziarnistą budowę. Zmiany histopatologiczne w mięśniach przedniej i tylnej powierzchni prawej goleni są naogół prawie jednakowe. Przeglądamy cały szereg preparatów; jąder nie wykrywamy. Nie spostrzegamy ich zupełnie w preparatach, barwionych hematoksyliną, nie występują one też w preparatach, otrzymanych według metody FLEMINGA, a barwionych safraniną, wreszcie próby

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień operacyi	Rodzaj operacyi	Stan królika bezpośrednio po operacyi
6/I 07	Przewiązanie Arter. iliaca comm. dextra powyżej arter ilio-lumbalis	W pół godziny po operacyi królik wraca do równowagi, unosi się na lewej tylnej kończynie, podskakuje na niej. Prawą tylną kończyną nie włada zupełnie
Dzień obserwacyi	P R Z E B I E G	
7/I 07	Spojenie rany dobre; wydzieliny, ropy nie widać. Obrzęku skóry na powierzchni brzucha i prawej tylnej kończyny niema. Prawa tylna łapa chłodna, lewa ciepła. Królik dość żywawy, żre; skacze powoli, powłoczy prawą tylną	

wykrycia jąder innemi barwnikami np. pikrokarminem dały też ujemne rezultaty. Te włókna mięśniowe, pęczki mięsne uległy zupełnej nekrozie.

Pozatym jednak zwracają uwagę dość liczne w polu widzenia, jakby spęczniałe, włókna mięsne. Odznaczają się one swoją niezwykłą szerokością na preparatach podłużnych; na poprzecznych zaś występują w postaci dużych kul, jaskrawo zaznaczonych wśród włókien mniej lub więcej normalnych. Takie włókna spotykamy również i wśród martwych włókien i pęczków mięśniowych prawej tylnej łapy; tutaj tworzą one główne tło obrazu drobnowidzowego. W niektórych rozsiiane są nieprawidłowo nieliczne jądra zmienione.

tr z e c i e.

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
38,2 przed opera- cją		7/I 07.	
		M. rectus femoris.	
		dext. 40	2 $\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ
37,5 po opera- cji		Sin. 80.	skurecz powolny 1/4 AM KZ>AZ skurecz szybki.
		M. tibialis auticus.	
37,5	1240	dext. 0	2 $\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ
		Sin. 105.	skurecz robaczkowy 1/4 MA KZ>AZ skurecz szybki

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień obserwacji	P R Z E B I E G
7/I 07	<p>kończyną skierowaną w tył, wykonywa próby odbicia się prawą łapą od podłogi.</p> <p>Gdy przednia i tylna powierzchnia prawego uda wydają się nieco pełniejsze od powierzchni lewego, dla goleni ta różnica dotykiem i wymiarem określić się nie daje. Natomiast konsystencya mięśni prawego uda i goleni wydaje się twardszą, niż z lewej strony.</p>
8/I 07	<p>Stan ogólny królika bez zmiany. Nowych objawów niema.</p>
9/I 07	<p>Królik ucieka, gdy go gonić. Odżywia się dobrze. Prawa łapa zupełnie zimna, lewa ciepła. Mięśnie prawego uda twardawe.</p>
10/I 07	<p>Królik skacze, ucieka na jednej tylko, lewej tylnej łapie. Wyczerpuje się jednak bardzo prędko. Tylną prawą kończyną, zlekka zgiętą we wszystkich stawach, powłóczy, przyczem łapa jest skierowaną w tył. Przy ruchach biernych, rozginaniu i zginaniu stawu biodrowego i kolanowego wyczuwa się dość znaczny opór. Mięśnie tylnej powierzchni prawego uda są wyraźnie pełniejsze niż w lewym udzie. O mięśniach przedniej powierzchni prawego uda stanowczo twierdzić tego nie można. Prawe udo na dotyk twardsze od lewego. <i>M. tibialis anticus dexter</i> i <i>m. extensor digitorum communis</i> — cała przednia powierzchnia prawej go-</p>

tr z e c i e (ciąg dalszy).

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
37,5	1240	N. pero neus.	
		dext. przy 50 zaledwie słaby efekt ruchowy Sin. 100.	5 $\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ skurcz powolny 1/4 MA KZ>AZ skurcz szybki.
37,8		M. So leus.	
		dext. 50 Sin. 95.	2 $\frac{3}{4}$ MA KZ>AZ skurcz powolny 1/4 MA KZ>AZ skurcz szybki.
37,2	1230	N. crura lis.	
		dext. 70 Sin. 95.	3/4 MA KZ>AZ skurcz szybki 3/4 MA KZ>AZ skurcz szybki.
37,2	1230	9/1 07. M. rectus femoris.	
		dext. przy 35 zaledwie śląd ruchu powolnego Sin. 75.	2 $\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ skurcz powolny 2 MA KZ>AZ skurcz szybki.

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień obserwacji	P R Z E B I E G
10/I 07	leni pełniejsza od lewej. Jest ona twarda o mięśniach mało ruchomych, czego stwierdzić u lewej tylnej kończynie się nie daje. Prawa łapa zimna. Prawe udo i goleń wyraźnie chłodne. Prawa łapa pokryta sierścią, zarówno na przedniej, jak i na tylnej powierzchni.
12/I 07	Status idem. Odżywia się niechętnie. Ogólny stan pogorszony.

t r z e c i e (ciąg dalszy).

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e.	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
37,2	1230	M. tibialis	$1\frac{1}{2}$ MA KZ = AZ skurcz robaczkowy
		dext. przy 35, efektu ruchowego niema; przy silniejszym prądzie odpowiadają mięśnie wywołujące zgięcie plantarne łąpy prawej Sin. 95.	1 MA KZ > AZ skurcz szybki.
36,8	1210	Nerv. peroneus.	przy $1\frac{1}{2}$ MA niema efektu ruchowego odpowiadają adductores prawego uda $\frac{1}{3}$ MA KZ > AZ skurcz szybki.
		dext. przy 35 odpowiadają antagon. Sin. 105.	
36,8	1210	M. adductor femoris.	$1\frac{1}{2}$ MA KZ > AZ skurcz powolny
		dext. 70 skurcz powolny Sin. 100.	$\frac{1}{2}$ MA KZ > AZ skurcz szybki.
		M. Soleus.	2 MA KZ > AZ skurcz powolny
		dext. 55 Sin. 80.	$\frac{1}{4}$ MA KZ > AZ skurcz szybki.

Część anatomopatologiczna.

Sekcyja wykazała co następuje. W jamie brzusznej niema śladów krwawienia; nie spostrzega się też nigdzie ropy; kiszki niezrośnięte. Sprawdzono, że przewiazaną była *Arteria iliaca communis dextra* ponad *Arteria iliolumbalis*. Powyżej i poniżej ligatury nastąpiło znaczne zwężenie naczynia. Obrzęku skóry prawego uda i goleni nie widać; natomiast lekko obrzękłą jest skóra na tylnej powierzchni prawej łapy. Sierść na tej łapie daje się łatwo usunąć, zwłaszcza na tylnej powierzchni. Pod sierścią skóra sina, w niektórych miejscach plamy o barwie brudno-sinej. Miejsc krwawych niema. Z miejsca przekroju skóry prawej tylnej łapy sączy się bardzo niewielka ilość płynu surowiczego. Mięśnie przedniej powierzchni prawej goleni (*m. tibialis anticus*, *m. extensor digitorum communis*, *mm. peronei*) prawie zupełnie suche, o barwie mocno czerwonej, krwistej, gdzieniegdzie prawie sinej. Mięśnie tylnej powierzchni (*m. gastrocnemius lateralis i medialis*, *m. soleus*) są w górnej $\frac{1}{3}$ części bardziej ruchome i elastyczne, w dolnych zaś $\frac{2}{3}$ twarde. Tylna powierzchnia prawego uda jest jędrniejsza i pełniejsza, niż w lewym. W wymiarze przednich powierzchni prawego i lewego uda wyraźnej różnicy niema. Mięśnie prawego uda są twarde, nieruchome. Świeże przekroje, badane bezpośrednio po sekcyi, mają przeważnie barwę bladą, są bez blasku, matowe, suche; w niektórych punktach, bardziej powierzchownych, mają barwę ceglastą. Światła tętniczek zarysowują się wyraźnie, są one puste,

Badania drobnowidzowe.

Przegląd całego szeregu podłużnych i poprzecznych skrawków przekonywa, że zmiany, jakie zaszły w mięs-

niach prawego uda, są identyczne na przedniej i tylnej jego powierzchni ¹⁾.

Już pobieżny przegląd tych zmian pozwala wnioskować, że granice między oddzielnymi pęczkami są zatarte, zabarwienie bowiem tkanki łącznej zlewa się z zabarwieniem samych włókien i utrudnia rozpoznanie tych odmiennych elementów histologicznych. Przegląd szczegółowy preparatów, przy pomocy dużych powiększeń, wykazuje z łatwością, że *perimysium externum* jest wszędzie bardzo nikle. Drobna kanwa, jaką tworzy *perimysium internum*, zupełnie jest zatarta. W polu widzenia obrazu drobnowidzowego głównie zwracają uwagę z jednej strony, rozsiiane bezładnie jądra, z drugiej masa zniekształconych, mocno zabarwionych eozyną, włókien mięsnych. Zniekształcenie to polega na tym, że włókna rozszczepiły się wzdłuż, rozpadły na najdrobniejsze składowe części, co niemcy określają, jako fibrilläre Zerklüftung,

Obraz takiego rozszczepienia widzimy na rysunku drngim (Tabl. I).

Wśród przeważającej liczby w ten sposób zmienionych włókien napotykamy jednak gdzieniegdzie włókna jeszcze nierozszczepione, które barwią się eozyną bardzo blado i dlatego niełatwo wykryć się dają. Natomiast na preparatach, zabarwionych metodą van Giesona, włókna te zarysowują się wyraźniej, nakształt żółtawych pasemek, wśród zmienionej nekrotycznie mięśniowej tkanki, zabarwionej, jak i tkanka łączna, na kolor ponsowy. Nie brak wreszcie i oddzielnych zdrowych włókien, jak również i całych pęczków mięśniowych. Liczba jąder jest naogół bardzo niewielka, przyczym mają one rozmaity kształt i budowę, w mniejszym lub większym stopniu zatartą. Je-

¹⁾ Nie będziemy tutaj podawali opisu wielu preparatów, czego unikaliśmy również, podając wynik dwóch poprzednich doświadczeń, a przejrzymy jedynie najbardziej charakterystyczne.

dynie jądra zdrowych włókien mięśniowych barwią się hematoksyliną dobrze i zachowują normalną wewnętrzną budowę.

Światła naczyniowe przeważnie puste. Nerwy uległy procesowi degeneracyjnemu. Nacieczenie tłuszczowe bardzo umiarkowane. Nigdzie nie spostrzega się objawów nacieczenia drobnokomórkowego.

Jeżeli z kolei przejrzymy skrawki mięśni przedniej powierzchni prawej goleni, to na poprzecznych preparatach (obejmujących *en masse m. tibialis anticus, m. extensor digitorum communis m. m. peronei*) spostrzegamy niewielkie zbite masy włókien mięśniowych; nie są one ugrupowane w pęczki mięśniowe. Rozpoznać *perymysium externum* a tembardziej *perymysium internum* jest tu rzeczą bardzo trudną, zarówno bowiem pierwsze, jak i drugie jest słabo zaznaczone, prawie bezbarwne, nikłe. Brak jąder utrudnia również rozpoznanie szczegółów histologicznych preparatu. Przy bardziej uważnym przeglądzie zbitych mas, jakie wszędzie widać, przychodzimy do przekonania,

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień operacji	Rodzaj operacji	Stan bezpośrednio po operacji
8/I 07	Przewiązanie Arteriae iliac. comm. dextrae powyżej ilio-lumbalis	Królik szybko wraca do równowagi; posuwa się naprzód z wolną, prawą kończyną tylną powłóczy za sobą. W godzinę po operacji unosi się na tylnej lewej łapie; zlekka skacze. Prawa tylna kończyna bezwładna

że tworzą ją zmienione włókna mięśniowe; utracły one zupełnie swoją budowę normalną; przeważna ich liczba rozszczepia się podłużnie na większe lub mniejsze odłamki, nici ziarniste. W wielu punktach daje się stwierdzić obraz poprzecznego rozszczepienia włókien. Ze szczegółów, uzupełniających bezbarwny zresztą obraz nekrotycznie zmienionych mięśni, wymienimy ślady krwawień pomiędzy niektórymi pęczkami; spowodowały je prawdopodobnie zmiany w ściankach drobnych naczyń, wywołane przez iszemię. Podany wyżej obraz zmian histologicznych w mięśniach przedniej powierzchni prawej goleni nie o wiele różni się od zmian w mięśniach tylnej powierzchni. I tutaj przeważa podłużne rozszczepienie włókien, i tutaj zupełny brak jąder. W tkance łącznej pozostały one jeszcze tu i owdzie, choć zabarwione są bardzo blado. Światła naczyniowe przeważnie puste; nerwy uległy zwyrodnieniu. Co się tyczy wreszcie mięśni tylnej prawej łapy, to nie znajdujemy w nich zupełnie normalnych włókien. Brak też wszędzie w tych włóknach jąder. Jedynie jądra ścięgien zachowały jeszcze prawidłowe ugrupowanie i niezatartą budowę.

c z w a r t e.

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
—	—	—	—

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień obserwacji	P R Z E B I E G
0 07	<p>Tętna przy uciskaniu na miejsce, gdzie przechodzi Arteria femoralis tuż pod ligamentum Poupartii, nie wyczuwa się wcale. Rana dobrze spojona, wydzielin, ropy niema; brzuch nie wzdęty. Cała tylna prawa kończyna chłodniejsza od lewej, prawa łapa zimna. Królik skacze, powłóczy wtedy za sobą wyprostowaną, a skierowaną w tył, prawą tylną kończynę. Gdy go ująć za słuchy i unieść w górę, tylna prawa kończyna pozostaje nieruchoma, lewą zgina i rozgina energicznie we wszystkich stawach, rozstawia paluchy lewej łapy, czego nie wykonywa w prawej łapie. Ropy nigdzie niema. Obrzęku skóry nie widać. Prawe udo i goleń wyraźnie pełniejsze i twardsze od lewych. Biega dość szybko, tylną prawą kończynę powłóczy za sobą. Ogólny stan dobry, żre.</p>
10/I 07	<p>Status idem. Rana goi się dobrze. Tylna prawa kończyna zupełnie bezwładna.</p> <p>Sekcya.</p>
11/I 07	

c z w a r t e.

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
37,5	1450	<p>9/1 07.</p> <p>M. rectus femoris,</p> <p>dext. przy 35 zaledwie ślady skurczu powolnego bez efektu ruchowego Sin. 85.</p>	<p>przy 2 MA żadnego efektu rucho- wego, przy silniejszych prądach zaledwie ślad ruchu powolnego $\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ szybki skurcz.</p>
37,2	1350	<p>M. tibialis auticus.</p> <p>dext. 0 Sin. 90.</p> <p>N. peroneus.</p> <p>dext. 0 Sin. 90.</p> <p>M. soleus.</p> <p>dext. 0 Sin. 85.</p>	<p>przy 8 MA niema skurczu, odpo- wiadają zginacze sta- wu skokowego $\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ szybki skurcz.</p> <p>0 $\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ szybki skurcz.</p> <p>przy 4 MA słaby efekt ruchowy KZ>AZ powolny skurcz $\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ szybki skurcz.</p>

Badania anatomopatologiczne.

Sekecyja wykazała co następuje. W jamie brzusznej ropy niema, nie spostrzega się też nigdzie zrośnięcia kiszek, ani wogóle objawów zapalenia otrzewny. Sprawdzono, że przewiazaną była *Arteria iliaca communis dextra* powyżej *Arteria ilio-lumbalis*. Obrzęku skóry ani w miejscu operowanym, ani na tylnej prawej kończynie niema. Usunąć sierści bez wysiłku na prawej łapie nie można. Skóra sucha. Mięśnie tylnej prawej łapy, *m. m. interossei*, mają barwę ciemno-różową, o słabym połysku. Prawa i lewa goleń jednakowej wielkości; mięśnie przedniej powierzchni prawej goleni suche, o barwie sinawej, matowe. Zarówno przednia, jak tylna powierzchnia prawego uda mają wymiar nieco większy, niż w lewym. Konsystencyja mięśni prawego uda twardsza. Prawe kształtu owalnego, bardziej zaokrąglone niż lewe. Na przekrojach mięśni światła naczyniowe wyraźnie zaznaczone, prawie puste; barwa mięśni nie wszędzie jednakowa, gdzieniegdzie zabarwienie ceglaste, w innych znów miejscach żółtawe. Nerwy: *ischadicus*, *peroneus*, i ich gałązki pozbawione zupełnie połysku, żółtawe.

Badanie drobnowidzowe.

Rozpoczniemy je od przeglądu skrawków mięśni prawego uda. Mamy oto poprzeczny skrawek całej przedniej powierzchni jego barwionej metodą von Giesona. W wielu miejscach występują na pierwszy plan (p. rys. 4 T. II) jasno-żółte poprzeczne przecięcia okrągłych włókien, o dużej średnicy, co je też szczególnie wyróżnia wśród pozostałych. Na preparatach, traktowanych eozyną, nie otrzymują one odmiennego zabarwienia, niż inne, to też rozpoznajemy je tutaj przedewszystkiem dzięki ich niezwykłej wielkości i kulistej formie, a przedewszystkiem dzięki temu, że są one zupełnie gładkie, jednolite, nie

rozszczepiają się ani podłużnie ani poprzecznie, jak inne włókna w sąsiednich pęczkach (patrz rys. 4-ty).

Nie wszystkie te duże włókna okrągłe pozbawione są jąder; przeciwnie — niektóre posiadają po kilka jąder tuż pod omięsną. Jądra te mają kształt małych segmentów, przylegających w pewnych miejscach do obwodu włókna mięśniowego. Gdzieś jądra dużych kulistych włókien, na preparatach poprzecznych, wyglądają jak czarne kropki. Na podłużnych spostrzegamy, iż zewnętrzny ich kształt jest zachowany, natomiast budowa wielu niejasna, jakby zatarta. Niektóre z nich wreszcie rozpadły się na bryłki czarne. Wiele jąder śródmiąszowej, nawiasem mówiąc nierozrośniętej tkanki łącznej uległo również rozkładowi. Bezkształtne zmienione ślady ich spostrzegamy też w rozszczepionych włóknach mięśniowych. Rozpadają się one na drobne cząsteczki. Okrągłe, kuliste włókna, o których wspominaliśmy wyżej, widzi się nie wszędzie i nie w jednakowej ilości, w kilku punktach; w środkowej części skrawka mięśni przedniej powierzchni prawego uda jest ich więcej. Przeglądając w dalszym ciągu preparaty, wykrywamy, przy małym powiększeniu, drobnowidzowe obrazy, zbliżone do tych, jakie obserwowaliśmy w 2-im i 3-im doświadczeniu. Widzimy tutaj również całe pęczki, na pierwszy rzut oka, jak gdyby normalne. Choć włókna istotnie zachowały w pęczkach swe polygonalne kontury, to jednak mają bardzo rozmaite wymiary, ściśle są ze sobą spojone, zwarte jakby w jedną masę, a *perimysium internum* między nimi zupełnie prawie niewidoczne. Brak im też jąder. Naogół przeto mamy w preparatach mięśni przedniej powierzchni prawego uda wyraźne objawy daleko już posuniętego procesu nekrotycznego. Dowodem tego są zmiany w budowie jąder oraz rozkład, podłużne i poprzeczne rozszczenie wielu włókien mięśniowych. Zaznaczyć tutaj jednak trzeba, że nie brak miejsc takich, gdzie spostrzegamy włókna z zachowaną budową normalną. Og-

niska te sprawiają wrażenie tkanki, w której życie nagle zastygło, nie zdążywszy jej jeszcze zniekształcić.

Preparaty tylnej powierzchni prawego uda niczem się nie różnią od preparatów przedniej, jedynie w naczyniach, w żyłach widać dużo czerwonych ciałek krwi. Nigdzie nie znać objawów drobnokomórkowego nacieczenia. Jąder, zachowanych dobrze, jest tu bardzo mało: wszędzie spostrzega się ślady jąder w postaci czarnych, drobnych ziarenek. W wielu miejscach pęczki włókien zbite w bezkształtną, nekrotyczną, drobnoziarnistą masę.

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień operacji	Rodzaj operacji	Stan królika bezpośrednio po operacji
6/I 07 godz. 10 rano	Przewiązanie Arteriae iliac. commun. dextr. powyżej Arteria ilio-lumbalis	Królik wkrótce po operacji unosi się na tylnej lewej kończynie, prawą ma odrzuconą ku tyłowi; powłóczy nią, gdy się przesuwa z miejsca na miejsce
Dzień obserwacji	P R Z E B I E G	
6/I 07 godz. 4 po połud.	Królik odzyskuje szybko siły, kryje się, gdy doń zbliżyć, skacze na lewej tylnej kończynie, prawą zaś, zlekka odsuniętą od tułowia, powłóczy za sobą. Tylna prawa łapa zimna, wyraźnej różnicy w ciepłocie prawego i lewego uda, oraz w goleni, zauważyć nie można. Prawe udo i goleni na dotyk nieco pełniejsze i jędrniejsze od lewego.	

Obrazy zmian histologicznych w mięśniach prawej goleni świadczą o ich nekrozie; brak tu jąder prawie zupełnie, wykrywamy je zaledwie w dwóch—trzech punktach. I tutaj spostrzegamy włókna okrągłe, duże, kuliste; nie mają one już gładkiej, jednolitej budowy, przeciwnie są zmienne, popękane w kierunku poprzecznym, a w podłużnym rozszczerzone na nici ziarniste. Mięśnie tylnej prawej łapy uległy również nekrozie i to w stopniu, odpowiadającym histopatologicznym zmianom w mięśniach goleni.

p i ą t e.

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
38,0 przed opera- cją	1220	6/I 07.	
37,3 po opera- cji		M. rectus femoris.	
		dext. 90	1 1/2 MA KZ>AZ
		Sin. 100.	szybki skurcz 1/2 MA KZ>AZ szybki skurcz
	M. tibialis anticus.		
	dext. 90	1 1/2 MA KZ>AZ	
	Sin. 95	skurcz szybki 1/2 MA KZ>AZ skurcz szybki.	

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień obserwacji	P R Z E B I E G
7/I 07	<p>Ropy w miejscu operowanym niema Królik dość zwawy, chroni się gdy go gonić, skacze. Tylną prawą kończyną nie wykonywa żadnych ruchów. Przykurczeń w żadnym stawie niema. Prawą łapą, zwróconą ku tyłowi, włóczy po podłodze. Tylna prawa kończyna pozostaje stale zgięta w stawach biodrowym i kolanowym. Przy pomocy ruchów biernych łatwo te stawy rozgiąć. Przednia powierzchnia prawej goleni, jak również i tylna są na dotyk pełniejsze od lewej; ma ona mięśnie nieco twardsze, o napięciu większym, niż w odpowiednich mięśniach goleni lewej. Różnic w objętości prawego i lewego uda rozpoznać nie można; prawe udo twarde. Ciepłota całej tylnej prawej kończyny słabsza od ciepłoty lewej; ta na dotyk jest zupełnie ciepła. Prawa łapa chłodna. Obrzęku skóry nie widać, sierść nigdzie nie złazi. Prawe udo zlekka doprowadzone do tułowia, więcej niż pod kątem prawym, prawe kolano również zgięte do wymiaru dużego rozwartego kąta. Ruchy bierne w tych stawach wykonywać się dają łatwo. Gdy ująć królika za słuchy i unieść w górę, wyrzuca naprzód, kurczy tylko tylną lewą kończynę. Królik roz-</p>

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień obserwacji	P R Z E B I E G
7/07	<p>stawia tylko paluchy lewej łapy, prawa zaś kończyna prawie zupełnie bezwładna; widocznym jest tylko lekkie zginanie stawu biodrowego i abdukcya całej kończyny prawej en masse; paluchy prawej tylnej łapy stale zestawione; w miejscach, gdzie sierść została usunięta, skóra wydaje się bardzo bladą, bez sinicy krwawych wylewów.</p> <p>Sekcya o godzinie 3 po południu.</p>

piąte (ciąg dalszy).

Ciepłota	Waga	Badanie elektryczne	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
37,3	1220	M. tibialis anticus.	
		dext. 0	0
		Sin. 100	$\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ szybki skurcz.
		N. peroneus.	
		dext. 0	przy 2 MA niema efektu ruchowego
		Sin. 100	1 MA KZ>AZ szybki skurcz.
		M. soleus.	
		dext. 0	2 MA KZ>AZ
		Sin. 90	powolny skurcz $\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ szybki skurcz.
		N. cruralis.	
		dext. 45	$1\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ
		Sin. 105	powolny skurcz $\frac{1}{4}$ MA KZ>AZ szybki skurcz.

Badanie anatomopatologiczne.

Sekcya wykazała co następuje. W miejscu operowanym ropy niema; kiszki niezrośnięte. Sprawdzono, że przewiązana była *Arteria iliaca commun. dextra* powyżej *Arterae ilio-lumbalis*. Ligatura lekko złączona z otaczającą tkanką; poniżej i powyżej miejsca, gdzie przewiązano naczynie, nastąpiło jego zwężenie. Sierść na tylnej prawej kończynie nie łatwo usunąć się daje. Skóra bladossina. Mięśnie prawego uda, zarówno głębokie, jak i powierzchowne warstwy, mają przekroje żółtawe, gdzieniegdzie jasno-żółte, mało kłujące. Nie mają nigdzie zabarwienia różowego lub fioletowego mięśni lewej tylnej kończyny. Mięśnie prawego uda wykazują konsystencyę twardawą, twardszą od mięśni lewego. Sposstrzega się też pewną różnicę w objętości na korzyść uda prawego. Toż samo daje się powiedzieć przy zestawieniu obu goleni: prawa jest pełniejsza. Przekroje mięśni przedniej i tylnej powierzchni prawej goleni, mają barwę ciemno-malinową, są bez połysku, dość suche. Mięśnie prawej tylnej łapy wydają się również pełniejszymi. Udo prawe przy kurczeniu pod kątem 60°; lewy staw biodrowy wolny, kolano prawe zgięte pod kątem rozwartym.

Badanie drobnowidzowe.

Przeoglądając preparaty mięśni przedniej powierzchni prawego uda (wszystkich warstw tych mięśni razem) sposstrzegamy, że pęczki mięśniowe są wyraźnie przez *perimysium externum* odgraniczone i dlatego drobnowidzowy obraz przyłomia na ogół normalny ich układ, taki, jaki widzimy na rysunku pierwszym (patrz Tablica I).

To jednak ogólne wrażenie zmienia się przy szczegółowym przeglądzie wielu odnośnych preparatów. Sposstrzegamy wtedy, że w różnych punktach *perimysium externum* jest szersze, niż być powinno, a granice między

niektórymi pęczkami zarysowują się zbyt jaskrawo. Z kolei i *perimysium internum* ma również kontury wyraźniejsze, niż zwykle, to też pojedyncze włókna mięśniowe wydają się bardzo plastycznie. *Perimysium externum* niema bynajmniej normalnej włóknistej budowy; jest gładkie, jakby spęczniałe, blado eozyną i van Giesonem zabarwione. Liczba jąder w *perimysium externum* i *internum* jest w omawianych miejscach preparatów stosunkowo niewielka. Co się tyczy mięśniowych włókien, to przede wszystkim zaznaczyć trzeba, że w wielu miejscach, w tym lub innym pęczku skupiają się włókna rozmaitego kalibru. Przeważają wąskie. Te ostatnie zwracają na się uwagę również i tym, że jądra ich nie są osadzone pod sarkolemmą, jak to bywa w normalnych warunkach, ale po środku włókna mięśniowego (Rys. 5. Tabl. III); niektóre z nich mają dwa — trzy środkowe włókna. Liczba takich wąskich włókien jest jednak bardzo ograniczona. Rysunek szósty odtwarza właśnie odpowiedni obraz drobnowidzowy w preparatach podłużnych skrawków mięśni przedniej powierzchni prawego uła. Kontury włókien mięśniowych, zwłaszcza mniejszych, zmienione: są półokrągłe, okrągłe, owalne. W pęczkach o prawidłowej budowie, a takich nie brak też w preparatach, włókna zachowały swe kształty polygonalne, a jądra prawidłowe ugrupowanie pod sarkolemmą.

Co się tyczy liczby jąder, to naogół nie widać rozmnażania się ich ani w tkance łącznej ani we włóknach mięśniowych. Budowa i kształt ich wogóle dobrze zachowane; na preparatach podłużnych nie wszystkie jądra są jednakowo mocno zabarwione. Niektóre barwią się bardzo blado, albo też są przezroczyste do tego stopnia, że z trudnością poprzez sarkoplazmatyczną tkankę ich wewnętrzną budowę rozpoznać się daje. Blado barwią się przeważnie jądra owalne, jajowate we włóknach wąskich, te właśnie, które grupują się pośrodku włókien (Rys. 6-ty. Tabl. III).

Chociaż zaznaczyliśmy wyżej, że nie brak w omawianych preparatach i włókien zupełnie normalnych, to

jednak w każdym prawie pęczku dają się wykryć pojedyncze włókna, znajdujące się w tym lub innym okresie destrukcyjnym. Naczynia prawie puste. Nigdzie niema śladów nacieczenia drobnokomórkowego lub wylewów krwawych. W skrawkach mięśni przedniej powierzchni prawej nogi spostrzegamy z łatwością, że tylko w głębokich warstwach zachowało się jeszcze prawidłowe ugrurowanie pęczków, włókien i jądra. Powierzchnowe warstwy mięśni są zupełnie pozbawione tych ostatnich; wy-

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień operacyi	Rodzaj operacyi	Stan królika bezpośrednio po operacyi
18/I 07	Przewiązanie Arteriae iliac. comm. dext. powyżej Arter. ilio-lumbalis.	W trzy kwadransy po dokonanej operacyi królik zaczyna się ruszać i przesuwać z miejsca na miejsce. Po godzinie zaczyna podskakiwać, unosząc się na lewej tylnej kończynie, prawa tylna nieruchoma; powłóczy nią za sobą
Dzień obserwacyi	P R Z E B I E G	
18/I 07 g. 3 ¹ / ₂ po południu	Królik szybko odzyskuje siły; skacze, ucieka, broni się. Prawą tylną kończynę ma bezwładną; wlecze ją za sobą, zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym. Obrzęku skóry	

miar włókien bardzo rozmaity; na pierwszy plan wysuwają się włókna stosunkowo bardzo duże, niekiedy znacznie większe od normalnych, zupełnie okrągłe. To też wyróżniają się one wśród większości włókien małego kalibru. Obraz histopatologicznych zmian w mięśniach tylnej powierzchni goleni i tylnej prawej łapy nie oznacza się bynajmniej nowymi cechami charakterystycznymi; jest naogół podobny do obrazu histopatologicznego w mięśniach przedniej powierzchni prawej goleni.

s z ó s t e

Ciepłota	Waga	B a d a n i e e l e k t r y c z n e	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
38,2	2350	18/107.	
		M. rectus	2 $\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ
		dext. 80	szybki skurecz
		Sin. 85	1 $\frac{3}{4}$ MA KZ>AZ
			szybki skurecz.
		M. tibialis anticus.	
		dext. 95	2 $\frac{1}{2}$ MA KZ>AZ
		Sin. 95	szybki skurecz
			1 $\frac{3}{4}$ KZ>AZ szybki skurecz.

D o ś w i a d c z e n i e

Dzień obserwacji	P R Z E B I E G
18/I 07 g. 3 ¹ / ₂ po południu	<p>w bliskości miejsca operowanego, jak również na całej przestrzeni tylnej prawej kończyny ani spostrzedz, ani dotykiem stwierdzić nie można. Prawa łapa chłodniejsza; różnicy w ciepłocie między prawym udem i lewym, goleniami niema. Badanie prawego uda i goleni za pomocą dotyku przekonywa nas, że są one nieco pełniejsze od lewych i że mają twardszą konsystencję. Oddzielne pęczki mięśniowe są mniej ruchome z prawej, niż z lewej strony.</p> <p>Sekcyja o godzinie 4 po południu.</p>

szóste.

Ciepłota	Waga	Badanie elektryczne	
		Prądem faradycznym	Prądem galwanicznym
37,6	2350	M-li adductores femoris	
		dext. 90	2 ¹ / ₄ MA KZ>AZ
		Sin. 95	szybki skurez. 1 ¹ / ₂ MA KZ>AZ szybki skurez.
		N. pero neus.	
		dext. 100	1 ³ / ₄ MA KZ>AZ
		Sin. 105	szybki skurez 1 ³ / ₄ MA KZ>AZ szybki skurez.
		M. sole us.	
		dext. 95	2 ¹ / ₂ MA KZ>AZ
		Sin. 95	szybki skurez 2 MA KZ>AZ szybki skurez.
		N. cru ralis.	
		dext. 90	2 MA KZ>AZ
		Sin. 90	szybki skurez 1 ³ / ₄ MA KZ>AZ szybki skurez.

Badanie anatomopatologiczne.

Sekcja wykazała co następuje. W jamie brzusznej niema wylewów krwawych. Sprawdzono, że przewiazaną była *Arteria iliaca comun. dextra* powyżej *Arteria ilio-lumbalis*. Po usunięciu sierści z prawej kończyny tylnej, obnażono skórę o bladym zabarwieniu, trochę bledszym, niż w lewej. Mięśnie prawego uda mają konsystencją twardszą od mięśni lewego; wykrywa się też pewna różnica w objętości prawego i lewego uda, prawe pełniejsze, choć różnica ta nieznaczna. Palpacya przekonywa, że mięśnie prawej nogi są również nieco twardsze i bardziej nieruchome, niż w lewej. Przekroje mięśni mają jednokolorowe różowo-fioletowe zabarwienie, są lśniące. Światła naczyń nie uwydatniają się jasno.

Badanie drobnowidzowe.

Przegląd preparatów mięśni przedniej powierzchni prawego uda wykazuje, że na ogół pęczki mięśniowe mają budowę prawidłową, *perimysium externum* przez swe jednolite różowawe zabarwienie zarysowuje się dobrze. Jądra jego rozsiane w niewielkich odstępach; gdziekolwiek w pasmках tkanki łącznej, okalającej pęczki, brak ich zupełnie, włóknista budowa *perimysium externum* zaledwie rozpoznać się daje. Granice między oddzielnymi pęczkami zarysowują się już mniej wyraźnie, nie tworzą tego charakterystycznego obrazu, jaki widzimy na rysunku normalnego mięśnia (patrz Tablica I). Włókna w pęczkach mają przeważnie kontury prawidłowe polygonalne; leżą dość blisko siebie, oddziela je słabo zaznaczone, nikłe *perimysium internum*. Jądra włókien osadzone na obwodzie na pewnej małej odległości jedno od drugiego, często w kątach poprzecznego przecięcia włókna. Widzimy nieliczne punkty w preparatach, gdzie *perimysium internum* występuje nieco jaskrawiej, wogóle jednak ma budowę ma-

ło wyrazistą i jednolitą. Kształt jąder we włóknach mięśniowych i tkance łącznej nie spaczony; niema też rozpadań się ich na bryłki, drobnutki ziarenka, co stale spostrzegaliśmy w pierwszym, drugim i trzecim doświadczeniu. Obraz budowy włókien mięśniowych uzupełnić należy wskazaniem, że nigdzie włókna nie ulegają poprzecznemu i podłużnemu rozszczepieniu.

Pozatym zwracają naszą uwagę na preparatach pojedyncze, rozsiane w pęczkach, włókna kuliste. bledo zabarwione albo zupełnie bezbarwne. Niektóre włókna kuliste mają wymiar większy od normalnego, inne znów, przeciwnie, mają średnicę znacznie mniejszą, niż włókna normalne. Przegląd preparatów, otrzymanych według metody Fleminga przekonywa, że te włókna kuliste nie są bynajmniej w okresie zwyrodnienia tłuszczowego, jak to na pierwszy rzut oka wydać się mogło. Nacieczenie tłuszczowe umiarkowane. Światła naczyń wypełnione przez bardzo niewielką ilość czerwonych ciałek krwi. Drobnie żyłki nierozszerzone, również umiarkowanie wypełnione ciałkami krwi. Brak zupełnie gdziekolwiek drobnokomórkowego nacieczenia. Włókna nerwowe zachowały swą budowę. Dodamy jeszcze, że na preparatach podłużnych wśród włókien o normalnej budowie, z zachowanym podłużnym i poprzecznym prążkowaniem, przebiegają włókna, o wymiarach większych lub mniejszych niż normalne, z nieco zatartym poprzecznym i podłużnym prążkowaniem. Wygląd tych włókien przeważnie martwy. Sądzimy, że są to owe włókna kuliste, o których wspominaliśmy wyżej. Proces destrukcyjny, jakiemu one uległy, uważać należy, jak sądzimy, za t. zw. zmętnienie białkowe, które zniekształciło względnie dużą ilość włókien.

Budowa histologiczna mięśni prawej goleni przypomina naogół tkankę normalną, szczegółowe badanie odpowiednich preparatów wykrywa także objawy destrukcyjne, o jakich mówiliśmy wyżej.

W mięśniach tylnej prawej łapy znajdujemy również znaczną ilość włókien kulistych; rozsiane są one wśród

normalnych. Jądra występują wszędzie dość barwnie; w budowie ich i kształcie niema cech patologicznych.

Przystępujemy z kolei do określenia i oceny podstawowych zmian histopatologicznych, jakie drobnowidzowe badanie wykryć zdołało. Zestawiwszy następnie zmiany histologiczne z zaobserwowanymi klinicznymi i fizyologicznymi objawami, postaramy się wytłumaczyć ich przyczyny i znaczenie.

Zanim jednak tę część pracy naszej rozpoczniemy zastanowimy się na chwilę, jakie właściwie ujemne warunki pod względem fizyologicznym, powodować może przewiązanie tętnicy, doprowadzającej krew do całej kończyny.

Krążenie krwi w naczyniach, jak wiadomo, uwarunkowane jest różnicą w ciśnieniu z jednej strony, w żyłach, gdzie w miarę zbliżania się ich do serca, staje się ono coraz słabsze, a w miejscach ich przejścia do serca jest wogóle bardzo słabe i ujemne; z drugiej, w tętnicach, gdzie, przeciwnie, w miejscach ich wyjścia z serca jest ono bardzo wysokie i dodatnie. Tę różnicę ciśnienia w żyłach i tętnicach podtrzymuje stale rytmiczna działalność serca, jako niezbędny fizjologiczny czynnik, warunkujący ciągle, nieustające w normalnych warunkach objawy krążenia krwi w najdrobniejszych naczyniach — włoskowatych. Wszystkie zmiany w stopniu tego ciśnienia odbijają się ujemnie na życiu przedewszystkiem najbardziej obwodowych członków organizmu.

Przewiązując naczynie, doprowadzające krew do całej jednej kończyny, co nas głównie zajmuje, do mięśni tej kończyny, usuwamy wpływ tego czynnika fizjologicznego, który na zmianę warunków krążenia krwi i ciśnienia na obwodzie wpływa w stopniu bardzo słabym. Wiadomo bowiem, że szybkość krwiobiegu w naczyniach włoskowatych jest bardzo mała, równomierna, ciśnienie również bardzo małe i pozbawione wahań, związanych z rytmiczną działalnością serca.

W doświadczeniach naszych natomiast nie usuwaliśmy zupełnie wpływu dwóch innych czynników pierwszorzędnej wagi, a mamy tu na myśli wchłaniającą rolę przedsióneków podczas skurczu komór, jak również wpływ ruchów oddechowych klatki piersiowej na wytwarzanie ujemnego ciśnienia w żyłach. A więc przewiązując tętnicę, doprowadzającą krew do mięśni kończyny, pozabawiamy ją tylko krwi, nie powodując w miejscach rozgałęzienia najdrobniejszych naczyń — włoskowatych, ujemnych warunków dla samego procesu krażenia krwi, właściwie dla jej odbiegu. W istocie przeglądając obrazy drobnowidzowe, znajdujemy wszędzie potwierdzenie tego faktu. Ani bowiem naczynia nie są rozszerzone, ani światła ich przez ciała krwi zbyt wiele wypełnione, ani wreszcie zastoinowe objawy gdziekolwiek wyraźnie zaznaczone.

Zaczęliśmy omówienie wyników naszych badań doświadczalnych od stwierdzenia powyższego faktu, aby ułatwić sobie wytłomaczenie pierwszego prawie po bezwładzie klinicznego objawu, jaki stwierdzaliśmy we wszystkich doświadczeniach i obserwacjach. Mamy tu na myśli stałe, postępujące nieco w pierwszych dniach po dokonanej doświadczeniu, zwiększanie się objętości tylnej prawej kończyny. Objaw ten po kilku dniach zawsze się zacierał i to coraz bardziej, a w miarę rozwoju suchej gangreny na goleni tylnej i prawej łapie, znikał.

Za pomocą jakiego zjawiska patologicznego wytłumaczyć sobie można ten fakt kliniczny, jeżeli w naszych obserwacjach mowy być nie mogło o objawach zastoinowych w kończynie, w mięśniach wobec braku, jak to zaznaczyliśmy już wyżej, warunków, sprzyjających temu? Badanie mięśni za pomocą prądu elektrycznego w doświadczeniu szóstym, w kilka zaledwie godzin po dokonanej operacji przewiązania naczynia, zdradzało już pierwsze objawy zmian w pobudliwości elektrycznej, zarówno faryadycznej, jak i galwanicznej, na niekorzyść niektórych mięśni prawej kończyny, jak o tem świadczy tablica, załą-

czona do klinicznego opisu szóstego doświadczenia. W piątym doświadczeniu, na drugi dzień po dokonanych przewiązaniu *Arteriae iliac. comm. dextrae*, stwierdzamy już odczyn zwyrodnienia w następujących mięśniach: *m. rectus femoris, tibialis auticus, soleus*, a więc we wszystkich, przez nas badanych. Gdy sprawdzimy, jaki obraz histopatologiczny odpowiada tym zmianom elektrycznym, przekonujemy się, że od spowodowanego braku dopływu krwi ucierpiały przede wszystkim mięśnie. Gdy bowiem elementy tkanki łącznej zachowały jeszcze oznaki zdrowia, we włóknach mięśniowych, w całych pęczkach zaznaczone są już wyraźnie objawy postępującego procesu destrukcyjnego. W doświadczeniu szóstym świadczą o tym (na poprzecznych preparatach) kulistej formy, okrągłe o rozmaitych wymiarach włókna, blade albo zupełnie słabo zabarwione. Włókien takich nie napotyka się nigdzie, jak widać na rysunku pierwszym (Tabl. I), w mięśniach normalnych, utrwalonych i barwionych tymi samymi sposobami. Zmienione tak włókna straciły już swe poprzeczne prążkowanie, są gładkie lub zlekka ziarniste. Spostrzegamy w nich pierwsze, niewątpliwie, objawy zmętnienia białkowego, pierwszą reakcją patologiczną na brak zupełny dopływu tlenu, tej najważniejszej dla życia tkanki chemicznej substancji.

W doświadczeniu piątym mamy już wyraźnie zarysowane w wielu bardzo miejscach objawy nekrotyczne, jakoto podłużne rozszczepianie się włókna i rozpoczynający się rozkład albo też i zanik jąder. (Rys. 4 Tabl. II). Te objawy destrukcyjne stanowią tutaj główne tło obrazu histopatologicznego.

W doświadczeniu czwartym, jak świadczy rysunek drugi (Tabl. II) i czwarty (Tabl. II), głównym rysem zmian histologicznych w mięśniach jest wszędzie prawie nekroza włókna: rozpada się ono zupełnie, rozszczepia podłużnie i poprzecznie. Tu też zwracają na się szczególnie uwagę włókna o kształcie kulistym (patrz rys. 4 Tabl. II), które nie uległy jednak jeszcze zupełnej de-

strukcyi. Włókna te być może, przechodzą przez okres t. zw. *homogene degeneration*, które KRASKE i LITTEN obserwowali w mięśniach iszemicznych, a SCHAEFFER w sąsiedztwie nowotworów.

Opierając się tedy na podanych wyżej klinicznych zmianach w 6, 5, 4 doświadczeniach i na wspomnianych przed chwilą zmianach histopatologicznych, chcemy wytłumaczyć objaw stężenia prawej tylnej kończyny zaraz po operacyi i w ciągu najbliższych dni w sposób następujący. Włókno mięsne zaczyna szybko, bo już po kilku godzinach, tracić swoją główną zdolność fizyologiczną, kurczliwość; w 24 godziny, po zupełnym przerwaniu dopływu krwi, kończyna staje się sztywną, zupełnie bezwładną, niezdolną do ruchów dowolnych. Brak ruchów czynnych sprzyjających, jak wiadomo, w wybitnym stopniu obiegów krwi w żyłach, rozgałęzionych w mięśniach lub przebiegających obok nich, powoduje niewątpliwie osłabienie odbiegu krwi z żył i stworzyć może zupełnie nieznaczne zastoinowe objawy, które jednak, jak sądzimy na podstawie własnego materiału, nie są zdolne do wywołania produkcyjnej działalności jąder łączno-tkankowych i mięśniowych. Sam przeto fakt pewnego osłabienia odpływu krwi z żył może wywołać i pewne zwiększenie objętości kończyny, czemu z drugiej strony sprzyja również coraz bardziej wzrastająca ilość włókien dużych, kulistych, o wymiarach często bardzo przewyższających normalne. Z chwilą kiedy proces destrukcyjny staje się w pełni udziałem i tych względnie długotrwałych włókien, a pozostałe włókna, uległe zupełnej nekrozie, kruszą się w martwą masę, stężenie kończyny stopniowo opada, na bardziej obwodowych miejscach zupełnie, a bliżej, w ośrodkowych częściach znacznie. Martwa kończyna schnie, o ile warunki sprzyjające nie wywołają gnilnych objawów.

Obrazy histopatologiczne w doświadczeniach trzecim i drugim świadczą jedynie o postępującym wciąż na-przód procesie nekrotycznym, czego najlepszą ilustracją jest załączony rysunek 2 i 4 (Tabl. I i II), a z klinicznych

objawów, zupełny brak pobudliwości mięśni na prąd elektryczny, zarówno faradyczny, jak i galwaniczny.

Z poszczególnych obrazów histopatologicznych niektóre zasługują na specjalne omówienie. Przedewszystkiem ten obraz, jaki przedstawiają rysunki 5 i 6, odtwarzające zmiany w niektórych pęczkach mięśni przedniej powierzchni prawego uda w doświadczeniu piątym. Na pierwszy rzut oka wydać się może, że widzimy tutaj włókna zupełnie młode, o małej średnicy; niektóre mają jądra pośrodku włókna. To centralne położenie jąder okrągławych, białych, z zachowaną wewnętrzną budową z jednej strony, z drugiej zaś wąskie, wrzecionowate włókna nasunąć mogą w pierwszej chwili pytanie, czy nie są to włókna, powstałe na skutek procesu regeneracyjnego w mięśniu. Wiemy jednak, że regeneracja odbywa się zazwyczaj tam, gdzie istnieje już jakaś postać degeneracji włókna. mianowicie woskowa lub tłuszczowa, i to tylko w tym razie, jeżeli przyczyna, powodująca proces destrukcyjny, zostaje usunięta, a świeży dopływ limfy, krwi ożywi trwające jeszcze oznaki życia w tkance mięśniowej. W naszych preparatach nie stwierdziliśmy nigdzie charakterystycznych objawów dla tłuszczowego, lub woskowego ozwyrodnienia. Przyczyna zaś, działająca destrukcyjnie na całość tkanki mięśniowej, nie została również usunięta, gdyż, jak wskazują obserwacje, mowy być nie mogło o rozwoju obwodowych dróg. Chcemy przeto obraz histopatologiczny, odtworzony na rysunku piątym i szóstym, wytłumaczyć w sposób następujący.

Wskutek słabego objawu zastoinowego w mięśniach, o czym już była mowa wyżej, a czego dowodem jest między innymi jakby trochę spęczniała tkanka łączna w *perimysium internum* i *externum* (patrz rys. 1 przedstawiający normalne pęczki i rys. 5 i 6—chore), włókna mięśniowe uiegly uciskowi, a następnie i zanikowi. Podrażnienie spowodowane przez ucisk, mogło wywołać to reakcyjne, słabo zaznaczone, rozmużnienie się jąder we włóknach, które powoduje to, że w pewnych włóknach widzimy po 2—3,

jądra, Centralne zaś położenie jąder nie jest wogóle rzadkością we włóknach zanikających. Zanik tych ostatnich nie idzie zapewne zwykłą drogą, lecz zostaje wcześniej przerwany, jak świadczą obrazy histopatologiczne z późniejszych okresów, przez ogólny proces nekrotyczny w mięśniach. Wytłumaczenia specjalnego wymaga również obraz zmian histologicznych, który kusiliśmy się odtworzyć słowem, podając obrazy histopatologiczne, spostrzegane na poprzecznych i podłużnych skrawkach mięśni przedniej powierzchni prawego uda w pierwszym doświadczeniu. Wśród zupełnie prawie martwej tkanki mięśniowej, zastygłej, bez życia napotykamy (czegośmy nie spostrzegli w 3, 4 i 5 doświadczeniu) w kilku punktach obrazy, świadczące jeszcze o życiu jąder i włókien mięśniowych, jak również tkanki łącznej. W tych miejscach dopatrujemy się też objawów trwającego procesu zaniku poszczególnych włókien mięśniowych, na korzyść bowiem regeneracyjnego procesu może i tu przemawiać tylko wygląd zewnętrzny.

Jak jednak wytłumaczyć, że po 14 dniach od chwili przewiązania naczynia, doprowadzającego krew do całej kończyny, istniały jeszcze pewne objawy życia w mięśniach, gdy w doświadczeniach trzecim, czwartym i piątym, w krótszym znacznie czasie, następowała już zupełna prawie nekroza mięśni uda, Możemy tylko przypuścić, że naczynie zostało niezupełnie zamknięte; poprzez jego zwężone światło trwał bieg krwi. Był on jednak niedostateczny lub nie dochodził do mięśni goleni i tylnej łapy prawej, powodując w nich dość wczesne objawy mumifikacji; w udzie zaś, na ogół źle odżywianym, gdzieśgdzie podtrzymywał on żywotność zanikającej zwolna tkanki. Czy tak jednak było w rzeczywistości, postaramy się sprawdzić innym razem.

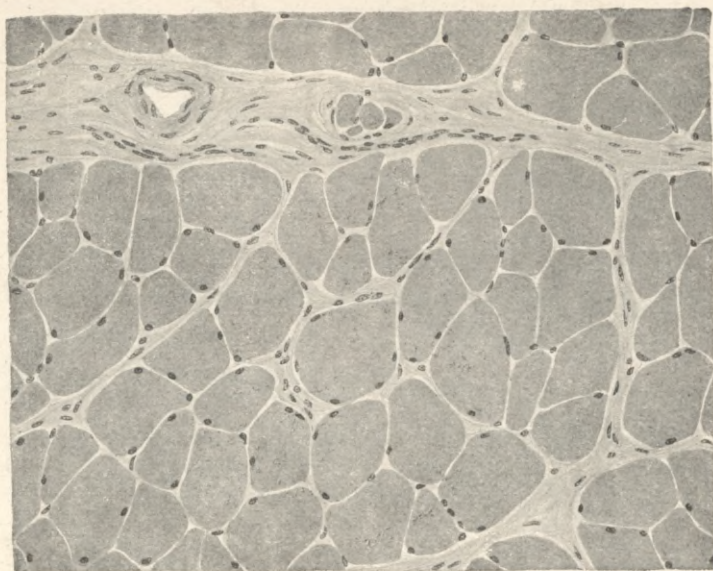
Do jakich przeto wniosków upoważnia zebrany przez nas materiał kliniczny i histopatologiczny?

Trwały brak dopływu krwi wpływa ujemnie przede wszystkim na tkankę mięśniową i nerwową.

dzin bowiem po wykonaniu odpowiedniego doświadczenia, mieliśmy już reakcyę zwyrodnienia zarówno w mięśniach, jak i nerwach; zanikła też podstawowa funkcya mięśni, ich kurczliwość, powodując bezwład (zwany przez niemieckich badaczy *ischämische Muskellähmung*). Objawem histopatologicznym, powodującym te kliniczne zmiany, jest szybko rozpoczynająca się, w kilka godzin po przewiązaniu naczynia, nekroza, bez jakichkolwiek uprzednich objawów reakcyjnych ani ze strony tkanki łącznej, ani też mięśniowej. Jeżeli nawet, w najpierwszym okresie pooperacyjnym, istnieją jakie słabe warunki, sprzyjające procesom produkcyjnym, to słabną one i nikną szybko pod wpływem niszczącego wszelką tkankę, a zwłaszcza jądra, braku dopływu krwi. Najbardziej wrażliwą pod tym względem jest sarkoplazma, nieodróżniczowana plazmatyczna masa międzywłókienkowa i jądra. Gdy pierwsza traci swą żywotność, włókno rozpada się, rozszczepia wzdłuż i w poprzek na misterne cząsteczki, które spojone ze sobą, w zdrowym włóknie mięśniowym tworzą jedyny i zasadniczy element kurczliwy w mięśniu. Elementy tkanki łącznej trwają najdłużej bez świeżego krwi dopływu.

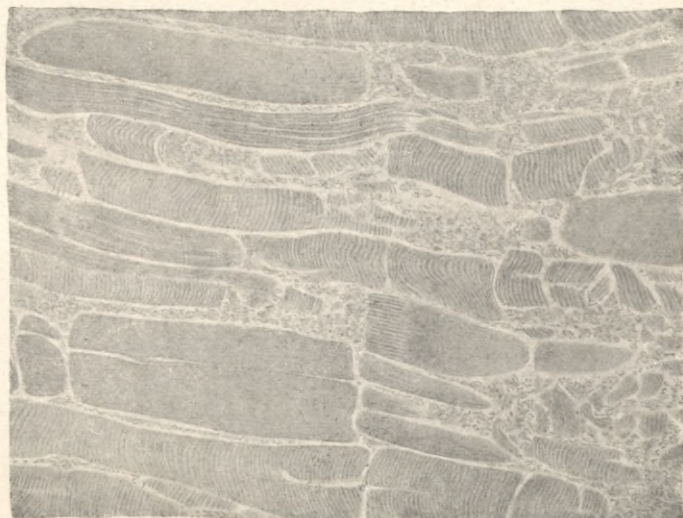
Pozostaje nam jeszcze wyniki naszych badań zestawić z odpowiedniami pracami innych badaczy (STENSON'a, HALLER'a, STANNIUS'a, SZIFFER'a, BARDENHAUE'ra, HILDEBRAND'a i innych). Wolimy to jednak uczynić na innym miejscu, gdy będzie mowa o zmianach w mięśniach pod wpływem zmian cyrkulacyjnych wogóle.

(C. d. n.).



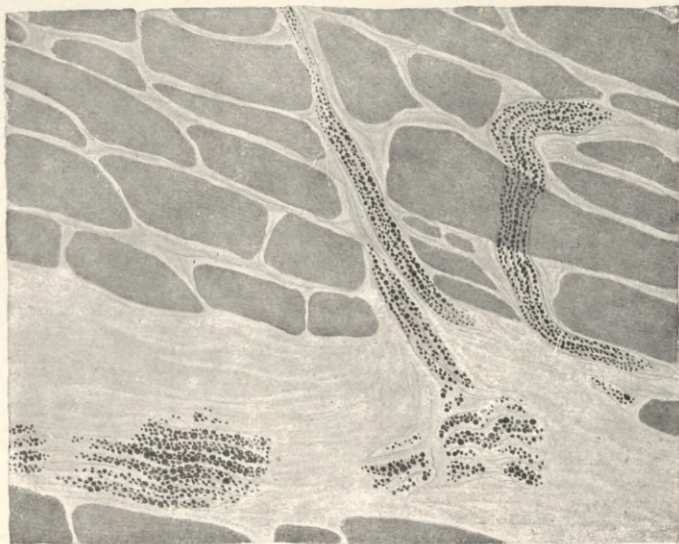
J. Korolczewski

Rys. 1.



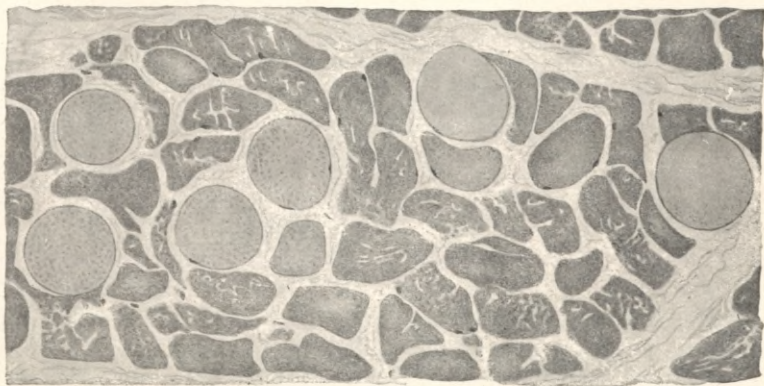
J. Korolczewski

Rys. 2.



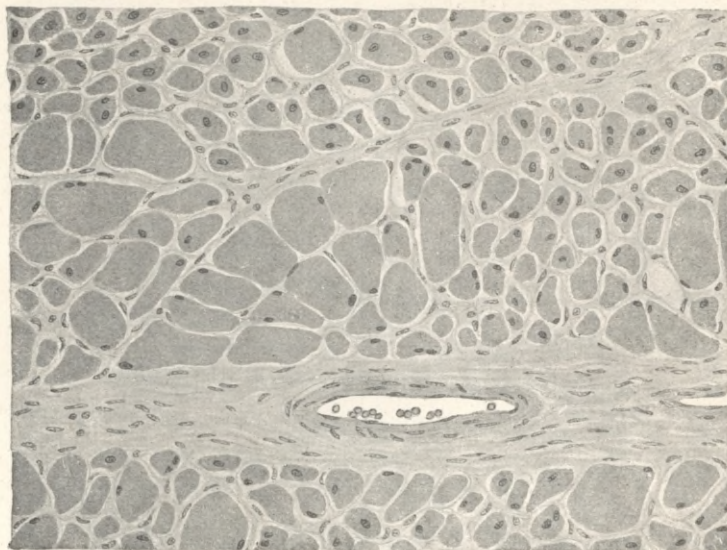
J. Rotstadt

Rys. 3.



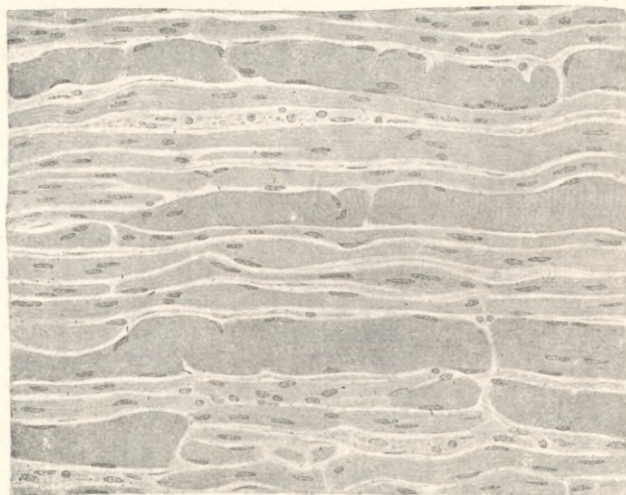
J. Rotstadt

Rys. 4.



J. Koraleski

Rys. 5.



J. Koraleski

Rys. 6.

ŹRÓDEŁA
biograficzno-bibliograficzne
DO DZIEJÓW MEDYCyny

W DAWNEJ POLSCE

zebrał

Fr. Giedroyć.

(Dalszy ciąg).

Selig, z Krakowa Stanisław

Selig, Zelig, Zelik, Selik, Selyk, Seligk, krakowianin, rektor szkół przy kościele Bożego Ciała na Kazimierzu, senjor bursy Jeruzalem, lekarz krakowskiej kapituły katedralnej, astronom, zawołany humanista. W roku 1474 *bacc. artium*, w roku 1481 promowany do stopnia bakałarza medycyny, w roku zaś 1488 występuje już jako *licentiatus in medicinis*; z tym stopniem widzimy go jeszcze w roku 1494. *Podług Lib. diligent.* wykładał w Krakowie na wydziale filozoficznym [r. 1487—1494, 1496—1497]: „Aristotelis de coelo et mundo, De generatione, Ethica, Metaphysicam, Meteorologica, Parva logicalia, Politica, Topica; Canones astrolabii; Donati De octo part. orationis; Hispani P. Septem tractatus seu summulas logicae; Juvenalis Satiras; Lucani Pharsalia; Ovidii De fastis; Perspectivam communem; Terentii Comoedias; Valerii M. Dictorum libros; Vergilii Bucolica, Georgica”. W aktach episkopalnych krakowskich pod r. 1493 nazwany *doktorem medycyny*. Umarł r. 1512.

Źr. druk. K. Morawski: *Historia Uniw. Jagiell.* II 169. 176. 182. 195.—Wisłocki: *Acta rectoralia* №№ 361. 523. 650. 653. 687. 692. 762. 768. 817. 861. 864. 890. 995. 1018. 1403. 1491. 1526—1528. 1591. 1603. 1699.—J. Lachs: *Lekarze krakowskie. kapituły katedralnej*, str. 19—20.

SEMPRONIUS

W r. 1559 zamieszkiwał w Krakowie *S e m p r o n i u s M e d i c u s I t a l u s*.

Źr. druk. Ambr. Grabowski: *Skarbniczka naszej archeologii*. Lipsk. 1854. str. 150.

Serdel Kacper

Monumentum Posnaniae:

G a s p a r o S e r d e l, M e d i c o, C i u i P o s n a: v i r o i n D e u. e t P a t r i a p i o a c r e l i g i o s o, i n e g e n o s b e n e f i c o, o m n i b u s o b s i n g u l a r e m v i r t u t e m, p r u d e n t i a m, m o d e s t i a m, d e x t e r i t a t e m c h a r o, m a r i t o s u o d e s i d e r a t i s s i m o, H e d u i g i s W i t o w n a c o n i u n x m o e s t a, s i b i s u i s q u e p o s t e r i s A n n o D o m i n i M. D. I O. V I I. p o s u i t. O b i j t A n n o D n i. M. D. I C I I. I V. K a l e n d. N o u e m b r.

Źr. druk. Starowolski: *Monument. Sarm.* 463.

SEYDLER CHRYSZYAN

dokt. filozofji i medycyny, obrany rajcą miejskim Wschowy w roku 1749:

N. 335. R e s c r i p t u m a p p r o b a t o r i u m e l e c t i o n i s N o b i l i s C h r i s t i a n i S e y d l e r P h i l o s o p h i a e e t M e d. D r i s. i n C o n s u l e m V s c h o v e n s e m.

[Drezno, 11 sierpnia, 1749].

Źr. rękop. Sigill. Lb. 28, fl. 171.

SIAU ANDRZEJ

„doktor nadworny”, „medicus curiae Ill. Magnifici Michaelis Wielohorski”, przybył w roku 1778 z województwa Wołyńskiego do Warszawy jako plenipotent chlebobdawcy swojego.

Źr. rękop. Akta Starej Warszawy: Lb. 590, fl. 269 v. 272. 272 v.—Ibid. Lb. 591, fl. 660. 662. 667. 670.

SIEMSICKI TOMASZ

stopnie naukowe na wydziale filozoficznym w Krakowie osiągnął w latach 1618 i 1620; był lekarzem w Wieluniu.

Źr. druk. Muczkowski: Lib. promot. pg. 282. 285.

Siennik Marcin

Z wiadomości zebranych przez zasłużonego badacza, prof. J. Rostafińskiego, był Siennik mieszczaninem krakowskim, niezajmującym żadnego naukowego stanowiska, niemającym żadnego stopnia naukowego, [o czym byłaby chociaż raz wzmianka w aktach lub książkach], zajmował się tłumaczeniem dzieł rozmaitej treści tak z niemieckiego jako i łacińskiego, tudzież zarabiał jako pełnomocnik różnych osób przed urzędami. Więc nietylko „słynnym lekarzem”, ale goła lekarzem nie był.

Kośmiński [*Słownik*] przytacza jako oddzielną książkę: *Nauka zrządzenia cyał człowieczych...* Jest to tytuł pierwszej księgi dzieła *Lekarstwa doświadczone*, nie zaś osobne dzieło. Pisze Maciejowski: „Wspomnieć należy, że mylnie podał p. Wiszniewski [*Histor. liter. I. 31*], jakoby pierwszy u nas miał i modlitewne [liturgiczne] dzieła przekładać z niemieckiego Siennik. Tenże miał roku 1564 u Łazarza Andrysowicza w Krakowie wydać dzieło pod tytułem *Lekarstwa*, nigdzie dotąd nie oglądane”.

Właściwie myli się tu Maciejowski, gdyż Siennik wydał dzieło p. n. *Lekarstwa doświadczone, ktore zebrał uczony*

lekarz P. Jana Pileckiego, tłumaczył też księgi nabożne i ustawom kościelnym poświęcone, jako to: *Sposób a porządek słusznego modlenia według nauki starych uczycielów Świętych etc.*, *Koncylium Trydentskiego nowoskończzonego Wyroki y Ustawy etc.*

Tłumaczył też z niemieckiego powieści i romanse, np. *Meluzynę*, powieść w owe czasy najslynniejszą.

Ambroży Grabowski przytacza wskazówkę, że w roku 1575 wyplacono grzywnę i groszy 12 „Martino Syennik pro versione partis libri de aedificiis e Germanico in Polonicum” i in.

Źr. druk. J. Rostański: *Nasza literatura botanicza XVI wieku*. Pamiętn. Akad. Umiejętn. w Krakowie. Wydział matematyczno-przyrodniczy, T. XIV, Kraków, 1888.—Maciejowski: *Piśmiennictwo*. II. 644, III. 201. — Al. Brückner: *Dzieje literatury polskiej w zarysie*. Warszawa, 1903, T. I, str. 152.—Ambr. Grabowski: *Skarbniczka naszej archeologii*. Lipsk, 1854, str. 198.

SIEROTKA *vid.* Basa Wojciech.

Sierpski Feliks, Sieprski

Sierpskim nazwany przez późniejszych autorów, u współczesnych sobie nosi miano *L a z a r i d e s F e l i x d e S i e p r c.* — Podług *Lib. diligent.* wykładał w roku 1563 na wydziale lekarskim, przedtem zaś [r. 1545, 1546, 1548—1561] na wydziale filozoficznym: „Alberti M. Philosophiam; Aristotelis De anima, De coelo et mundo, De generatione et corruptione, Elenchos, Metaphysicam, Meteorologica, Oeconomica, Parva naturalia, Physica, Politica; Caesarii Dialecticam; Horatii Epistolas; Peroti Grammaticam; Terentii Comoedias; Vergilii Aeneida, Georgica. — Hippocratis Aphorismos.

SIGERT TOMASZ

w roku 1766 zaszczycony godnością radcy [*consiliarius*] i lekarza królewskiego:

N. 336. Munus Consiliarii et Medici Regii Nobili Thomae Sigert Medicinae Doctori datur.

[Varsaviae, d. 15 Aprilis, An. Dni. 1766].

„.....Significamus etc. Quia Nos plurimorum testimonio commendatam habentes Nobilis Thomae Sigert Medicinae Doctoris egregiam indolem praesertim vero singularem in facultate medica peritiam iunctamque continuo proficiendi studio experientiam nec non laudabilem in rebus quibuscunque gerendis dexteritatem et alacritatem faciendum esse duximus, ut Eum in numerum Aulae Nostrae Consiliarium et Medicorum adscriberemus et assumeremus uti de facto hisce literis Nostris adscribimus et assumimus dantes et concedentes Eidem plenam facultatem et omnimodam potestatem omnibus iuribus, privilegiis, praerogativis, muniis, immunitatibus et libertatibus, quibus caeteri Aulae Nostrae Consiliarii et Medici gaudent et fruuntur, gaudendi et fruendi. Quod omnibus quorum interest praesertim vero Magnificis Supremis Mareschalcis tum Cancellariis Regni et Magni Ducatus Lithuaniae Caeterisque Generosis Aulae Nostrae Officialibus notum esse volentes mandamus, ut praefatum Nobilem Thomam Sigert pro vero, legitimo Aulae Nostrae Consiliario et Medico habeant, nominent et agnoscant eundemque omnibus iuribus, praerogativis, muniis, immunitatibus gaudere et frui permittant pro Gratia Nostra Regia et Officiorum suorum debito In quorum fidem etc.”

Źr. rękop. Ks. kancler. Lb. 31, pars I, fl. 83. — Sigill Lb. 31, fl. 68.

Simoniusz Szymon

Miał za żonę Magdalenę Krzyżanowską ¹⁾. Umarł w roku 1602.

Monumentum Cracoviae, in templo Sti Francisci ²⁾: Clarissimo atque Nobilissimo viro, D. Petro Simoni Simonido, de antiqua Nobilitate Familia Simoniorum Lucae orto, Philosophiae et Medicinae Doctori. Qui amore studiorum varijs Nationibus peragratis, Italiae, Hispaniae, Galliae,

Germaniae, propter suam singularem, summamque doctrinam, apud plurimos Duces Heroesque clarus extitit: praecipue autem in Aula Sacrae Caesareae Maiestatis Rudolphi II. aliquanto tempore commoratus, ad Serenissimum et Inuictissimum Stephanum Bathorem, olim Regem Poloniae vocatus, primas partes inter Physicos S. R. M. fideliter egit. Post cuius obitum apud S. Caes. Maiest. iterum aliquot annis peractis, in Polonia ultimum diem clausit III. Nonas Aprilis. Anno Dni. M DC. II. Aetatis vero suae 70. Cui amoris coniugalis ergo Nobilis Magdalena Krzyzanowska, Coniunx moestissima, monumentum hoc erigi curavit⁷.

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 131, fl. 121. An. 1585.

Źr. druk. 2) Starowolski: Monument. Sarm. 97.

Sinapius Michał Aloizy

——— Michaelis Aloysii Sinapii Phil. et Med. Doct. Nob. Hung. — Absurda vera sive Paradoxa Medica. — Genevae M. DC. XCII.

P a r s p r i m a.

Dedykacya: Illustrissimo et Excellentissimo Principi D. D. Josepho Carolo Lubomirski... Curiae Regni Mareschalco [str. niel. 2].

Praefatio ad lectorem [str. niel. 6].

Caput primum. § 1. Ignis, aër, aqua, terra non sunt vera sublunarium Elementa. — *Caput II.* § 1. Calidum, frigidum, humidum, siccum non sunt qualitates primae, quarum primarium respectum Medicus in cura morborum debeat habere [quia dependent et producuntur ab aliis qualitatibus; quia qualitates istae se mutuo producunt; quia unum idemque potest et calefacere et refrigerare; quia calor et frigus vi certi suppositi simul stare possunt in uno eodemque subiecto uno eodemque tempore]. § 2. Quod non sint qualitates illae in quibus fundare debent Medici axioma illud aeternae veritatis: contraria contrariis curantur. — *Caput III.* De humoribus et temperamentis. § 1, 2, 3. Hu-

mores Galenicorum, pituita, sanguis, bilis et melancholia, inque istis fundamenta temperamenta: cholericum, sanguineum, melancholicum, phlegmaticum, iuxta propria ipsorum principia sunt partim res fictae et absurdae. § 4. Falsae theoriae de humoribus, falsa sunt superstructa Temperamenta. § 5, 6. Non datur temperamentum hominis tota vita stabile et constans. [Wniosek: Vanitas ergo vanitatum doctrina veterum de temperamentis, cuius pater est astrologus, mater coniectura, nutrix Galenus, et si rem consideres nihil aliud est temperamentum, quam rerum sex nonnaturalium usus et abusus, vitae genus, fortunae accidentia, educatio, conversatio, nihilque individuo essentiali. — *Caput IV.* De facultatibus. — *Caput V.* De spiritibus. — *Caput VI.* De Crisibus. Veterum doctrina de crisis Nugae sunt. — *Caput VII.* De cacochymia et in ea fundata purgatione. — *Caput VIII.* De plethora et venae sectione. Sicut cacochymia cum purgatione, ita plethora cum venae sectione vacillat. § 1. Plethora nec ad vasa, nec ad vires datur. § 2. Venae sectionem Galenici ex propriis ipsorum fundamentis defendere non possunt. *Cap. IX.* An sit contra rationalis et dogmatici Medici honestatem quaerere secreta aliqua in therapia medica, illaque in praxi sua adhibere? *Caput X.* Examinantur nonnullae falsae theoriae Galenicorum v. g. de apoplexia, epilepsia, febribus, catharro, gutta rosacea, erysipelate, vaporibus. Quaestiones subnixae sunt: 1. De cholalosis cum dulcibus mixtis v. g. syrupis. 2. De alkalinis acido saturatis. 3. De acidis eorumque effectu: de causa sedis naturalis. 4. De spirituum ardentium, de vitrioli temperamento. 5. De modo opium solvendi. 6. De mensura receptarum medicarum. 7. De causticis. 8. De oculorum cancri usu. 9. De cornu cervi usu. 10. De emplastris, an admittenda in chirurgia. 11. De tartarorum certa medicina. [Cur Tartari post casum violentem, ubi alias practici venae sectionem et diaphoretica praescribunt, iubent mingere et mingendo sentiunt se relevari? cur iidem in morbis nonnullis lepusculo vivo venam vel arteriam carotidem incidentes calidum sanguini-

nem exsugunt?] 12. De usu acidorum excessivo in Lithuania et de sanitate rusticana. 13. De Polonicae nationis vigoris et roboris causis. [Cur Natio Polonica ex causis physicis aliis nationibus Europaeis vivacior, validior, durabilior?... Si lustraveris... primo loco videbis *aërem*, qui quidem Polonorum robur et vigorem indicat, utpote ad septentrionem vergens, sed cum et Sueci et Mosci et Germani alii qui accedant huic climati septentrio, nec tamen vigore et vivacitate nationem Polonicam exaequant, minimum ad hoc contribuere video ipsum aërem. Alia itaque sunt speciosa et quidem *diaeta* Polonorum considerando quoad *alimmenta*, est in usu copia carnis recentis et quidem volatilium item bubulae assatae, quod in nulla natione alia observabis. Memini me legisse aliquando convivium certum Principis Auriaci in Hollandia typis vulgatum, ubi specificabatur, quod in illo convivio mensae appositae gallinae, anseres, perdices, lepores? quantum de carne vitulina, bubula etc. Certe si convivia Procerum Polonorum typis imprimenda forent, vix sufficerent nobis molae papyraceae. Jam autem esus carniarum recentium sal tam volatile quam fixum in nobis auget, unde vigor et vivacitas. De potu nihil dico, nam praeter vini species exquisitissimas quas ab exteris habent pauperiores vel quibus ita placet copia spiritus anisi, quo indifferenter tota die largius utuntur, spiritus suos fovere norunt. Ulterius si *educationem et vitae genus* Polonorum spectes, hic nihil molle deprehendes. Quod vis stabulum, quaevis casa rustica ipsis pro palatio servire potest, ita enim aulaeis pretiosis et tapetibus (quos secum vehunt) obtegere, norunt subito vilet et pauperes parietes, ut ne vestigium quidem domicillii rustici appareat. Magis etiam ruri degunt in aëre patulo quam in clausis urbibus sordidis. Jam vero aër patulus et non infectus multum contribuit ad vigorem tam mentis quam corporis. Tertia ratio est *venationis equorum* item et equitum frequentia. Quod equitatio robur et vigorem conciliet, tam ab motu, quam spirituum ab animali generoso proficiscentium perceptionem, nemo nisi insensatus negabit. Hinc signum et praerogativa Nobi-

litatis apud exteros ab equis *Cavalleri* dicti. Quarta ratio est *Genius nationis liber*, ad choream et saltum proclivis. Jam autem in Polonia, non tantum in Aulis, sed passim in oppidis et pagis videbis illam frequentiam chorearum (more patrio) et effusam populi cantatis laetitiam, imprimis in partibus Russiae, quam in nulla regione Europae alias. Sexus etiam ipse foemineus, tam in confabulando, quam exhilarando gratiam captando, venustate ac ingenio, Charites et Venerem aemulatur, multumque hoc in parte natio Polona cum Gallis symbolisat. Quinta ratio. Quod lectos et jejunia in Polonia est magna patientia. Et hoc multum confert ad durabilitatem ipsorum exercendam. Durus lectus ossa consolidat. Nulli servorum (prout est alibi moris) lectus datur, cubat quilibet prout potest et vult. Ipsi Domini saepe lecto militari contenti sunt, neque dum mane evigilant, butyrum cum pane desiderant. Sexta et maxima ratio pro vivacitate ac generositate Nobilissimae Nationis Polonae faciens est libertas aurea tam jurium quam conversationis. Quantum enim animi libertas addit, quantum servitus contristat, expertus potest dicere. — Consideres alias nationes vicinas quascunque, vel serviunt aliis nationibus ipsae quondam liberae, vel si non serviunt, oneribus, contributionibus ad libitum absolutum Regum suorum aggravantur. Ubi videbis extra Poloniam titulum eundem dari et Principi et Nobili? ubi videbis cum Principe assidere mensae Nobilem tecto capite? ubi Princeps non est plus quam Nobilis nec Nobilis minus quam Princeps respectu et Nobilis paritate? aenigmata haec profecto videntur illis esse, qui libertatem Reipublicae Polonae vel invident vel male eandem interpretantur].

P a r s e c u n d a.

Dedykacya: Nobilissimo et Clarissimo Domino Dn. Petro Fatio I.U.D. Praetoris Urbani Assessori dignissimo integerrimo etc. [str. niel. 3]. *Tekstu* str. 114. W końcu na sześciu stronach niel. „Epistola apologetica... ad Regem Johannem III”.

Caput I. Quaeritur. An inter Galenicos et Neotericos concordia et conciliatio dari possit. Respons. affirmat.

Caput II. De morbis endemiis in genere et eorum causis

Caput III. De scorbuto, eius causis, signis, diagnosticis, cura. Quaeritur: An omnes morbi et consequenter omnis scorbutus ab acido proveniat? Respons. negativ. Quaeritur: an sacharum ob acidum occultum, quod in sinn suo habet noxium scorbuticis? De succini generatione et origine. De antiscorbutico ex terra Torf. [Hanc terram — Torf — si quis spagyricè anatomisare noverit, habebit inde liquorem antiscorbuticum incomparabilem, reperietque terram Torf non minus ad officinas pharmacopaeorum quam ad furnos et culinam spectare]. Quaeritur: an dentur specifica in morborum curis, aut an actio ita dictorum specificorum a qualitate aliqua communi dependeat? Respons: Dantur specifica. *Caput IV.* De plica polonica, ejus causis, signis et cura. [Względem przyczyn, rozpatruje podawane przez różnych autorów i nie przyznaje im słuszności: przypisują niektórzy przyczynę kołtuna własnościom rzek niektórych, ależ widzimy chorych na kołtun wśród mieszkańców osiadłych w okolicach na 100—150 mil odległych od rzek takich. Twierdzą inni, że kołtun powstaje wprost skutkiem zaniedbania czystości, nieużywania grzebienia, a przecież wiemy, że jeżeli kto w początkach kołtuna zbyt starannie rozczesuje sobie włosy, wpada w cierpienie gorsze, niebezpieczniejsze. Dziedziczności, na którą wskazują nieraz autorowie, w kołtunie niema. Oskarżają inni wadliwą budowę gruczołów skórnych i ich przewodów, ale taką budowę spotykamy u ludzi nie tylko w Polsce. Wreszcie wyluszcza autor zdanie własne: „Meo iudicio. . causa vera et adaequata Plicae Polonicae quaerenda est partim in contagio, partim rerum non naturalium usu ac statu in congruo, adeoque in plurium causarum congerie. De contagio nullum est dubium — twierdzi, w szeregu zaś przyczyn drugorzędnych wymienia: warunki klimatyczne, nadużycia wódki, nadmiar potraw mięsnych, nieodpowiednią wogóle dyetę. — W szeregu leków wymienia *barszcz*, mówiąc o nim: „Inter alia in

Polonia est certum ipsorum medicamentum alimentosum, si-
 ve alimentum medimecantosum vulgo *Barst* dictum, cuius
 virtus in grato quodam et penetrantissimo acido volatili
 consistit. Certe qui hunc cibum docuit Polonos, fuit amicus
 ipsorum, sed non fuit amicus Apothecariorum et Medico-
 rum. Hoc vero edulii medicamentosi genus ex Branca ur-
 sina, vel ex solo pane siligineo fermentato suo modo confi-
 cere norunt, in forma decocti herbacei aquosi]. *Caput V.*
 De febre Hungarica, eius causis, signis et cura. Quaer:
 An opium in febribus malignis conveniat? Respons. negativ.
 Quaer.: An venaesectio in febribus malignis sit licita? Res-
 pons. affirm. Quaer.: Quis nam sit verus adaequatus et ge-
 nuinus venaesectionis finis? Quaer.: An purgantia in febr-
 bus malignis etiam conveniant [respons. affirm.] et quale
 est remedium Purgatio?— Reliqui morbi in Hungaria: Cze-
 mer, Porcellus Cassoviensis, Strumae. *Caput VI.* De reli-
 quis partium Septentrionalium morborum affectibus et curis.
 § 1, 2. Fascinum per oculos contractum. Cura eiusdem
 [Mowa o urokach. Autor zapewnia, iż sam widział na Lit-
 wie takich, którzy posiadali moc szkodzenia ludziom i zwie-
 rzętom, sprowadzając choroby]. § 3. Balneorum in Septentr.
 frequentia et eorum quae ex chirurgia petuntur. [Notan-
 dum mihi hic venit quoad Balnea tam vaporosa quam in cu-
 pa parata, quod nusquam frequentiora quam in regionibus
 illis deprehendi. In uno pago erunt tria, quatuor eiusmodi
 loca communia pro balneis. Balneum ingressi postquam
 largiter sudarunt, cucurbitas sibi apponi faciunt, aut vero
 virgis tergam caedunt usque ad insignem ruborem. Et
 haec balneorum cura plerisque intra duas hebdomadas, ab
 aliis singulis mensibus repetitur. Egressi balneo refocil-
 lant se cervisia frigida cochleatim sumta, cui mica panis
 siliginei cum saccharo et cinamomo erunt intrita. Sicuti
 autem istae nationes pharmaceutica non multum aestimant
 aut adhibent, ita vice versa sunt prodigales plane quod ea
 quae ex fonte chirurgo petuntur, ut venaesectionem, usum
 sanguisugarum quas etiam palato et gingivis intro appli-
 cant, cucurbitulas ventosas, fenticulos, trepanationem....

Venaesectionem adhibent ex levissima causa quacunque tandem si vel caput doleat, vel catarrho laborent, vel oppressionem pectoris sentiant etc.⁷⁾. § 4. Variolarum infantum cura. Populorum Verainensium seu Cosacorum Curae [wódka na wszystko]. Confortativum Generalis Czarniecki [wino grzane z żółtkiem jaja, cukrem i korzeniami]. § 5. Moscovitarum usus herbae Thee [nietylko odwar, ale nadto liście sproszkowane z wódką]. Pastilli phlegmagogi. § 6. Cosacorum modus hauriendi Tabaci fumum [fajki]. § 7. Tartarorum remedia. § 8. Notabilia circa dosin opii, olei pini et catharticatorum apud Septentrionales [niezwykle duże dawki].

Dissertatio de falso titulo, sive de falsa existentia morbi Gallici. Epistola apologetica. In certo negotio concernente Perillustrem ac Reverendissimum Dn. M. A. Hascki Abbatem Olivensem Sacrae Ordin. Cisterciens [cuius mentio sit in Mercurio Gallico seu Novellis menstruis, Anni huius 1696 mense Aprili] exarata ad Serenissimum Regem Poloniarum Johannem III. [Świadectwo o zaletach pigulek, preparowanych ze złota i innych substancji w Wiedniu przez Laskę — *pilulae Laskianae*].

Pars tertia.

Tractatus de vanitate, falsitate et incertitudine aphorismorum Hippocratis. — Dedyk. str. niel. 4. Przedmowy do czytelnika stron niel. 6. Treści stron 195. Przegląd krytyczny 83 aforyzmów Hippokratesowych.

SINGER JOZEF [WYSZOGÓRSKI]

lekarz dworu starostwa wobromskiego. W dziale rękopisów bibl. Jagiellońskiej Kod. 3297 z w. XVIII, w 8-ce, str. 146:

— Recensiones Observationum medicinalium, ex neotericis authoribus et propria praxi decerptarum a Josepho Singer de Visogurski, philosophiae et med. dr., archiatro

aulae capitaneae Volbromensis et Jodloviensis, pars III, continet Recensiones nmro XII.

Źr. druk. Wisłocki: Katalog rękopisów... № 3297.

SIRNIUS

Dr. St. Wosiński [† 1694] w szeregu „Viri Insignes ex Academia Cracoviensi qui prodierunt ante meam aetatem” wymienia *Sirnius*a, lekarza w Sandomierzu oraz *Sirtus*a, lekarza lwowskiego [porów. uwagę przy Wosińskim].

Źr. druk. St. Wosiński... podał Br. Wojciechowski. Pam. Tow. lek. Warsz. T. XCII, R. 1896, zesz. IV.

SIRTUS *vid.* *Sirnius*.

Skiwski Szymon

Kanonik gnieźnieński, pleban w Łaszczyńcu, na skutek przedstawienia arcybiskupa Michała Poniatowskiego i wyboru kapituły instalował się dn. 14 lutego roku 1788 na kanonię doktoralną medycyny z warunkiem, że w przeciągu roku przedstawi dyplom doktora medycyny. Wskutek tego wybrał się do Wilna, tam odbył promocję i dyplom żądany kapitule złożył.

SKOLESZEWSKI JAN

Na wydziale filozoficzno-lekarskim w Bolonji zapisany w roku 1564 „*Johannes Scoleschevius Polonus*”.

Źr. druk. St. Windakiewicz: Informacja o aktach uniwersyteckiego. Archiw. do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. VII.

Skoryna Franciszek

W *Acti del Collegio Medici e Filosofi* ¹⁾ uniwersytetu Padewskiego pod 5.XI.1512 zapisano: „*Gratiae in med. amore Dei*

D. Francisci, quondam Lucae, Scorina de Poloczko, Rutheni. — 9.XI. Examenⁿ.

W *Metryce Koronnej* znajdujemy dwa przywileje [z błędną pisownią nazwiska: w jednym nazwany *Skorznią*, w drugim zaś — *Skornią*] wydane na imię Skoryny:

N. 337. Litterae pro Doctore Francisco Skorznią de Poloczko²).

[Cracoviae, feria secunda festi Stae Catharinae, An. Dn. 1532].

Dr. Skoryna zwolniony od obowiązku płacenia podatków, ma zapewnione bezpieczeństwo co do osoby własnej i majątku, podlega sądowi wyłącznie królewskiemu z pominięciem wszelkiej innej władzy sądowej.

N. 338. Aliae litterae pro eodem Doctore Francisco Skornią³).

[Cracoviae, feria quinta festi praesentationis Stae Mariae, An. Dn. 1532].

Po śmierci Jana Skoryny, mieszczanina wileńskiego, skutkiem pogłoski, że majątek zmarłego dostał się bratu jego, doktorowi Franciszkowi, tenże był „napastowany i niepokojony per nonnulles iudeos et alios creditores”, prosił więc króla o zwolnienie od obowiązku płacenia długów brata, po którym żadnego majątku nie odziedziczył. Król dał żądany przywilej.

W literaturze rosyjskiej mamy kilka prac poświęconych Skorynie. Howajskij i Władimirow mają go za rosyjanina, nazywają „ruskim doktorem medycyny Paduańskiego uniwersytetu”, czemu przeczy Zmiejew, twierdząc że w owe czasy, kiedy żył Skoryna „Połock nie był ruskim, imia wracza nie ruskoje i pośledujuszczaja jego żyzn i diejatielność’ po perewodu i izdanju w Krakowie i Wilnie

świaszczennych книг proszła wnie Rossii kak wnie wraczebnoj diejatelności”.

Źr. druk. 1) St. Windakiewicz: *Materyały do historyi Polaków w Padwie*. Archiwum do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. VII. — 4) P. W. Władimirow: *Dr. Franciszek Skorina, ego perewody, pieczatnyja izdania i jazyk*. 1888. — Zmiejew: *Cztenja po wraczebnoj istorii Rossii*. Peterburg, 1896.

Źr. rękop. 2) *Metr. Reg. Lb. 48, fl. 308.*—3) *Ibid. fl. 310.*

Skwierniewiecki Stanisław

W *Acti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu Padewskiego pod 3.VI.1580. zapisano: „S t a n i s l a u s S k w i e r n o v i u s Polonus fuit severe examinatus in med. et eruditionis suae magnum dedit argumentum”.

Źr. druk. St. Windakiewicz: *Materyały do historyi Polaków w Padwie*. Archiw. do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. VII.

Źr. rękop. Akta Starej Warsz., Lb. 9, fl. 491, An. 1585

SLESZKOWSKI JAN

Świeżawski i Wenda w swoim *Spisie lekarzy polskich* [Medycyna, 1891, T. XIX] wymieniają Sleszkowskiego Jana i piszą o nim: „Sleszkowski Jan, syn Sebastyjana i Agnieszki Demianicówny, przyjął prawo miejskie w Warszawie 1655 (*Album Civium* 517). Akt elekcyi Jana III podpisał 1674 jako rajca i poseł Krakowa”.

Wiadomości te należy sprostować. Owóż w księdze Starej Warszawy, na którą powołują się Śwież. i Wenda, niema wzmianki o tem, iżby Jan Sleszkowski był lekarzem; zapisano tam: „Ingenuus Joannes Sleszkowski, Excellentis Sebastiani Sleszkowski Medicinæ Doctoris Consulis Callisiensis et Agnetis Demianowiczowna Coniugum legitimus filius”. Również w akcie z r. 1662 mamy dowód, iż Jan Sleszkowski, syn Sebastjana a brat doktora Wojciecha,

był kupcem i obywatelem warszawskim, nie zaś lekarzem. [*Akta Starej Warszawy*: Lb. 38, ff. 747 v.]. Matka jego, jak widać z napisu nagrobkowego ojca Sebastjana oraz innych wskazanych tu dokumentów, zwała się Demianowiczówną, nie zaś Demianicówną. Nie mógł wreszcie Jan Sleszkowski podpisać aktu w roku 1674, gdyż w roku 1662 już nie żył, a brat jego, dr. Wojciech, wtedy właśnie był przydany pozostałemu synowi Janowemu — Józefowi jako opiekun.

D. C. N.

CZYNNOŚCI

Towarzystwa Lekarskiego

WARSZAWSKIEGO

PROTOKÓŁY

Rok 1907.

Protokół Posiedzenia klinicznego z dnia 1 października 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 49, gości 2.

- T r e ś ć: 1) BREGMAN Przedstawienie chorego z aneu-
rysmą arteriosovenosum art. femoralis d.
2) JANOWSKI WŁADYSŁAW. Pokaz sphygmoskopu
PAL'a i turgosphygmographu STRAUS'a.
3) KARWACKI. Hodowle krętka bladego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przy-
jęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol.
WIEŁOBYCKIEGO i ELIASBERGA.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłał W. JANOWSKI odbitkę z Deutsches Archiv für klinische Medicin p. t. Über minimale Schwankungen der Dauer menschlicher Pulswellen in normalen und pathologischen Zuständen.

IV. Prezes zawiadamiając o śmierci członka Towarzystwa kol. ś. p. BOLESŁAWA ŻEBROWSKIEGO, scharakteryzował pokrótce nieboszczyka, jako dzielnego pracownika nauki i wniósł uczczenie pamięci jego przez powstanie, co obecni wykonali.

V. Prezes zawiadamia iż, otrzyawszy zbyt późno wiadomość o odbywającym się w dniu dzisiejszym obchodzie jubileuszowym z powodu 50-lecia otwarcia Akademii Medyko-Chirurgicznej, ustnie złożył uczestnikom tej uroczystości życzenia w imieniu Towarzystwa, co obecni przyjęli aplauzem ogólnym, powtarzając go przy złożeniu tychże życzeń w ręce obecnego na posiedzeniu dr. DOBRZYCKIEGO, wychowawca tejże Akademii Medyko-Chirurgicznej.

VI. Prezes zawiadomił, iż podanie o przyjęcie w poczet członków towarzystwa złożył TOKARSKI KAROL.

BREGMAN demonstruje przypadek Aneurysma arteriosovenosum A. femoralis. Chory, lat 17, przed 2 laty został przypadkowo postrzelony w prawe udo z fuzyi. Był kilka tygodni ciężko chory, noga spuchła, potem poprawił się. Od 1/2 roku bóle w udzie zwłaszcza przy chodzeniu. Badanie przedmiotowe wykazało: prawa okolica pod pachwinową więcej wypełniona, na powierzchni skóry liczne żyły. Tętno A. femoralis wyczuwa się normalnie, a na wewnątrz w miejscu V. femoralis b. wyraźnie frémissement vibratoire. Przy osłuchiwaniu w tem miejscu chuchający, głośny, nieustanny szmer, nasilający się przy każdej systole. Szmer ten słyhać i nieco wyżej ponad linią pachwinową. Cała kończyna nieco zgrubiała (w udzie o 2 cm.), N. cruralis niebolesny, szum kolanowy prawy słabszy, pozatem zaburzeń—czuciowych, ruchowych—brak. Bóle obecnie (po galwanizacji) mniejsze, genu valvum, które przedtem było, znikło. B. na zasadzie frémissement i szmeru, oddzielnego tętna A. femoralis, rozszerzenia żył na powierzchni i zgrubienia kończyny oraz rozprzestrzenienia się szmeru w kierunku proksymalnym rozpoznaje Aneurysma arteriosovenosum. Czy jest to varix aneurysmaticus, t. j. bezpośrednie połączenie tętnicy z żyłą i rozszerzenie workowate tej ostatniej, czy t. z. aneurisma varicosum, czyli aneurisma spurium łączące się zarówno z tętnicą jak z żyłą, rozstrzygnąć nie możemy. Rozprzestrzenianie się szmeru w kierunku dośrodkowym w centralnym odcinku żyły zostało potwierdzone doświadczalnie w sztucznie utworzonych aneurysmatach tętniczych.

[Autoreferat].

WŁ. JANOWSKI pokazuje i objaśnia użycie: Sphygmoscopu PAL'a. Przyrząd ten określa ciśnienie krwi na zasadzie metody oscylacyjnej. Ciśnienie systoliczne określa się tym przyrządem według chwili, w której drobne wahania zabarwionej na czerwono nafty stają się żywszemi; dyastoliczne zaś—podług chwili, w której bardzo żywe wahania rzezonego słupa nafty stają się drobniejszemi. Przyrząd ten pozwala, stosownie do odnośnego ustawienia kranu, badać ciśnienie w tętnicy ramieniowej przy nałożeniu na ramię mankietu Riva Rocci, oraz palcowej przy nałożeniu na palec pierścienia Gärtnera. JANOWSKI uważa badanie tym przyrządem za uciążliwe i nie usuwające pewnych wątpliwości.

2) Turgosphymograph'u STRAUSS'a. Jest to przyrząd, pozwalający na automatyczne zapisywanie na bębnie kimografionu jednocześnie pochyłej ciśnienia krwi oraz krzywej tętna. Działa on na zasadzie metod obliteracyjnych określania ciśnienia krwi. Od miejsc krzywej tętna, odpowiadających ciśnieniu systolicznemu oraz dyastolicznemu, prowadzi się prostopadłą do linii poziomej, oznaczającej O ciśnienia krwi. Upřednio określa się rzędną, jaką pisana jest pochyła ciśnienia krwi. Odmierzając linijką wysokość prostopadłych od chwili ich przecięcia z pochyłą ciśnienia krwi aż do linii zera w punktach, odpowiadających ciśnieniu krwi systolicznemu i dyastolicznemu, oraz obliczając stosunek wysokości tych linii do wysokości rzędnej, oznacza się ciśnienie krwi systoliczne i dyastoliczne z całą ścisłością, bez pośpiechu oraz z daniem możności każdej postronnej osobie skontrolowania, czy i o ile dokonane określenie ciśnienia krwi jest ścisłe. Pozatem krzywą pulsu można na tym samym papierku, puszczonej w szybkim biegu kimografu, poddać różnym obliczeniom, dla ewentualnego narysowania absolutnej sfigmogramy, wyliczenia szybkości tętna i t. d. Przy tej okazji, nawiązując rzecz do dyskusji na ostatniem posiedzeniu, JANOWSKI pokazuje szereg krzywych tętna, przez siebie pomierzonych co do trwania w nich czasu wstępowania tętna oraz czasu jego opadania, przyczem wykazuje, że robota ta jest bardzo łatwa i nie pozostawiająca żadnej wątpliwości co do wykonania w szczegółach.

Kol. KARWACKI pokazał preparaty tkankowe przymiotu dziedzicznego, kilkana wątroby i wątrobę królika z cytoryktesami, oraz dwa preparaty pierwotniaków przymiotu z podłoża stałego i z podłoża płynnego, nadto hodowlę świdrowca bladego na pożywce płynnej. Pomimo otrzymania hodowli, prelegent nie jest jeszcze w stanie podać cyklu rozwojowego i powiązać w jeden łańcuch wszystkich postaci, spostrzeganych zarówno w tkan-

kach, jak i w hodowlach. Badania doświadczalne były dokonywane przez prelegenta na królikach z wynikiem różnym, zależnie od techniki szczepień. Hodowle zabite prelegent szczepił sobie i jednemu choremu (tabes) dla wypróbowania objawów ubocznych, szczepionka objawów miejscowych nie wywołuje.

RZĘTKOWSKI oświadcza, że wobec niesłuchanej doniosłości praktycznej i teoretycznej, zapowiedź kol. KARWACKIEGO przedstawienia hodowli krętka bladego wysoce zainteresowała wszystkich. Atoli Rz. po wysłuchaniu przemówienia KAR. doznał bardzo przykrego rozczarowania. KARWACKI nie dostarczył ani jednego dowodu na to, aby to, co przedstawia było istotnie hodowlą krętka bladego. Ze krwi dziecka syfilitycznego, zmarłego niewiadomo na co K. wyhodował niewiadomo na czym coś, co jak sam mówi jest „całym ogródkiem“. To coś KARW. zaszczerpił królikowi, który zachorował i zdechł też niewiadomo na co, ponieważ K. w swem przemówieniu zgoła nie dowiódł, aby to coś było istotnie króliczym syfilisem. Mógł był KAR. zaszczerpić swą hodowlę małpom, mógł był wreszcie stwierdzić u królików obecność jadu syfilitycznego metodą wiązania komplementu. Tego nie wolno było zaniedbać kol. K. wobec sprawy tak wielkiej wagi, jaką jest sprawa otrzymania hodowli pasożyta kily. K. owo coś co uważa za hodowlę krętka bladego, zastrzykiwał człowiekowi... Szkoda, że kolega K. u tego chorego nie badał zachowania się opsonin. Wogóle praca KARWACKIEGO jest artykułem literackim, który niestety stwierdza, że K. padł ofiarą własnego złudzenia; zebrani zaś padają ofiarą złudzenia kol. KARWACKIEGO.

[Autoreferat].

Wł. ŻENCZYKOWSKI sądzi, że można mówić o swoistości przedstawionej przez kol. KARWACKIEGO hodowli tylko w takim razie, gdy będą przerobione na małpach—antropoidach odpowiednie doświadczenia, polegające na szczepieniu przedstawionej hodowli i wywołaniu w ten sposób u małp typowych objawów luesu pod postacią wrzodu pierwotnego, swoistej wysypki etc. Stosowanie zaś u ludzi szczepionek z hodowli w sposób wskazany niepotwierdzonej i bez uprzedniego wypróbowania ich działania na małpach infekowanych uważa w wysokim stopniu za niebezpieczne i niewłaściwe.

Kol. TRZCIŃSKI z naciskiem zaznacza że doświadczenia z królikami nie rzucają żadnego światła na kwestyę. Króliki szczepione przez kol. KARWACKIEGO oczywiście ulegały jakiejś ciężkiej infekcyi, ale infekcyja ta klinicznie bynajmniej nie jest podobna

do syfilisu. Ani czas wylęgania ani kliniczne objawy nie wykazują żadnej analogii do przejawów przymiotu—takiego przymiotu patologia nie zna.

[Autoreferat].

OTTO zaznacza, że widział wraz z MALINOWSKIM króliki, którym KARWACKI szczepił lues. U jednego z nich na miejscu szczepienia rozwinęła się nekroza, nie przedstawiająca nic charakterystycznego dla syfilisu, u drugiego zaś na brzuchu dokoła miejsca szczepienia (strup) wytworzyły się pęcherzyki, przypominające pemphigus. Jeżeli zmiany otrzymane u królika po zastrzyknięciu kultury krętka bladego nie dały zmian, spotykanych u ludzi, to nie dowód, że u królika nie jest lues. Być może, że króliki inaczej reagują na dany zarazek, niż ludzie, albo też ilość zastrzykniętego zarazka okazała się za dużą, aby wywołać stwardnienie na miejscu szczepienia i w rezultacie otrzymano ograniczoną nekrozę. Zato w organach wewnętrznych królika na preparatach srebrzonych znajdujemy też same formy ewolucyjne krętka bladego, które obserwować się dadzą na preparatach z odżywek. Jeżeli te formy krętka bladego porównamy z formami rozwoju np. krętka pospolitego (*treponema refringens*), który jest dobrze zbadany, to zauważymy kompletną analogję pomiędzy nimi. Z tego wynika, że opisywane przez KARWACKIEGO formy krętka bladego jako formy ewolucyjne, zdaniem mówcy, za takowe przyjmowane być mogą. Dalsze jednak badania nad krętkiem bladym ostatecznie zdecydują o jego formach ewolucyjnych.

DĘBIŃSKI widział wprawdzie na preparatach przedstawionych przez kol. KARWACKIEGO jakby cienie krętków, lecz cały obraz jest bardzo niewyraźny z powodu wielkiej ilości osadu z barwnika.

Co się tyczy zmian, które wywołał kol. KARWACKI przez wstrzyknięcie swych hodowli w skórę królika, to nie przedstawiają one nic charakterystycznego dla luesu są to prawdopodobnie objawy zgorzeli, które można wywołać przez wstrzyknięcie hodowli rozmaitych drobnoustrojów lub też takich substancji, jak eter, kwasy i t. d.

Szkoda, że kol. KARWACKI nie wstrzykiwał hodowli w rogowkę królika, może tym sposobem otrzymał by zmiany bardziej charakterystyczne.

[Autoreferat].

Kol. RZĘTKOWSKIEMU prelegent odpowiada, że hodowla pochodzi z przypadku lues congenita. Jako materyał do posiewu

posłużyła nam krew z serca. Wielopostaciowość form na preparatach jest zrozumiałą, wobec tego, że pasożyt jest pierwotniakiem.

Inne zarzuty RZĘTKOWSKIEGO, jako gołosłowne i wypowiedziane w tonie dla dyskusji przedmiotowej niewłaściwym, prelegent pozostawił bez odpowiedzi. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*.

Pomocnik Sekretarza *Ant. Majewski*.

Protokół z posiedzenia klinicznego z dnia 15 Października 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 44, gości 2.

- T r e ś ć :
- 1) Sprawozdanie Komitetu Konkursowego im. HELBICHA.
 - 2) DĘBIŃSKI: Pokaz chorego z odczynem odczynnym CALMETTE'a.
 - 3) HEIMAN TEODOR; Rozpoznawanie ropni mózgu pochodzenia usznego.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kol. WRĘTOWSKIEGO.

III. Prezes zawiadomił, iż podanie o przyjęcie w poczet członków Towarzystwa złożyli koledzy FELIKS MAJEWSKI i WITOLD ETTINGER.

IV. Wiceprezes odczytał sprawozdanie Komitetu Konkursowego imienia HELBICHA z roku bieżącego.

V. SOKOŁOWSKI, dziękując Towarzystwu za przyznanie pracy jego nagrody, jednocześnie zawiadamia, iż sumę rublistu, które nagrodę ową stanowią, ofiarowuje bibliotece Towarzystwa na zakup książek najnowszych do uznania bibliotekarza.

VI. Prezes podnosząc ten czyn obywatelski SOKOŁOWSKIEGO w imieniu Towarzystwa składa mu podziękowanie.

DĘBIŃSKI pokazuje chorego, któremu przed kilkunastu godzinami do łącznie oka lewego wkropiono w celach dyagnosycznych jedną kroplę 1% tuberkuliny. Odczyn CALMETTE'a wystąpił już w 4 godziny. U przedstawionego chorego konstatujemy na łącznie powieki dolnej lewej charakterystyczny nalot ropnowłóknikowy na bardzo mocno zaczerwienionej spojówce.

SOKOŁOWSKI, z którego oddziału sprowadzono demonstrowanego chorego, objaśnia, iż próby z tuberkuliną wyrobu GESNERA dawały dotąd wynik ujemny. Sprowadził więc od CALMETTE'a tuberkulinę, która w odpowiednim rozcieńczeniu dała bardzo szybko charakterystyczny odczyn.

Tuberkulina CALMETTE'a przedstawia proszek suchy, do którego dolewa się 10 kropeł wody sterylizowanej i jedną kroplę takiego roztworu używa się dla otrzymania odczynu.

Dr. TEODOR HEIMAN odczytał rzecz p. t. „Rozpoznawanie ropni mózgu pochodzenia usznego“.

Pomimo postępów na polu dyagnostyki i terapii omawianej choroby zdarzają się jednak dotychczas częste błędy rozpoznawcze tego ciężkiego cierpienia. Przyczyną tych błędów jest wielkie podobieństwo objawów chorobowych ropni mózgowych pochodzenia usznego do wielu chorób mózgowych a nawet cierpień tylko czynnościowych mózgu. Zdaniem jednak prelegenta w $\frac{3}{4}$ przypadków można postawić rozpoznanie pewne a nawet określić umiejscowienie sprawy, jeżeli uwzględniać takie czynniki jak: uprzednią chorobę uszną, płeć chorego, wiek, istniejące objawy mózgowie i czas trwania choroby. Prelegent podaje cechy charakterystyczne przebiegu omawianej choroby, podnosi jej napadowość, opisuje objawy ogólne i miejscowe (tych ostatnich może brakować lub mogą one występować późno); wreszcie drobniawo omawia dyagnostykę różniczkową między ropniem

mózgowym pochodzenia usznego i sprawą ropną w błędniku, ropniem przedoponowym, zapaleniem ograniczonym mózgu, rozlanym zapaleniem opon mózgowych, zapaleniem opon surowiczym, zapaleniem opon gruczłowym, zakrzepem zatok mózgowych, napadem apoplektycznym (w końcowym okresie ropni mózgowych pochodzenia usznego może bowiem zachodzić i to podobieństwo), nowotworem—wreszcie histeryą i neurastenją oraz śpiaczką cukromoczną.

ODERFELD zapytuje czy w przypadku długotrwałej gorączki, którą prelegent przyjmuje za malarję krew chorego była badana na obecność plasmodyi.

Prelegent odpowiada twierdząco.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*

Pomocnik Sekretarza *Ant. Majewski*.

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 29 Października 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 39, gości 2.

T r e ś ć: LANDAU HENRYK. Zmiany anatomiczne w nadnerczach w arterii osklerozy.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

III. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol. WOLFHEIMA MAKSYM. z Neuheimu i kol. HOLUBA.

IV. Prezes zawiadomił, iż podanie o przyjęcie w poczet członków czynnych Towarzystwa złożyli koledzy: KSAWERY WIATRZEWSKI, LEON WERNIC, WAJNERT BRONISŁAW, ROMAN KOSSOWSKI, EDMUND KURELLA, MIECZYSLAW BEŁŻYŃSKI, ZYGMUNT KORONKIEWICZ, JAN KIELKIEWICZ, PIOTR HINCZ, WŁADYSŁAW BACCIARELLI i EUGENJUSZ LEWENSTERN.

LANDAU HENRYK odczytał rzecz p. t. Zmiany anatomiczne w nadnerczach w arteriosklerozie. Na zasadzie przeprowadzonych badań autor przyszedł do wniosku przeciwnego niż Josué, znalazł bowiem, iż w omawianym cierpieniu mamy do czynienia nie ze wzmózoną pracą nadnerczy, lecz z ich zanikaniem, a więc i zmniejszoną funkcją.

Rzętkowski oświadcza, że sprawa stosunku adrenaliny do ateromatozy była niejednokrotnie poruszana w naszym Towarzystwie. W kilka miesięcy po odkryciu Josué'go pierwszy z badaczy polskich i wogóle jeden z pierwszych poruszył ją Rz., który też w roku zeszłym przedstawił interesujące wyniki prac współpracownika swego ORGELBRANDA nad wywoływaniem ateromatozy przy pomocy dożylnych zastrzykiwań królikom roztworu chlorku baru. Wogóle polscy badacze zainteresowali się mocno odkryciem Josué'go, że wspomnieć tu należy np. o ORŁOWSKIM, który podobne wyniki otrzymał u królików pod wpływem, digalenu, strofantyny i t. d. To też pogląd, że adrenalina działa tu w sposób swoiście toksyczny upadł. Sam Josué przypuszczał, że ogniwiem pośrednim pomiędzy adrenaliną a ateromatozą doświadczałną jest wzmaganie się ciśnienia. R. stanął też na tym punkcie widzenia, opierając się na danych swoich badań, które u jego zwierząt stwierdzały zawsze znaczny przerost lewego serca, a także na dowiedzionym przez wielu badaczy, a między innymi i przez PRUSZYŃSKIEGO działaniu adrenaliny silnie wzmagającym ciśnienie. Mamy zatem tutaj szereg następujący: a d r e n a l i n a - w z m a g a n i e s i ę c i ś n i e n i a a t e r o m a t o z a doświadczalna. Jeżeli w szeregu tym zamiast wyrazu pierwszego: adrenalina postawimy inny jakiś środek, czy to będzie digalen, strofantyna, czy też chlorek baru, wzmagający ciśnienie, zawsze rezultatem tego będzie ateromatoza doświadczalna. Chodzi tu zwłaszcza o szybkie wzmaganie ciśnienia wysoko, co stanowi s u i g e n e r i s traumę, uraz dla układu tętniczego.

Zachodzi teraz pytanie, czy ateromatoza doświadczalna jest istotnie ateromatozą? Na to pytanie wielu autorów odpowiada negatywnie; Rz. był też mniemania, że ateromatoza ta jest czym innym, niż ludzka. Dalsze jednak badanie zarówno ateromatozy doświadczalnej jak i ludzkiej przekonały Rz., że procesy te są bardzo do siebie podobne, że ateromatoza doświadczalna jest ateromatożą rzeczywistą królika, czemś zupełnie analogicznym do ludzkiej. Ze wszystkich procesów, jakie udało się doświadczać nie wywołać u zwierząt, ateromatoza jest najbardziej podobna do ludzkiej i różnice, jakie tu zachodzą, mogą być spowodowane różnicami w rozwoju sprawy, w jej trwaniu, oraz różnicą pomiędzy ustrojem królika i człowieka wogóle.

Prelegent w sprawie etyologii arteriosklerozy staje na gruncie hipotezy toksycznej wymieniając pomiędzy czynnikami, powodującymi powstawanie zatrucia z jednej strony takie jak alkohol, przymiot, praca mięśniowa nadmierna, z drugiej zaś—wzruszenia umysłowe i duchowe... Atoli prelegent nie wyjaśnia zgoła w jaki sposób te toksyny, czy trucizwy działają. Czy powodują one zmiany miejscowe elementów komórkowych np. w rodzaju wielogniskowej nekrozy, nacieczenia i t. p. jak to widzimy np. w innych narządach pod wpływem trucizn? Czy też może działają w jaki inny sposób? Na to kol. LANDAU nie daje żadnej odpowiedzi. Przypisywanie powstawania ateromatozy wyłącznie działaniu trucizn jest zdaniem Rz. zbyt wązkiem. Dominującym czynnikiem w powstawaniu ateromatozy jest według Rz. w z m a g a n i e się ciśnienia stałe lub często zdarzające się to niezależnie od tego co to ciśnienie wzmagają, wpływy toksyczne, które uznaje kol. LANDAU, czy też wpływy natury psychicznej, stany wzruszeniowe, których do stanów autointoksykacji sprowadzać przecież niepodobna. Że istotnie lokalne wzmaganie się ciśnienia może powodować miejscowe zwyrodnienie miażdżycowe, to na to wskazują choćby dwa przytoczne przez Rz. przypadki stenozы mitralnej antopsyjne. W jednym z nich zwyrodnieniu miażdżycowemu uległ cały lewy przedsionek, w drugim, Rz. znalazł rozległe zmiany ateromatyczne w tętnicy płucnej. W obu przeto ateromatoza mieściła się tam, gdzie istniało wzmożone ciśnienie, nigdzie indziej ateromatycznych ognisk nie było. Oba przypadki dotyczą kobiet stosunkowo młodych.

W sprawie stosunku nadnerczy do arteriosklerozy, na którą to sprawę sumienne badania kol. LANDAU rzucają jasne światło, to już a priori można było przewidywać, że arterioskleroza nie będzie wynikiem nadczynności nadnerczy, lecz że zmiany w nadnerczach będą natury zanikowej. Arterioskleroza jest chorobą wieku schyłkowego, gdzie wszystkie narządy ulegają raczej zanikowi; czyżby jedynie nadnercza stanowiły wyjątek z tego?

[Autoreferat].

STARKIEWICZ jest zdania, iż teorię intoksykacyjną arteriosklerozy i teorię wzmożonego ciśnienia raczej godzić ze sobą należy, niż je sobie przeciwstawiać. Dla większości jadów, mających stanowić etyologię arteriosklerozy, stwierdzono oddawna ich działanie zwężające naczynia, przede wszystkim dla zatrucia ołowianego i nikotynowego. Wobec tego dążenie do poszukiwania w większości przypadków arteriosklerozy wpływów intoksykacyjnych wydaje się całkiem uzasadnionem. Nowsze badania, podej-

mowane w tym kierunku, nadają realne kształty dawnemu, raczej intuicyjnemu pojęciu francuzkich autorów o „adulteracyi“ jako o wstępnym okresie arteryosklerozy. W tej właśnie myśli jeszcze HUCHARD proponował rozróżnianie trzech okresów w rozwoju arteryosklerozy: okres adulteracyi okres wzmożonego ciśnienia tętniczego, wreszcie właściwe stwardnienie tętnic.

Nie przeszkadza to, iż teoria intoksykacyjna nie obejmie nigdy wszystkich przypadków arteryosklerozy. Nie zamieszczają się takie np. przypadki, jak stwardnienie tętnic jednej kończyny górnej po długotrwałej neuralgii spłotu barkowego [HUCHARD], jak przypadek, przytoczony przez RZĘTKOWSKIEGO, jak niezawodnie liczne inne przypadki, w których wzmożone ciśnienie, powodowane było przez wpływy czysto nerwowe, czy inne, dotąd bliżej niewyjaśnione.

STARKIEWICZOWI RZĘTKOWSKI odpowiada, że został przezeń źle zrozumiany, Rz. właśnie stara się pogodzić teorię intoksykacyjną ateromatozy z teorią o ateromatozie jako o skutku wzmagającego się wielokrotnie lub wzmożonego stale ciśnienia tętniczego. Rz. zgoła nie wyklucza wpływów trucizn i zakażeń.

LANDAUOWI Rz. odpowiada, że nie przypisuje sobie wcale zasługi poruszenia jako pierwszy sprawy omówionej dziś i opracowanej przez prelegenta. Przeciwnie Rz. zaznacza, że kol. LANDAU pierwszy i jedyny dotychczas opracował w sposób niebudzący wątpliwości kwestyę stosunku ateromatozy do nadnerczy i temsamem obalił przekonanie JOSHÉGO, jakoby ateromatoza była skutkiem hyperfunkcyi nadnerczy. Z tego powodu, zdaniem Rz. praca kol. LANDAU zasługuje na zupełne zaufanie i jaknajszersze rozpowszechnienie.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Pomocnik Sekretarza *Ant. Majewski.*

Protokół z posiedzenia klinicznego z dnia 5 Listopada 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 64, gości 3.

T r e ś ć: 1) KOPCZYŃSKI STANISŁAW. Pokaz anatomicznego preparatu guza mostu Warola.
2) DĘBIŃSKI B. W sprawie odczynu ocznego CALMETTE'a u gruźliczych.
3) JANOWSKI WŁ. Pokaz na epidiaskopie krzywych skurczu lewego przedsionka serca zdjętych w przelyku.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes odczytał zawiadomienie Komitetu opieki funduszu stypendyjalnego im. d-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO o przyznaniu 6 stypendyów studentom V kursu medycyny.

III. Prezes odczytał odezwę Komitetu przeciwocholerycznego proszącego o mianowanie z ramienia Towarzystwa do czynności jego jednego członka. Prezes proponuje na stanowisko to kol. JERZEGO BRUNNERA, na co obecni wyrażają swą zgodę.

IV. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości, kol. SZKRYPO, kol. JAKIMOWICZA oraz kol. GRYGLEWICZA.

V. Prezes zawiadomił obecnych, iż podanie o przyjęcie w poczet członków czynnych Towarzystwa złożyli następujący koledzy: BIESIEKIERSKI WŁADYSŁAW, GĘBARSKI STANISŁAW, BELKOWSKI JAN, WERTHEIM ALEKSANDER, JANCZEWSKI WŁADYSŁAW, STERLING WACŁAW, DROZDOWICZ GRZEGORZ, WOJCIECHOWSKI JAN i SERKOWSKI STANISŁAW.

KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił preparat guza mostu Warola.

Preparat pochodził z przypadku, przedstawionego na jednym z poprzednich posiedzeń. U chorego za życia stwierdzono porażenie obu nerwów twarzowych, odwodzących, trójdzielnych, porażenie dróg czuciowych przy zachowaniu dróg ruchowych (patrz wyżej). Rozpoznano wówczas guz górnego piętra mostu Warola. Sekcja [kol. DMOCHOWSKI] najzupełniej potwierdziła rozpoznanie. Guz, który, jak to wykazało badanie drobno-

widzowe, przedstawiał nie ograniczony otorbiony guzik (t u b e r c u l u m s o l i t a r e), lecz rozlane nacieczenia gruźlicze, wysyłające wypustki we wszystkich kierunkach, zserowaciale w środku, w okolicy jąder nerwów VII i VI, zajmował istotnie przeważnie górne piętro mostu Warola, w jego części środkowo tylnej, zachodząc nawet w kierunku rdzenia przedłużonego.

Godnym jest uwagi, iż tak znaczny guz nie dawał za życia żadnych objawów ogólnomózgowych, (nudności, wymiotów i brodawki zastoinowej). Mówca powołując się na przedstawiony przez niego przed 2 laty preparat znacznego tuberculum solitare mostu Warola, pochodzący od chorej, która również za życia objawów ogólnomózgowych nie przedstawiała.

[Autoreferat].

DĘBIŃSKI wypowiedział rzecz pod tyt. W sprawie odczynu ocznego CALMETTE'a u gruźliczych.

CALMETTE spostrzegł, że zapuszczenie gruźliczym do oka kropli tuberkuliny wywołuje zapalenie łącznicy, które po kilku dniach przechodzi bez ujemnych następstw dla chorego. Odczyn ten nie występuje u niegruźliczych, DUFOUR, BRUSLE, COMBY, LETULLE, OLMER, FERRAND, LEMAIRE, MAUTOUX, RZĘTKOWSKI w części lub w całości potwierdzili to spostrzeżenie. W sprawie tej na mocy badań dokonanych na oddziale d-ra A. SOKOŁOWSKIEGO w szpitalu Ś-go Ducha, D. doszedł do następujących wyników. U 8 chorych z gruźlicą rozpadową (laseczniki w płwocinie) odczyn oczny był typowy wszędzie; z 5 chorych ze zgęszczeniem szczytów (bez laseczników w płwocinie), gdzie klinicznie dyagnoza nie ulegała żadnej wątpliwości u 3 chorych odczyn wystąpił, u 2 zaś tej reakcyi nie było; wreszcie z 6 chorych, gdzie klinicznie nie wykryto żadnych zmian gruźliczych, u 3 chorych odczynu ocnego nie było, u 3 jednak pozostałych wystąpił odczyn oczny bardzo silny i charakterystyczny. U jednego z tych chorych zapalenie łącznicy trwało przeszło 3 tygodnie. Kwestyę swoistości odczynu CALMETTE'a będzie można rozstrzygnąć tylko na mocy takich przypadków, w których rozpoznanie kliniczne potwierdzone będzie badaniem sekcyjnym.

[Autoreferat].

WILCZYŃSKI zaznacza, że na oddziale DUNINA zajmuje się odczynem CALMETTE'a i że stosował go u 50 osobników, których dzieli na trzy grupy. Do pierwszej grupy zalicza 19 tuberkulików, u których znajdował laseczniki gruźlicze w płwocinie. Z wyjątkiem jednego wszyscy dawali wyraźny odczyn CALMETTE'a. Wśród nich znajdowało się kilku z bardzo daleko posuniętą gruźlicą rozpadową.

Z 20 osobników, stanowiących drugą grupę, a u których nie podejrzano w kierunku gruźlicy wykryć się nie udało, odczyn wystąpił tylko u dwóch. Byli to ludzie młodzi, jeden dotknięty *insufficiencia mitralis et aortae*, drugi cierpiał na *Polyarthriti gonorrhoeica*. Do 3-ej grupy zalicza 11 osobników, u których obiektywnie nie można było stwierdzić gruźlicy, którzy jednak budzili bardzo silne podejrzenie w tym kierunku. Z tej grupy tylko 4 dało odczyn CALMETTA. Na zasadzie powyższych danych WILCZYŃSKI uważa, że odczyn CALMETTA jest swoistym dla gruźlicy, zawodzi jednak dość często, gdy mamy do czynienia z wczesnym okresem tego cierpienia.

[Autoreferat].

SOKOŁOWSKI AL. uważa odczyn CALMETTE'a za b. cenny środek dyagnostyczny, choć nie zawsze pewny, gdyż wielka różnorodność gruźlicy warunkuje możliwość wyników ujemnych. W przypadkach wątpliwych odczyn CALMETTE'a posiadał by wielką doniosłość, gdyby nie fakt występowania go nieraz u osobników, żadnych podejrzeń nawet na gruźlicę nie budzących. Druga strona ujemna tej próby jest gwałtowna reakcja oczna, która czasami u szczepionych osobników występuje. Sokołowski dlatego nawołuje do oględnego stosowania tej próby.

WŁ. ŻENCZYKOWSKI w dyskusji zaznacza, że również stosował próbę CALMETTE'a u 6 chorych z wybitnie rozwiniętą gruźlicą rozpadową i otrzymał u 2 tylko chorych reakcję i następnie zwraca uwagę na niestałość omawianej próby, która podług autorów francuzkich u jednych i tychsamych chorych raz występuje, drugi raz nie.

[Autoreferat].

Prezes pokrótce opisuje zmiany chorobowe w oku chorego, który na oddziale d-ra SOKOŁOWSKIEGO po szczepieniu CALMETTE'a uległ ciężkiej postaci zapalenia łącznicy. Zmiany te mówca upodabnia do tych, jakie się widuje przy przerzutowych sprawach rzeżączkowych.

Kol. WŁ. JANOWSKI pokazuje 14 krzywych, zdjętych z lewego przedsionka serca przez przełyk. Na każdej z tych krzywych znajduje się zdjęta równocześnie krzywa wierzchołka serca lub też tony serca notowane metodą MARTIUSA. Prelegent objaśnia szczegółowo znaczenie każdej części składowej krzywych przedsionka serca, zdjętych od kilku osobników zdrowych i od jednego

ze zwężeniem lewego ujścia żylnego. Objaśnienia te podaje raz według MINKOWSKIEGO, drugi zaś według RAUTENBERGA. Przez szczegółowe zestawienie trwania pojedynczych części składowych krzywej przedsionkowej z odległością między tonami serca lub z krzywą wierzchołka serca JANOWSKI wykazuje zarówno w tłomaczeniu RAUTENBERGA, jak i MINKOWSKIEGO pewne sprzeczności, co do trwania poszczególnych faz serca podług tych tłomaczeń. Sprzeczności te są przy przyjęciu objaśnienia MINKOWSKIEGO znacznie mniejsze. Przy obecnym sposobie zdejmowania krzywych przedsionkowych za pomocą sfigmografiografu JAQUET'a, nie pozwalającego na jednoczesne zdjęcie krzywej wierzchołka serca i tonów obok krzywej przedsionkowej, wytłomaczenie zachodzących przy obliczaniu sprzeczności nie wydaje się J. możliwym. Jak bowiem na szeregu poszczególnych uderzeń serca pokazuje, trwanie pojedynczych okresów jego działalności przy wzajemnem ich porównywaniu ze sobą wskazuje różnice o kilka setnych sekundy. Takie same różnice wykazuje porównanie ze sobą szeregu okresów skurczowych serca, o których z łatwością sądzić można przez mierzenie odległości od pierwszego do drugiego tonu, znaczonego na papierze jednocześnie ze zdejmowaniem krzywej przedsionkowej. Ponieważ przy wymierzaniu poszczególnych części tej ostatniej trwanie okresu skurczowego serca zostaje na nią przeniesione nie z tej samej fazy serca, lecz z jednej z następnych, i to samo ma miejsce przy odmierzaniu krzywej kardiograficznej, powstają przeto przy tem błędy o kilka do 10 setnych sekundy, utrudniające rozstrzyganie wątpliwości, nasuwających się przy mierzeniu poszczególnych części składowych krzywej przedsionkowej. J. sądzi, że przez założenie na turgosfigmograf STRAUSSA 2-ch dodatkowych pęcherzyków MAREY'a, które umożliwi mu jednoczesne porównanie krzywej przedsionkowej zarówno z tonami serca, jak i z krzywą kardiograficzną, podczas trwania jednej i tej samej fazy serca, dopomoże mu do rozwiązania części nasuwających się wątpliwości.

PÄWIŃSKI przemawia w dyskusji nad demonstracją kol. JANOWSKIEGO.

Zaczątkiem obecnych badań klinicznych nad ruchami przedsionków od strony przelyku były doświadczenia MARTIUSA, w r. 1888-ym, nad wpływem zmian objętości serca na słup powietrza w przelyku.

Na kilka lat jednak wcześniej (w roku 1883) fizyolodzy KRONECKER i MELTZER w pracy swej nad mechanizmem połykania zauważyli, że wprowadzając sondę do przelyku otrzymuje

się krzywe, odzwierciadlające ruchy serca różnej postaci, stosownie do głębokości, do jakiej sonda została wprowadzona.

Co się tyczy kardiogramów, otrzymanych z przelyku sposobem MINKOWSKIEGO i RAUTENBERGA, to P. robi następujące zastrzeżenia:

1) Przedewszystkiem wnioski z nich wyciągnięte mogą być ściśle dopiero wówczas, skoro jednocześnie na kardiogramach będą dokładnie oznaczone tony serca—nie za pomocą metody MARTIUSA którą się i kol. JANOWSKI posługuje lecz za pośrednictwem automatycznego znakowania tonów serca, bądź to metodą mikrofoniczną, bądź to mikrofoniczno-optyczną (pierścienie barwne NEWTONA: A. HOŁOWIŃSKI).

2. Należy w ocenianiu krzywej, przedstawiającej ruchy przedsionka, mieć na uwadze i tę okoliczność że w górnej swej części, a mianowicie na wysokości trzeciego kręgu grzbietowego, przelyk znajduje się w bliskim stosunku z łukiem aorty, który go krzyżuje. Tym sposobem wahania słupa krwi, jaki przedstaje się podczas skurczu komórki lewej do światła aorty, udziela się powietrzu, zawartemu w przelyku i odbija się na krzywej, przedstawiającej ruchy przedsionka. Prócz tego podczas rozkurczu serca, powrotna fala krwi, uderzająca o zastawki półksiężycowe może również w pewnej mierze zaznaczyć się na kardiogramie.

3) Ponieważ podczas skurczu komórek ruch tychże udziela się w pewnej mierze i przedsionkom, więc przy ocenianiu kardiogramów przedsionkowych, należy to mieć na względzie jak również:

4) Wpływ odruchowych skurczów przelyku—zależnych od wprowadzenia zgłębnika.

Wreszcie dodać winienem, iż badania nad ruchami lewego przedsionka mogą niezawodnie przyczynić się do pogłębienia naszych wiadomości, dotyczących rytmiki oddzielnych części serca o ile polegać będą na dokładnych obliczeniach matematycznych kardiogramów— i o ile wzięte będą w rachubę błędy związane z techniką przyrządów.

W końcu P. przestrzega przed możliwością przedziurawienia tętniaka aorty przy wprowadzaniu sond do przelyku.

Rzętkowski objaśnia pierwsze wzniesienie ezofagogramy przez skurcz przedsionka, następne zaś, synchroniczne ze wzniesieniem kardiogramy przez skurcz komory, która uderza w żołądek, skutkiem czego przy zamkniętym odźwierniku uderzenie to udziela się balonowi w przelyku, położonemu ponad wpustem.

[Autoreferat].

WŁ. JANOWSKI odpowiada kol. PAWIŃSKIEMU, że nie może się wdawać w rozpatrzenie przypuszczeń jego co do znaczenia krzywych przedsiónekowych. Zajmując się bowiem tą rzeczą dopiero od dwóch miesięcy i zbadawszy w tym kierunku dopiero 7-iu osobników, ma w swoim przekonaniu zbyt mało doświadczenia, ażeby już swój sąd stanowczo wypowiadać. Sądzi, że i tak posunął się dość daleko, pozwoliwszy sobie na wykazanie pewnych sprzeczności w wywodach RAUTENBERGA i MINKOWSKIEGO. Zdania P., że nie można na krzywych kardiograficznych robić obliczeń przez odmierzanie odległości pomiędzy opuszczaniami na nie prostopadłemi, stanowczo podzielić nie może. Inne przestrogi kol. P. co do unikania błędów w tłumaczeniu krzywej przedsiónekowej serca, zarówno jak i co do nie przebijania aorty uważa za tak elementarne, iż nie mógł się zdobyć sam na robienie ich zebranemu tu gronu słuchaczy.

Koledze RZĘTKOWSKIEMU J. odpowiada, że z powodów wymienionych w odpowiedzi Kol. P. powstrzymuje się od krytyki wyrażonego przez Kol. Rz. zdania, które w jednej swojej części mogłoby być słuszne dopiero, gdyby się okazało, że wpust żołądka nie zamyka jego światła od góry. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *Ig. Landstein.*

Protokół posiedzenia klinicznego dnia 19 Listopada 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki.*

Członków obecnych 61, gość 1.

- T r e ś ć :** 1) SKŁODOWSKI Przedstawienie chorej z aneuryzma arteriosovenosum pod lewym obojczykiem.
ENDELMAN Z. a) Przedstawienie chorej po dokonanej u niej pubiotomii.
b) Przedstawienie chorej po dokonaniem na niej cięciu cesarskiem metodą TRITSCHA.
OTTO Cz. Odruch świetlny źrenic przy syfilisie.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa Kol. **KOBONKIEWICZA**.

III. Prezes podał do wiadomości, że na konkurs im. **CHAŁUBIŃSKIEGO** złożył swą pracę Kol. **STANISŁAW KOPCZYŃSKI**: „Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizjologii tylnych korzeni nerwów kręgowych”.

IV. Podania na członków czynnych Tow. złożyli następujący koledzy: **ALFRED HEJMAN**, **JÓZEF CZARKOWSKI**, **MARYAN HOŁUB**, **PIOTR PRĘGOWSKI**, **B. CHORAŻYCKI**, **STANISŁAW JANCZUROWICZ**, **MIECZYSLAW HALPERN**, **JÓZEF HANDELSMAN**, **JULJAN ROTSTADT** i **LEON ENDELMAN**.

SKŁODOWSKI przedstawia chorą z tętniakiem tętniczo-żylnym naczyń podobojczykowych i porażeniem częściowym spłotu ramieniowego. Przed pół rokiem postrzał z rewolweru w igórną część lewego brzegu mostka. Kula uwięzła w częściach miękkich u zewnętrznego brzegu łopatki lewej, nieco poniżej grzebienia, z kądem wydobyto ją z łatwością. Krwotok zewnętrzny był podobno niewielki. Natychmiast po wypadku utrata władzy w kończynie górnej; pozostały tylko nieznaczne ruchy w palcach. Niedługo potem wystąpiły bóle w tejże kończynie, które znikły dopiero niedawno, wkrótce też pojawił się obrzęk, który od pewnego czasu stopniowo się zmniejsza. Od kilku tygodni ruchy wyraźne się poprawiają. Obecnie w okolicy podobojczykowej lewej, pod pachą, w górnej połowie ramienia, w części też nad obojczykiem i nad grzebieniem łopatki widać obrzmienie rozlane; żyły w tych miejscach mocno są rozszerzone i wypełnione; zabarwienie skóry zlekka sinawe. Poniżej kończyna górna przedstawia cechy zwykłego obrzęku, dość wysokiego stopnia. U zewnętrznej części okolicy podobojczykowej stępienie, sięgające do 2 żebra. Na tej że przestrzeni wyczuwa się za dotknięciem drżenie bardzo wyraźne (*Fremissement vibratoire, thrill*), uchem zaś słyszymy szmer przeciągły, skurczowo się nasilający, bardzo głośny, do wycia wichru podobny. Słychać go nawet w odległości kilku centymetrów, od ciała, a bezpośrednio, zwłaszcza przy pomocy słuchawki, bardzo daleko poza granicami okolicy podobojczykowej, a więc na całej klatce piersiowej, na szyi; dosłyszeć go można nawet na dłoni lewej, i na głowie. Guza ani wyraźnego tętnienia nigdzie nie widać, rentgenografia żadnego cienia nie wykazuje. Tętno promieniowe lewe znacznie słabsze od prawego. Badanie układu nerwowego wykazuje upośledzenie władzy we wszystkich mięśniach, unerwianych przez spłot ramieniowy lewy, przy czem najbardziej porażone są mięśnie unerwiane przez nerw

promieniowy, najmniej zaś te, które otrzymują gałązki od n. m u s c u l o c u t a n e u s (biceps, brachialis int, coracobrachialis). Podobnie zachowuje się i czucie, które upośledzone jest najbardziej w obrębie rozgałęzień nerwu promieniowego, nieco mniej w obrębie łokciowego, a najmniej w obrębie pośrodkowego.

[Autoreferat].

ZYGMUNT ENDELMAN przedstawia:

1) Kobieta, u której przed kilku miesiącami wykonał podczas porodu p u b i o t o m i ę z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka. Przybyła ona do zakładu 26 Czerwca 1907 r. o g. 4-ej rano. Wywiady wykazały, że przed 2-ma laty odbyła poród, który zakończono wymóżdzeniem. Bóle porodowe rozpoczęły się 25/VI o g. 3-ej w nocy; pęcherz płodowy pękł 26/VI o g. 2-ej w nocy. Wzrost 134 cm. Wymiary miednicy: Dsp. 24; Dcr 26; d. trochanterica 29 $\frac{1}{2}$; conj. diag. 9 cm.; conj. vera 7 cm. II-ie położenie potylicowe; główka—ruchoma nad wchodem. Wyjście rozwarte na 3 palce; szew strzałkowy—w poprzecznym wymiarze wejścia w pobliżu wzgórka kości krzyżowej (przednie ciemieniowe wstawienie).

26/VI o g. 4-ej po poł.: stan—bez zmiauy; pomimo silnych bólów porodowych główka nie wstawia się i jest ruchoma; wydziela się smółka; tętno płodu—ledwo słyszalne. Wyjście rozwarte na 4 palce.

Wobec niebezpieczeństwa dla dziecka E. postanowił wykonać pubiotomię, do której przystąpił o g. 4 $\frac{1}{2}$ po poł. Operacja była wykonana podług sposobu DÖBERKLEIN'a, nieco zmodyfikowanego przez KANNEGESSER'a. Miednicę przepiłował po stronie prawej w ciągu kilkudziesięciu sekund. Kości rozeszły się na szerokość 5-iu palców. Wtedy nałożył kleszcze i wydobyl 7 $\frac{1}{2}$ funtowy płód w stanie pozornej śmierci, z której wkrótce został odcuony.

Chorą ułożyłem pomiędzy dwoma workami z piaskiem, nie nakładając żadnego uciskającego bandaża na miednicę. Karmić zaczęła 3-go dnia po porodzie. Po raz pierwszy usiadła w końcu 2-go tygodnia. Chodzić zaczęła 18-go dnia po operacji.

2) Drugi przypadek dotyczył 24-letniej kobiety od 5-iu lat zamężnej. Odbyła ona dwa porody, które trwały b. długo (4—5 dni) i zakończone zostały zabiegami operacyjnymi. Jakie operacje były wykonane, nie wie. Dzieci były martwe. Po ostatnim porodzie (przed 2-ma laty) leżała przez kilka tygodni w łóżku z powodu gorączki porodowej. O 1 tego czasu cierpiała na bolesne miesiączkowanie.

Do zakładu przybyła 6 Sierpnia 1907 r. o g. 9-ej rano Wywiady wykazały, że jest w 9-ym miesiącu ciąży i że przed godziną pękł pęcherz płodowy. Bóle porodowe powtarzają się co 5 minut. Woda płodowa wydziela się w dużej ilości i zabarwiona krwią. Badanie zewnętrzne: obwód brzucha—112 ctm.; II położenie czaszkowe; duża głowa ruchoma nad wchodem; tony serca—po stronie prawej. Wymiary miednicy: Dsp. $24\frac{1}{2}$; Dcr 28; Conj. ext. 17; Conj. diag. $9\frac{1}{2}$; Conj. vera $7\frac{1}{2}$ ctm. Badanie wewnętrzne: Kanał szyi macicznej w dolnym odcinku na przestrzeni 2 ctm. przepuszcza palec w górnym zaś—zamknięty; szyja maciczna przedstawia się twardą, bliznowatą, niepodatną.

Wobec znacznego zwięzienia miednicy oraz niepomyślnego przebiegu poprzenich porodów miałem zamiar zastosować w tym wypadku pubiotomię w nadziei, że jednak po pewnym czasie szyja się rozszerzy.

Nadzieje moje nie ziściły się: pomimo dość silnych bólów porodowych poród nie posuwał się naprzód, wobec czego o g. $3\frac{1}{2}$ po poł. zmuszony byłem wykonać cięcie cesarskie. Przed przystąpieniem do operacji w obawie o utrudniony odpływ odchodów połogowych rozszerzyłem per vaginam za pomocą dylatorów HEGARA kanał szyi macicznej na szerokość 1-go palca; grubszych dylatorów nie chciałem wprowadzać w obawie przed pęknięciem szyi. Następnie wykonałem cięcie cesarskie sposobem TRITSCH'a. Dziecko żywe ważyło 10 funtów; długość jego wynosiła 54 ctm. Ranę maciczną zeszyłem 3-y piętrowym szwem katgutowym. Pacjentka po 2-ch tygodniach opuściła zakład w stanie b. dobrym.

OTTO wypowiedział rzecz p. t., „Odruch świetlny źrenic przy syfilisie. Prelegent podczas pięcioletniej praktyki w Busku obserwował u 100 syfilityków na tysiąc patologiczny odruch źrenic na światło. Dla lepszego rozumienia tego zjawiska opisuje w krótkości fizyologiczne dane dotyczące odruchu źrenic, ich wielkości w normalnych fizyologicznych warunkach. Następnie przytacza różne teorie podawane kolejne przez rozmaitych autorów jeszcze wtedy, gdy nie był uznawany mięsień rozszerzacz, i wykazuje ich niedostateczność. Z kolei dłużej zatrzymuje się na omówieniu unerwienia rozszerzacza, przebiegu nerwu sympat. i wpływu ośrodków korowych na ten mięsień. Dalej podaje opis unerwienia mięśnia zwieracza, i poddaje krytyce teorie BERNHEIMERA, BACHE MARINY, MONAKOVA, HENSCHA, MENDLA, MAJANO. Hypoteza tego ostatniego zdaniem prelegenta najlepiej odpowiada obserwacyom. Wszystkie spostrzegane tu przypadki prelegent dzieli na dwa działy: I z syfilisem nabytem i II z syfilisem wrodzonym.

W I dziale zauważono u jednych chorych dwustronną nieruchomość źrenic na światło, u innych jednostronną, lub tylko leniwy odruch obu źrenic. W dziale drugim spostrzegano jedynie dwustronną nieruchomość źrenic przy równoczesnem ich rozszerzeniu. Wśród chorych pierwszej kategorii spotykano dwustronną mydriazę miozę i anisokoryę. Leniwy odruch notowano na źrenicach normalnej wielkości. Wszyscy chorzy, o których mowa, przeprowadzali bardzo niedostateczną kurację po zarażeniu się.

Nieruchomość źrenic występowała przeciętnie po latach 6—10. Anatomiczne zmiany w mózgu prelegent odnosi do miejsca skrzyżowania się pęczka podpołożnego, (teorya MAJANO) gdzie swoiste cierpienie naczyń krwionośnych wprowadza stałe zaburzenia w krążeniu. Po zastosowaniu kuracji ręciovowej prelegent nie widział poprawy u chorych z dwu lub też jednostronnym Argyll Robertson, u chorych z leniwym odruchem źrenic natomiast spostrzegał w $\frac{1}{2}$ przypadków restituitio ad integrum.

W rezultacie prelegent uważa brak odruchu źrenic na światło lub też leniwe ich w tym kierunku oddziaływanie na pewnik, iż dany osobnik przechodził syfilis, o ile wykluczyć się u niego uda następujące cierpienia: histeryę, neurastenię, epilepsyę i miejscowe cierpienie oka.

W dyskusyi nad odczytem KOPCZYŃSKI Stanisław zaznacza, że:

1) Mówca niesłusznie wyklucza wiażd rdzenia u swych chorych, pomimo, iż stwierdził jedynie objawy ze strony źrenic: wiadomo bowiem, iż objawy oczne zwłaszcza zwrotna nieruchomość źrenic na światło, latami wyprzedzają inne objawy wiażd rdzenia;

2) Mówca zapomniał widocznie podkreślić, iż cechą znamienneą wszelkich objawów syfilisu układu nerwowego, a więc i objawów ze strony źrenic jest ich chwiejność i zmienność, co w wiażdzie spotyka się o wiele rzadziej. KOPCZYŃSKI przypomina opisany przez niego przed 8 laty w „Medycynie” przypadek syfilisu mózgu z polikliniki prof OPPENHEIMA, w którym to przypadku wahania wielkości obu źrenic i ich oddziaływanie zmieniały się z dnia na dzień. Badanie drobnowidzowe wykazało nacieczenie syfilityczne skrzyżowania nerwów ocznych i uerwów okoruchowych.

3) Daleko częściej spotykamy typowy objaw ARGYLL-ROBERTSON'a w wiażdzie rdzenia, aniżeli w syfilisie mózgu, gdzie zwykle zmiennem bywa oddziaływanie źrenic i na przystosowanie.

4) Mówca bez potrzeby wyklucza w swych 108 przypadkach histeryę i neurastenję, gdyż w histeryi jedynie podczas ataków niektórzy klinicyści stwierdzali zniesienie oddziaływania źrenic na światło (?), a w neurastenii żaden klinicysta nieruchomości

żrenic na światło nie stwierdził: przeciwnie w cierpieniu tym spotykamy zwykle bardzo żywą reakcyę żrenic.

5) Podkład anatomiczny zwrotnej nieruchomości żrenic jest do tej pory niewyjaśniony; prawdopodobnie zależy on nie od uszkodzenia specjalnego ośrodka lecz od uszkodzenia rozmaitych części łuku odruchowego, a najwięcej zwolenników wśród neurologów ma teoria MONAKOWA, wspomniana li tylko nawiasem przez mówcę, a podnosząca rolę t zw. Reflexübertragungszellen t. j. ogniw neuronów, biegnących wzdłuż szarej istoty trzeciej komory i łączących jądra nerwu ocznego, z jądrami nerwu okoruchowego.

6) W końcu KOPCZYŃSKI w sprawie stanu żrenic w wiąździe rdzenia, który jak wiadomo, przeważnie powstaje na tle syfilitycznym, powołuje się na własną pracę, drukującą się obecnie w Czasopiśmie Lekarskiem, a wygłoszoną na Zjeździe Lwowskim; w pracy tej K. podał symptomatologię wjazdu rdzenia, w świetle cyfr i co się tyczy żrenic, to na 150 chorych u 142 znalazł zmiany ze strony żrenic. Z tych u 78 (52^o/_o) K. stwierdził typowy objaw Argyll-Robertsona w obu żrenicach, inne najrozmaitsze zaburzenia w oddziaływaniu czy to na światło czy na przystosowanie w jednej lub w obu żrenicach u 61 chorych czyli 40,6^o/_o, nierównomierność żrenic u 63 chorych czyli u 42^o/_o, obustronne wybitne zwężenie żrenic (myosis) u 28 chorych czyli 18,6^o/_o, wybitne obustronne rozszerzenie żrenic (mydriasis) u 6 chorych czyli u 4^o/_o, wyraźną nierównomierność konturów żrenic u 5 chorych czyli u 3,6^o/_o, wahania co do wielkości żrenic u 3-ch chorych, czyli u 2^o/_o chorych.

[Autoreferat].

TRZCIŃSKI zaznacza, że bardzo często u swych pacjentów widuje zniesienie odruchu świetlnego żrenic. Jest objaw ten dla niego zawsze dowodem wjazdu rdzenia, który na bardzo długie lata przed swym całkowitym rozwojem o istnieniu swych zaczątków w ten sposób znać daje. Jest to więc objaw cierpienia nie syfilitycznego lecz parasyfilitycznego.

DUNIN podnosi, że u wszystkich swych chorych bada odruch żrenic, i u 10^o/_o syfilityków bez objawów syfilitycznych znalazł nieruchomość żrenic. Objaw ten zawsze dowodzi przebytego syfilisu, zdarzyć się bowiem może jedynie tylko jeszcze przy ropniu mózgu, lecz bardzo rzadko i to w końcowym okresie. Mówca nie zgadza się z TRZCIŃSKIM, aby nieruchomość żrenic dowodziła zawsze obecności wjazdu rdzenia; zna on dużo takich chorych którzy przy nieruchomości żrenic nie mieli wcale objawów tabesu, lecz jedynie objawy syfilisu mózgu. Podawanie fizjologicznych granic żrenic, jak to czyni prelegent, nie odpowiada rzeczywistości, gdyż wahania tu są wprost kolosalne. W końcu mówca zwraca

ca uwagę na zupełne zapoznanie przez prelegenta takiego zjawiska u syfilityków, jak nierówność konturów źrenic, niezmiernie często przez niego spostrzegana.

GERNER, (syn) zaznacza, że u znacznej większości chorych, którzy mieli nierówność konturów źrenic, w wywiadach wykryć można było przebyty przed laty przymiot.

Kol. W. JANOWSKI uważa za objaw znamienny dla przymiotu układu nerwowego, bardziej charakterystyczny od zdrętwienia źrenic, ich zniekształcenie. Może ono dotyczyć obudwu oczów lub je dnego z nich: może być bardzo wyraźnem, tak że zwraca na siebie od razu uwagę bez specjalnego jego szukania. Najczęściej jednak wymaga pewnej uwagi w przyglądaniu się konturom źrenic. Możliwe są przytem wszystkie rodzaje zniekształceń źrenic, których wyliczanie uważa za zbyt czne. Specjalnie często zdarzają się jednak wydłużenia jednej ze źrenic ku wewnątrz i ku dołowi, ostre ścięcie pionowe zewnętrznych brzegów źrenicy; do rzadszych zniekształceń źrenicy J. zalicza wydłużenie ich poprzecznej średnicy, tak że źrenice sprawiają wrażenie kocich.—Co się tyczy objawu Argyll-Robertsona, to JANOWSKI uważa go za nierównie charakterystyczniejszy dla wiądu rdzenia, niż dla przymiotu układu nerwowego. Popiera zdanie Kol. TRZCIŃSKIEGO, że objaw Argyll-Robertsona nieraz o wiele lat wyprzedza ukazanie się innych objawów wiądu rdzenia, lubo zastrzega się, że po zwróceniu uwagi na ten objaw, który wydawał się być rzekomo jedynym, przemawiającym za wiądem rdzenia, przy dokładnem badaniu chorego znajdował zazwyczaj już i drobne zboczenia w zachowaniu się odruchów kolanowych, wskazówki na dawno trwające, lecz z niewłaściwej strony oświetlane bóle w kończynach i t. d.—J. przypomina że przy wszelkich badaniach, dotyczących kształtu źrenic, należy mieć na uwadze możliwość, że kilkakrotne badanie chorego wykaże u niego raz zwężenie źrenicy prawej, innym znów razem—lewej. J. zwraca uwagę, że taka zmienność w kształtach źrenicy spotyka się nietylko w przypadkach, w których oddziałują one prawidłowo na światło i przystosowanie się, ale zdarzać się też może niewątpliwie i w przypadkach, w których obie źrenice na światło nie oddziałują wcale, lub też w bardzo zmiennym co do natężenia stopniu. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*

Sekretarz *Ig. Landstein*

Protokół posiedzenia klinicznego z dnia 26 Listopada 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 84 gości 5.

- T r e ś ć:**
- 1) **KAMOCKI L.** Pokaz preparatu śledziony od osobnika zmarłego na gorączkę powrotną.
 - 2) **TRZCIŃSKI.** Pokaz chorej z wysypką przymiotową, łudzaco naśladującą łuszczycę.
 - BERGMAN, a)** Przedstawienie chorej, dotkniętej sclerosis disseminata, a posiadającej nie notowany prawie dotąd objaw: drżenie ścianki gardzieli i łuków podniebiennych.
 - b)** pokaz noworodka z ograniczonymi porażeniami syfilitycznego pochodzenia.
 - 4) **Rzętkowski K.** W sprawie przeciwwskazań do leczenia operacyjnego chorób wewnętrznych.
 - 5) **KRYŃSKI L.** W sprawie wskazań operacyjnych w chorobach wewnętrznych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: Kolegów **GORAZDOWSKIEGO, HOLUBA, DŁUGOSZEWSKIEGO, ZAKRZEWSKIEGO** i **JAKIMOWICZA**.

Na członka Tow. złożył podanie Kol. **STANISŁAW WIELOWIEJSKI**

KARWACKI L. Pokaz preparatu śledziony od osobnika zmarłego na gorączkę powrotną.

Materyał sekcyjny z danego przypadku zawdzięczam uprzejmości kol. **DMOCHOWSKIEGO**. Kawałki tkanek zostały posrebrzone według pierwszej metody **LEWADITI'ego**. Preparat służący do demonstracji został częściowo odsrebrzony podług **VERSE'go**. Z narządów zbadałem dotąd wątrobę, śledzionę, płuco, nerki i mięsień sercowy. Krętki znalazłem wyłącznie w śledzionie.

Pierwszy srebrzył krętki **OBERMEIER'a BERTORZELLI** z Turynu. Wyniki, jak widać z jego rysunków, które prelegent demonstruje są niezbyt przekonywujące. Badacz ten stwierdził, że krętki gorączki powrotnej impregnują się gorzej od krętek błędnych. Ponieważ preparaty jego pochodziły od chorego zmarłego

w okresie napadu, przeto krętki były prawie we wszystkich naczyniach, ograniczając się do naczyń wyłącznie, w wątrobie zaś i śledzionie były i w samej tkance.

Jak dotąd, z małymi wyjątkami, metodę impregnowania krętków solami srebra stosowano prawie wyłącznie do krętków SCHAUDINN'owskich. Stąd też rozszerzenie badań i na inne rodziny krętkowe stanowi jeden dowód więcej, że *Silberspirochaeten* nie są artefaktami. Co się tyczy krętka gorączki powrotnej to poza kulturami jest to jedyny sposób dla zapoznania się z jego morfologją w tkance. Krętek OBERMEIER'a w tkance nie odznacza się wcale stałością form i obok postaci takich, jakie spotykamy we krwi, spotykają się twory nitkowate różnej długości i grubości, formy przecinkowate; laseczki, twory ziarninowate, dalej grube laseczki podwójnie konturowane, z końcami zaokrąglonymi, wygięte. Twory takie KRZYSZTAŁOWICZ i SIEDLECKI opisali w syfilisie pod mianem tworów różkowych. Formy te mają różne powinowactwo wobec soli srebra i przy odsrebrzaniu się część z nich odbarwiła się zupełnie. To jednak, co zostało daje Panom jeszcze pojęcie o wielopostaciowości krętków OBERMEIER'a.

Układ krętków jest stale pozakomórkowy. W naczyniach krętków nie znalazłem, gdyż chory zmarł w okresie pozanapadowym.

Kol. TRZCIŃSKI przedstawił chorą c. syphilide serpiginosa populoso-squamosa, który to przypadek nastroczał dziś duże wątpliwości rozpoznawcze. Chora przybyła przed 2 tygodniami do szpitala Ś-go Łazarza z wysypką skórną najbardziej podobną do bardzo rozwiniętej łuszczycy, nadto z plamami sadłowatymi na migdałach niewątpliwie przymiotowej natury—swoiście dotychczas nie była leczona, natomiast w życiu minionem kilkakrotnie leczyła się od łuszczycy. Wykwity naokoło łokci były bardzo rozlite, zlewające się w jeden lity naciek, typowo łuszczące się. Na tułowiu istniały wykwity podobne do wykwitów psoriaseos punctatae, gustatae et numularis, na udach zaś i goleniach wysypka miała kształt foremnych kół i owalów, które zlewały się w figury o konturach geograficznych. Ponieważ centralne części owych figur były unaczynione i nacieczone, jak to bywa przy serpiginowyc formach przymiotu skórnego, powstała przeto kwestya, czy cała sprawa skórna, pomimo swego wielkiego podobieństwa do łuszczycy, nie jest przymiotową? Traitement mixte, stosowane w ciągu 2 tygodni, rozstrzygnęło sprawę na korzyść przymiotu—bo wszystkie bez wyjątku wykwity skórne zaczęły się wysać bardzo szybko.

BREGMAN przedstawia przypadek wieloogniskowego stwardnienia (*Sklerosis multiplex*) z niezwykłymi objawami ze strony

gardzieli i krtani. Chora lat 28, zachorowała przed rokiem, w ostatnich miesiącach ciąży. Bóle i zawroty głowy, podwójnowidzenie. W kilka dni po położeniu parestezje prawej kończyny górnej, potem całej połowy ciała i twarzy, oraz trudność chodzenia. Przybyła do szpitala przed 4-ma miesiącami z następującymi głównymi objawami. Nystagmus. Chód spastyczno-ataktyczny; tylko z pomocą drugiej osoby. Ataxia ruchowa prawej kończyny górnej, nieco mniejsza prawej kończyny dolnej. Lekkie osłabienie prawych kończyn. Wzmocnienie odruchów ścięgowych obustronne, brak odruchów brzusznych. Lekkie zaburzenia czucia, głównie na obwodzie, najwyraźniej na prawych kończynach i prawej połowie twarzy. Zaburzenia opuszkowe, zwł. przy łykaniu płynów.

Objawy te wskazywały na rozlane niejednoogniskowe cierpienie ośrodków nerwowych. Na lues danych brak. Syringomyelię, wobec braku rozszczepienia czucia, można wykluczyć. Wszystkie objawy zgadzają się z rozpoznaniem stwardnienia wieloogniskowego. Badanie gardzieli wykazało w początku opuszczenie łuków, słabe poruszanie się ich przy fonacji, brak odruchów podniebienia. Badanie krtani wykazało stan paretyczny strun, słabe rozszerzanie się głośni przy wdechaniu. W ostatnim czasie objawy opuszkowe pogorszyły się, w krtani prawa strona przy wdechaniu i fonacji nie porusza się prawie wcale, lewa przy fonacji idzie nawet poza linię środkową, przy wdechaniu porusza się słabo na zewnątrz. Głośnia, skutkiem tego, rozszerza się przy wdechaniu b. mało. Oprócz tego zauważono w ostatnich dniach objawy następujące. Oba łuki podniebienia i tylna ściana gardzieli ulegają nieustannym drganiom o dość dużej amplitudzie i umiarkowanej szybkości. Skutkiem tego tylna ściana gardzieli porusza się wahadłowo z jednej strony na drugą w kierunku bocznym; łuki podniebienia zaś wykonywają również wahanania boczne, równocześnie słaby ruch żagłowy od przodu do tyłu. Przytem kierunek ruchu tylnej ściany jest odwrotny do ruchu łuku, tak że otrzymuje się wrażenie, że ten sam skurcz przechodzi kolejno z tylnej ściany na podniebienie. Drgania są po stronie prawej większe, nie są rytmiczne, niekiedy są większe, niekiedy słabsze. Podobnym drganiom ulegają też struny głosowe, więzy boczne krtani: tu również drgania są większe po stronie prawej. Objaw ten jest w związku ze znaną tendencją do drgań w obrazie stwardnienia wieloogniskowego i przedstawia tylko niezwykłe umiejscowienie tego objawu. Tendencja ta jest wynikiem sprawy anatomicznej, która oszczędza cylindry osiowe, a niszczy otoczki myelinowe (przypuszczalne izolatory) i dla tego prowadzi nietyle do porażań ile do fałszywych irradiacji pobudzeń ruchowych.

[Autoreferat].

BREGMAN przedstawia przypadek Poliomyelitis anterioris u dziecka 4-o tygodniowego na tle wrodzonego przymiotu. W 3-im tygodniu po urodzeniu się zauważono porażenie obu kończyn górnych i w słabszym stopniu lewej kończyny dolnej. W kończynach górnych porażenie dotyczy głównie ruchów w barkach, ruchy w łokciach i w stawach napięstkowych były również prawie zniesione; palce 3 i 4 były stale opuszczone, 2 i 5 wyprostowane, dziecko palcami poruszało. W lewej kończynie dolnej ruchy w odcinkach proksymalnych (kolanie i biodrze) były również słabsze, aniżeli w stopie i w palcach. Równocześnie z wystąpieniem porażenia dziecko zaczęło kapryścić i dostało gorączki (38—39°);

Typ porażenia i brak wszelkich objawów mózgowych przemawia przeciw pochodzeniu mózgowemu sprawy. Przeciw Polyneuritis przemawia umiejscowienie porażenia w proksymalnych odcinkach kończyn. Przeciw porażeniu obustronnemu splotu ramieniowego typu Erba—brak momentu etjologicznego, udział kończyny dolnej i gorączka. Natomiast, wszystkie objawy zgadzały się z przypuszczeniem ostrej sprawy w rogach przednich rdzenia.

W kilka dni po urodzeniu wystąpiła u dziecka wysypka, która stopniowo się powiększyła, zajmuje obecnie pośladki tylną powierzchnię kończyn dolnych, ma charakterystyczne czerwono-niebieskie zabarwienie, na piętach skóra lśni się jak polakierowana, na pośladkach wyraźna infiltracja. W kilka dni później i u matki wystąpiła plamista wysypka na skórze o charakterze niewątpliwie syfilitycznym. Dowiedziano się, że matka miała Ulcus ad genitalia na 2—3 miesiące przed położeniem. Najprawdopodobniej porażenie u dziecka powstało również na tle sprawy przymiotowej w rdzeniu. Przymiot wrodzony ośrodków nerwowych występować może we wszystkich tych samych postaciach, co i na byty; w tym ostatnim zaś umiejscowienie sprawy w rogach przednich, aczkolwiek rzadkie bywa jednak spostrzegane.

[Autoreferat].

RZĘTKOWSKI odczytał rzecz p. t. O przeciwwskazaniach ogólnych do leczenia chorób wewnętrznych drogą operacyjną, w której rozpatrzył sprawę przeciwwskazań odnośnych, wpływających ze stanu ogólnego chorych, ze stanu krwi, ze stanu narządów niektórych (płuca, serce i t. p.) oraz ze względu na współistniejącą cukrzycę, ciężę, możliwość psychoz operacyjnych. Rzecz wkrótce ukaże się w druku.

[Autoreferat]

KRYŃSKI mówił „w sprawie wskazań operacyjnych w chorobach zewnętrznych. W terapii

współczesnej coraz wyraźniej występująca dążność, w myśl określenia DIEULAFOY, do stosowania „therapiae localis” jest przyczyną stałego rozszerzania zakresu interwencji chirurgicznej. Wkracza ona coraz więcej w sferę spraw chorobowych, nie mających w dotychczasowym pojęciu ich istoty, nic wspólnego z chirurgią. Następstwem tego jest zacieranie się ostrej granicy pomiędzy dziedziną chorób wewnętrznych a chorób chirurgicznych; natomiast coraz obszerniejszym staje się owo „pogranicze” pomiędzy nimi, na którym obie gałęzie leczenia — medycyna wewnętrzna i chirurgia coraz częściej spotykają się przy wspólnej pracy. Wynika stąd rozszerzenie i utrudnienie kwestyi wskazań leczniczych t. j. wyboru drogi, którą najpewniej i najprościej chory organizm mamy do zdrowego doprowadzić stanu. Podstawą w wyborze tym winna być zawsze ścisła indywidualizacja przypadków chorobowych, dla których orzec mamy nasze postępowanie lecznicze: zachowawcze czy operacyjne. Pomyślnie wyniki zabiegów chirurgicznych zachęcają do wskazań operacyjnych w długim szeregu cierpień, będących terenem leczenia wewnętrznego. Prawie że niema narządu i w nim spraw chorobowych w ustroju naszym, gdzieby wskazania operacyjne nie znajdowały zastosowania i to z pomyślnym częstokroć wynikiem. Do nich zaliczyć należy:

M ó z g: Nowotwory i ropnie, wodogłowie, krwotoki, padaczka, zator zatok mózgowych, zapalenie opon.

R d z e ń k r ę g o w y: Urazy rdzenia, nowotwory, zapalenie istoty rdzeniowej i opon.

N e r w y: Nerwobóle, choroba Basedowa.

P ł u c a: Wszelkie wysięki opłucnej, odma piersiowa, zgorzel płuc, ropień, promienica, bąblowiec, gruźlica i rozedma płuc.

S e r c e: Zapalenie osierdzia wysiękowe i zlepne (cardiolyssis).

W ą t r o b a: Kamienie (ze wszystkimi komplikacjami) nowotwory, ropnie, marskość zanikowa, nadmierna ruchomość wątroby.

Ś l e d z i o n a: Nowotwory i przerost chroniczny, śledziona wędrująca, choroba BANTIGO.

T r z u s t k a: torbiele, kamienie, nowotwory.

N e r k i: Wodonercze, roponercze, kamienie, nowotwory, torbiele, zapalenie, nerka ruchoma, gruźlica nerki.

Wreszcie stany takie, jak blednica, białaczka rzekoma i inne.

Z pomiędzy wymienionych omawia KRYŃSKI sprawę wskazań operacyjnych w przypadkach rozedmy płuc, gruźlicy

wierzychółków płuca wreszcie zrostów osierdzia, i działania na nie leczniczego drogą operacyi na żebrach i ich chrząstkach.

Niestety te obszerne tereny wskazań operacyjnych, które coraz częściej coraz to lepszymi cieszą się rezultatami leczniczymi w różnych obcych krajach i miastach, u nas zupełnie prawie leżą odłogiem. U nas z pomiędzy chorób, należących do owego pogranicza wewnątrzno-chirurgicznego, jedno tylko zapalenie wyrostka robaczkowego weszło do repertuaru operacyjnego, i to nie bez walki i licznych zastrzeżeń. Obecnie widzimy, jak powoli posuwa się sprawa kamicy wątrobowej, jak ciężko zdobywa prawa chirurgia nerek, do rzadkości należą operacye na płucach, a już wyjątkowe zjawisko stanowią zabiegi chirurgiczne w innym szeregu wymienionych cierpień.

Wiele, wiele na to się składa przyczyn, a jest rzeczą nader pożądaną, aby dyskusya nad tym referatem przyczyniła się do wyświeatlenia jaknajwiększej ich liczby.

(Spraw. wł.)

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki*.

Sekretarz *Iy. Landstejn*.

Protokół posiedzenia klinicznego dnia 3 Grudnia 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*

Członków obecnych 68, gości 6.

T r e ś ć: 1) Dyskusysa nad odczytami Kol. RZĘTKOWSKIEGO i KRYŃSKIEGO.

I. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości Koll. CHŁAPOWSKIEGO, WIELOBYCKIEGO, BELŻYŃSKIEGO, NOWACKIEGO, KORONKIEWICZA i ZAŁĘSKIEGO.

II. Podania członków Tow. złożyli Koll. J. MEŻYŃSKI, JÓZEF LASKOWSKI, ZAŁUSKA i BRENNISEN.

III. Do biblioteki Tow. nadesłał JANOWSKI swą pracę pod tyt. „Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna w różnych stanach chorobowych“.

HEWELKE podnosi, że w przemówieniach obu prelegentów dawało się słyszeć jakby dalekie echo minionych sporów i antagonizmu między ongi chirurgami cechu cyrulickiego i medykami fakultetów. Ówczesne różnice stanowisk społecznych jednych i drugich sprawiały wrażenie istnienia różnic i w rodzajach sztuki, jaką przedstawiali i wykonywali. Patrzano na końce konarów, nie zdając sobie sprawy, że wychodzą z jednego pnia.

Dziś jedność medycyny i chirurgji dawno uznana; stoimy pod jednym sztandarem; niema różnic zasadniczych w celach i dążeniach, leżą one tylko w sposobach stosowania środków. Zewnętrzne te różnice pozorne są jednak przyczyną, że dalekie jakoby echa wspomnianego antagonizmu dają się jeszcze i obecnie słyszeć — w węższem już kole — stosunków medycyny wewnętrznej i chirurgji. Na tak zwanych obszarach stycznych (Grenzgebiete) rozbrzmiewają chełpliwe okrzyki zwyciężkiego rozszerzania się chirurgji w dziedziny dotychczasowej działalności medycyny wewnętrznej.

Słyszeliśmy też horoskop, przepowiadający chirurgji panowanie powszechne z pozostawieniem w rękę lekarza wewnętrznego jedynie symbolu Molierowskiego we współczesnem co prawda przeobrażeniu szprycki do zastrzykiwań surowic.

Czy jednak udział dotychczasowy chirurgji może być uważany za ideał leczenia, a samo usuwanie chorego narządu za metodę leczniczą. Ideałem leczenia i wyleczenia jest doprowadzenie chorego narządu do stanu normalnego „restitutio ad integrum“.

Chorego, któremu wycięto jakiś narząd wewnętrzny uważamy za wyleczonego zupełnie, chociaż niewątpliwie kuleje on wewnątrz, podobnie jak hory uzdrowiony przez odcięcie uda.

Jeżeliby usunięcie narządu miało w samej rzeczy znaczenie metody leczniczej, to wartość jej pozostawała by niezmienną w każdym takim samym przypadku. Tymczasem np. choremu z gruźlicą prawej nerki możemy zastosować tę metodę, tj. nerkę chorą usunąć, ale gdy u tegoż chorego po upływie jakiegoś czasu okaże się tak samo chorą nerka lewa — metody tej samej już stosować nie możemy.

Chirurgja w leczeniu chorób wewnętrznych okazuje wprawdzie dążenie ku leczeniu właściwemu, tj. aby przez zabiegi chirurgiczne oddziałać na sprawę chorobową przebiegającą w danym narządzie.

Widzimy tu np. w rękoczynach na nerkach jak odłuszczenie otoczeki, przecinanie narządu — aby wpływać na przebieg zapalenia nerek; to samo można powiedzieć o pewnych zastosowaniach metody BIERA, masażu, operacjach proponowanych przez FREUNDA jako propylacticum n osobników z habiths phtisicus, i inne.

Te dążenia można uznawać za próby leczenia chirurgicznego chorób wewnętrznych, ale leczeniem choroby nie można nazywać usuwania narządu chorego, chociażby z utrzymaniem przy życiu chorego.

Następnie H. czyni uwagę, że kol. RZĘTKOWSKI postawiwszy temat: o przeciwwskazaniach dla zabiegów operacyjnych w leczeniu chorób wewnętrznych — odbiegł właściwie od tematu i zwięził go do zakresu przeciwwskazań dla narkozy chloroformowej — wobec istnienia pewnych chorób i stanów chorobowych. Oczywiście rzeczy tych nie można identyfikować.

Jeżeli np. trzeba odjąć zmiażdżoną stopę choremu, który podlega wadzie serca nieskompensowanej, to wobec obawy związanej z wpływem szkodliwym chloroformu w tym razie, można dokonać koniecznej operacji pod Schleichem, wreszcie stosując kokainizację rdzenia, albo zupełnie bez narkozy.

Czy wtedy operacja jest przeciwwskazaną przy danej chorobie wewnętrznej?

Drugiemu prelegentowi, prof. KRYŃSKIEMU, H. przypomina jako pendant do tego, co mówił o dobroczynnym wpływie operacji usuwania nerki ruchomej u chorych umysłowych na przebieg ich psychozy, że istnieją liczne spostrzeżenia występowania chorób umysłowych u kobiet operowanych z powodu chorób jajników.

(Autoreferat).

LUBLINER dzieli się swemi spostrzeżeniami, jakie poczynił przed kilkoma dniami osobiście w Marburgu, gdzie dzięki uprzejmości Profesorów FRIEDRICHA i BRAUERA był w możności zbadać dwóch chorych, operowanych przez prof. FRIEDRICHA z powodu r o z e d m y p ł u c. Operacja ta była proponowana przez FREUND'A przed 50 laty, lecz wówczas nie zyskała sobie sympatyj, głównie z powodu złych wyników w czasach, gdy antyseptyka nie była jeszcze znana. Obadwa przypadki, badane przez L. dotyczyły ciężkich postaci rozedmy płuc, która po operacji w obudwóch przypadkach ustąpiła.

Operacja polega na r e z e k c y i pewnej części chrząstnej żeber, począwszy od drugiego do szóstego. Najważniejszą częścią operacji jest wypiłowanie części ($-1\frac{1}{2}$ ctm). d r u g i e g o ż e b r a. Nader skrzętnie unikać należy zranienia opłucnej.

Rezultat tych dwóch operacyj tak świetnym się okazał, że dalsze w tym kierunku wysiłki są nader pożądane.

Również L o p o w i e d z i a ł o p r z y p a d k a c h l e c z e n i a s u c h o t p ł u c n y c h z a p o m o c ą s z t u c z n i e w y w o ł a n e j o d m y p i e r s i o w e j (*pneumothorax*).

Przypadków tych L. badał świeżo pięć w D a v o s - S c h a t z a l p, gdzie leczenie to prowadzą Prof. BRAUER, L. SPENGLER i NEUMAN, oraz cztery w klinice prof. BRAUERA w Marburgu.

Dotychczas znanych jest 15 przypadków jednostronnych; wyniki leczenia są tak zachęcające, że L. gorąco poleca stosowanie w jednostronnych przypadkach tej metody leczniczej. (Autoreferat).

SKŁODOWSKI: Mówiąc o wskazaniach do operacji w jakiej-bądź chorobie, wewnętrznej czy zewnętrznej, dorzucamy zwykle w końcu krótkie, jakby samo przez się zrozumiałe, zastrzeżenie, że operacja o tyle tylko może i powinna być dokonana, o ile nie zachodzą dla niej jakie przeciwwskazania, które wynikać mogą z ogólnego stanu chorego, ze stanu poszczególnych jego organów, wreszcie z samego charakteru sprawy patologicznej w przypadku danym. Dla rozważnego klinicysty ostateczna decyzja operacji jest zawsze dopiero wypadkową różnych, rywalizujących ze sobą wskazań i przeciwwskazań. Aczkolwiek wszyscy uznajemy tę zasadę, te jednak w bliższe roztrząsanie owych przeciwwskazań, w ich treść i istotę, zwykle się nie wdajemy.

Uchodzą one za rzecz nader prostą, a trafna ich ocena, która nawpół świadomie dopełnia się w naszym mózgu, uchodzi za rzecz t. zw. doświadczenia lekarskiego. I zaprzeczyć nie można, że oko doświadczonego lekarza, że t. zw. nieraz trywialnie węż kliniczny bardzo wiele w tym razie znaczą. Niemniej przeto jest rzeczą wielce pożyteczną nie ufać im z nadto i od czasu do czasu zastanowić się głębiej nad temi empirycznymi i naukowymi podstawami, na których wspiera się mistyczny gmach naszego doświadczenia. Kol. RZĘTKOWSKIEMU za to, że odczytem swoim pobudził nas do tej pracy myślowej, należy się wyrazić rzetelne uznanie.

Czy prelegent dopiął w całości swego celu, czy zebrał i uzasadnił należycie ogólne przeciwwskazania do operacji, czy dał nam do ręki wygodne prawidła postępowania w przypadkach konkretnych, to już rzecz inna. Właściwie tego ani spodziewać się, ani wymagać nie mieliśmy prawa. Temat jest zupełnie nowy i nie obrobiony, już w samym ujęciu go i w rozklasyfikowaniu materiału nastroczają się poważne trudności, których prelegent całkowicie opanować nie zdołał. K. Rz. mówić obiecał o ogólnych

przeciwwskazaniach do operacji w chorobach wewnętrznych, lecz treść jego odczytu odpowiadała raczej tytułowi: o ogólnych przeciwwskazaniach do wszelkich cięższych zabiegów chirurgicznych. Poza tem, biorąc ściśle, w niektórych miejscach swego wykładu prelegent odbiegał od przeciwwskazań właściwych i mówił raczej o niebezpieczeństwach, związanych z operacją. Ztąd pochodzi, że w rzędzie przeciwwskazań ze strony płuc znalazło się zapalenie płuc pooperacyjne. Wszak choroba, jeszcze nie istniejąca, przeciwwskazaniem być nie może. Tylko warunki, które do jakiegoś powikłania usposabiają, mogą stać się w pewnych okolicznościach wskazówką, że operować nie należy. Sam prelegent zaznaczył, iż w przypadku danym warunki te wypływają głównie ze stanu ogólnego; należało więc tylko ten ich wpływ usposabiający w odpowiedniej rubryce podkreślić. Uwaga powyższa stosuje się też poniekąd i do całego, bardzo zresztą interesującego ustępu o niebezpieczeństwach narkozy, który wtrącony został przed wymienieniem przeciwwskazań ze strony serca. Skoro przytoczone przez prelegenta fakty o narkozie nie pozwalają na wyprowadzenie żadnych konkretnych przeciwwskazań, to i poruszenie ich w tem miejscu nie miało właściwie dobrej racji.

Powyższe zarzuty dotyczą raczej formalnej, literackiej strony wykładu. Lecz i nie ze wszystkimi twierdzeniami prelegenta zgodzić się można. Tak np. w zatruciu uremicznem rozróżnia Kol. Rz. dwa rodzaje przypadków. Zatrucie, powstałe na tle choroby BRIGHT'A, nie stanowi według niego bezwzględnego przeciwwskazania do operacji. Prelegent czyni tu widocznie koncesyę dla operacji EDEBOHLS'A, chociaż spór o jej pożytek uważa jeszcze za otwarty. Druga kategoria obejmuje te przypadki uremii, które rozwinęły się na tle innych chorób układu moczowego. O-tóż w nich uważa prelegent operacyę za wręcz przeciwwskazaną, albo odłożyć ją każe do czasu przekonania się o sprawności nerek, *resp.* drugiej nerki, jeżeli podejrzewamy chorobę jednostronną. S. nie rozumie dobrze celu badania sprawności nerek w przypadkach mocznicy; wszak samo jej wystąpienie świadczy chyba dostatecznie o niesprawności nerek. Lecz mniejsza o to, ważniejszym wydaje mu się inny zarzut, a mianowicie ten, że, godząc się z podobnym przeciwwskazaniem, musielibyśmy wyrzec się pomocy chirurgicznej we wszystkich przypadkach anuryi mechanicznej, bo tam przecie badanie moczu jest wyłączone, a tembardziej w przypadkach, gdzie choremu pozostała jedna tylko nerka. Tymczasem dziś już posiadamy aż nadto przekonujące dowody, że nawet w przypadkach o jednej tylko nerce operacya usunąć jeszcze może objawy uremiczne i ocalić życie chorego. Jeżeli chodzi o przykład z literatury, to wymownym tego dowo-

dem jest przypadek, opisany niezbyt dawno przez Fr. KIJEWSKIEGO. Widocznem jest, że przy układaniu całego tego ustępu Kol. Rz. miał na myśli jeden rodzaj operacji, a mianowicie wycięcie nerki. Ale obecnie już żaden chirurg doświadczony nie decyduje się w podobnych okolicznościach na pierwotną nefrektomię, lecz ogranicza się do przecięcia nerki.

Mówiąc o przeciwwskazaniach do operacji w przypadkach niedokrwistości ostrej na skutek trwającego jeszcze krwotoku, prelegent uważa, że natura sprawy chorobowej w rachubę tu wchodzić nie powinna. Nawet w przypadku nowotworu wewnętrznego, który nie kwalifikuje się do operacji radykalnej, należy więc uczynić próbę zabiegu paliatywnego dla zatamowania krwotoku. Jest to może teoretycznie słuszne, w praktyce jednak trudno wyobrazić sobie, w jaki sposób postąpić ma chirurg dla zatrzymania krwotoku np. z raka żołądka, jeżeli wyłącza się zgóry możliwość usunięcia całego guza.

Natomiast dla Rz-go niedokrwistość przewlekła wskutek nieustannych acz niewielkich utrat krwi na tle nowotworu złośliwego, pozornie niezbyt rozległego, jest przeciwwskazaniem do operacji radykalnej. Prelegent utrzymuje, że niedokrwistość w tym razie uwarunkowana jest dwiema przyczynami, utratą krwi i złą funkcją organów krwiotwórczych. Lecz zapytać wolno: zką wiadomo, ile na karb każdej z tych przyczyn położyć należy w przypadku konkretnym? I czy na podstawie li tylko teoretycznego założenia mamy istotnie wyrzec się operacji, np. w ruchomym raku macicy lub odbytnicy, jeżeli nie wyrzekamy się jej przy tym samym stopniu anemii w chorobach natury dobrotliwej.

Kol. KRYŃSKI obrał temat poprzedniemu pokrewny, bardzo obszerny, często roztrząsany w słowie i piśmie; przytem jednak zastrzegł się zgóry, że mówić będzie bez należytego przygotowania. Czy w tych warunkach uczynił dobrze, wypowiadając luźne swoje uwagi w formie wykładu klinicznego, czy nie lepiej byłoby ograniczyć się do zabrania głosu w dyskusji nad poprzednim odczytem, jako do formy słowa mniej obowiązującej? Zależy to oczywiście od sposobu zapatrywania się mówcy na swój stosunek do audytorium...

Że Kol. KR. tematu nie wyczerpał, że zwrócił uwagę tylko na niektóre wskazania do operacji, o to rzecz prosta pretensji mieć nie można. Natomiast można i należy uczynić prelegentowi zarzut, że i tych wskazań, na których zatrzymał naszą uwagę, nie postarał się bliżej wyjaśnić i uzasadnić. Nawet zupełnie nowe wskazania zaczerpnięte z najświeższej literatury, nawet oryginalne poglądy prelegenta, wygłoszone zostały w formie niemal aforystycznej. A to pewna, że nie wszystkie one są tak jasne i zro-

zumiałe, ażeby obejść się mogły bez ścisłego umotywowania. S. zatrzymuje się dla przykładu na jednym tylko własnym poglądzie prelegenta, a mianowicie na jego twierdzeniu, że wskazaniem do podjęcia operacji może być niekiedy i ten argument, iż chory „nie ma nic do stracenia”. Jest to argument, zdaniem mówcy, niezmiernie elastyczny i w rozumowaniu naukowym wręcz niedopuszczalny. Nie da się on pogodzić z tem świetnym stanowiskiem, na jakim stoi obecnie chirurgia i obniża ją do poziomu błąkających się jeszcze o niej pojęć popularnych. Decyzja operacji, podobnie jak i każdego innego racjonalnego zabiegu leczniczego, opierać się może li tylko na przeświadczeniu, że chory ma jeszcze „coś do zyskania“ i że szanse jego ratunku lub poprawy wyższe są, aniżeli niebezpieczeństwo samego zabiegu, a spodziewane korzyści większe są, niż związane niekiedy z operacją szkody pośrednie. Dopóki w jakiej chorobie choćby zgola nieuleczalnej, dowód powyższy dostarczony nie został, dopóty operacja uważana być musi za przeciwwskazaną. W zabiegach leczniczych, które już nieraz były stosowane, dowodu takiego dostarcza głównie doświadczenie. Skoro zaś chodzi o zabiegi nowe, to opierać się one muszą na rozumowaniu ściśle krytycznem, popartem w miarę możliwości wszelkimi środkami, jakimi rozporządza medycyna eksperymentalna. Przykłał dla każdego chirurga, przystępującego do nowej operacji, świecić winien po wsze czasy Simon, który przed dokonaniem pierwszej swej nefrektomii przeprowadził cały szereg prób na zwierzętach i na zwłokach ludzkich, wydoskonalił metodę operowania do tego stopnia, że do dziś dnia pozostała ona klasyczną, a mimo to jeszcze w sam dzień operacji uważał za konieczne wytłomaczyć się przed całym areopagiem zaproszonych lekarzy z motywów i widoków swego postępowania.

W wykładzie Kol. Kr-go zadzwięczała po kilkakroć nuta wymówki pod adresem naszych internistów, że niedość skwapliwie kwalifikują chorych do operacji. Jest to wymówka niesłuszna. Zapewne, że znajdują się wśród nas lekarze zbyt konserwatywnie usposobieni, ale tacy znajdują się wszędzie. Mimo to wszystkie racjonalnie umotywowane operacje przyjmują się dobrze i na naszym gruncie. Jeżeli zaś nie idziemy w pierwszym szeregu, jeżeli nie torujemy w chirurgii dróg nowych, zależy to w części od nieprzyjaznych warunków naszej pracy, w części zaś może i od właściwości naszego charakteru narodowego. Możemy pod wielu względami ustępować naszym kolegom zagranicznym, ale śmiało powiedzieć to należy, że na jednym punkcie nie potrzebujemy wstydić się porównania. Ogół nasz lekarski posiada wysoko rozwinięte poczucie odpowiedzialności za powierzone mu zdrowie i życie ludzkie; ryzykowne eksperymentowanie na

chorych nie leży w naszym charakterze. Jeżeli jest to zarzut, to dotyczy on w równej mierze naszych chirurgów, jak internistów. Takie operacje, jak wspomniane przez prelegenta, chyba tylko przez ironię, przyszywanie ruchomych nerek w chorobach umysłowych, u nas się nie rodzą i nie tylko dla tego, że powstrzymują od nich interniści, ale że naszym chirurgom nie przychodzą one nawet do głowy. (Autoreferat).

ŁĘŚNIEWSKI sądzi, że należą się wyrazy uznania kolegom RZĘTKOWSKIEMU i KRYŃSKIEMU za powzięcie zamiaru poruszenia na posiedzeniu ogólnem Towarzystwa tematu z t. z. dziedziny pogranicznej.

Z przemówieniem kol. KRYŃSKIEGO L. jest w stanie o tyle o ile zgodzić się, jakkolwiek sądzi, że prelegent zamało pogłębił temat, że przedstawił go za pobieżnie.

Inaczej sądzi L. o przemówieniu kol. RZĘTKOWSKIEGO. Przed zabraniem przezeń głosu L. przypuszczał, że kol. Rz. najpierw poda charakterystyczne cechy chorób wewnętrznych, zasadniczo odróżniając je od chorób chirurgicznych i na mocy tychże cech wykaże, że leczenie chirurgiczne w tego rodzaju chorobach jest wogóle jaknajbardziej przeciwwskazaniem. Zupełnie odmiennie opracował temat kol. Rzętkowski i mianowicie tak, że temat i opracowanie są w zupełnej niezgodzie. Temat zapowiada, że prelegent ma mówić o „o g ó ł n y c h p r z e c i w w s k a z a n i a c h d o c i r u r g i c z n e g o l e c z e n i a c h o r ó b w e w n ę t r z n y c h”. O jakich atoli chorobach wewnętrznych mówi kol. Rz.? Mówi on o ropniach mózgu, płuc, wątroby, o nowotworach żołądka, kiszek, o kamieniach nerkowych, żółciowych, o zwężeniu przełyku, odźwiernika, kiszek. Z powyższego widać, że kol. Rzętkowski za wewnętrzne uważa wszelkie cierpienia, odbywające się w organach, położonych wewnątrz jam ustroju, a zatem w jamie czaszki, klatki piersiowej, brzucha. Czy jednak jest to wystarczająca podstawa do klasyfikowania chorób? Prawdopodobnie, byłoby najślusniej dzielić nie choroby na wewnętrzne i chirurgiczne, lecz sposoby leczenia chorób. Skoro jednak kol. Rzętkowski mówi o chorobach wewnętrznych, to tem samem upoważnia do odróżniania chorób wewnętrznych od chirurgicznych. Otóż podstawa do klasyfikacji, obrana przez kol. Rz. jest b. małej wartości, prowadzi bowiem do zagmatwania pojęć. Bowiem L. nie może wystarczająco zrozumieć, dlaczego ropień uda, szyi i t. p. jest cierpieniem chirurgicznym, zaś ropień mózgu, wątroby—wewnętrzny; dla czego raka kiszki, żołądka mamy zaliczać do chorób wewnętrznych, zaś raka języka, raka twarzy do chorób chirurgicznych; dla czego zwężenie cewki moczowej

i zwężenie naprz. odźwiernika, cierpienia zupełnie teżsame mają należeć do 2 rozmaitych kategorii? Dla czego kamień nerki, moczowodu—jest chorobą wewnętrzną, zaś kamień pęcherza moczowego—chirurgiczną.

Oczywiście, można obrać bardzo rozmaite podstawy do ukłasyfikowania chorób. L. uważa za bardziej praktyczną od innych podstawę, uwzględniającą stosunek danej choroby do metody leczniczej, jaka najdzielniej zwalcza tę chorobę. Takich metod, zasadniczo różniących się między sobą, istnieją 2 rodzaje: I. możemy z pomocą bądź to odpowiednich warunków higienicznych, bądź to dyetetycznych, bądź to z pomocą wprowadzanych do ustroju ciał chemicznych wywoływać w nim pewne zmiany, pewne reakcje chemiczne, które wpływają w sposób leczący na cierpienie i II leczymy cierpienie na drodze fizycznej, wykonując ten lub ów rękoczyn, zadając ustrojowi gwałt. Otóż choroby leczone z pomocą pierwszej metody, należy zaliczyć, zdaniem L. do chorób wewnętrznych, z pomocą drugiej—do kategorii chorób chirurgicznych.

Przyjmując taką klasyfikację, tem samem stwarzamy ogólne wskazania i przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego chorób. Jednocześnie staje się oczywistem, że choroby, o których w przemówieniu swem mówi kol. Rz. należą do kategorii chorób chirurgicznych. A zatem, zdaniem L, należało by zatytułować przemówienie kol. Rzętkowskiego w sposób następujący: O przeciwwskazaniach do wykonywania zabiegów chirurgicznych.

Co się tyczy samych przeciwwskazań, przytoczonych przez kol. Rz. to z pewnemi zastrzeżeniami można zgodzić się na nie. Szkoda że kol. Rz. uwzględnił tylko przeciwwskazania do jednego rodzaju znieczulania chloroformowego.

Na zakończenie L. sądzi, że przytoczone wyżej drobne niedokładności bynajmniej nie zmniejszają istotnej wartości odczytu kol. Rz. Z jednej strony zestawił on b. pracowicie w całość błąkające się po pojedynczych artykułach i pracach fakty i spostrzeżenia, z drugiej nastęrczył sposobność kolegom rozmaitych specjalności do podzielenia się myślami, do wspólnego omówienia z rozmaitych punktów widzenia całego szeregu nieustalonych dotychczas spraw dla lekarzy praktyków nader ważnych.

[Autoreferat].

Borzymowski podnosi, że myślą przewodnią w odcytcie kol. Rzętkowskiego była chęć obrony b. słabych i wyniszczonych organizmów przed zbytнім radykalizmem noża chirurgicznego. Z tem dążeniem Borzymowski zupełnie się zgadza, co zaś do poszczególnych wniosków, to wymagają one wielu uzupełnień i zastrzeżeń.

1) Kol, R. nie powiedział nam w swoim odczycie, o jakich myśli przeciwskazaniach: względnych czy bezwzględnych.

2) Wniosek, że rozległe i wieloogniskowe nowotwory złośliwe stanowią przeciwskazanie do leczenia operacyjnego nie jest ścisły, ponieważ często robią się paliatywne operacje przy tych chorobach z dobrym wynikiem; wieloogniskowe i rozległe nowotwory złośliwe są tylko przeciwskazaniem (choć nie zawsze) do operacji radykalnych.

3) Wniosek kol. Rz. co do appendicitis brzmiał dosłownie tak: nie należy spieszyć z operacją, o ile nie zagraża niebezpieczeństwo życia chorego. Tymczasem przy tej chorobie zawsze niebezpieczeństwo zagraża życiu; zwykle zaś operacje robią wówczas, kiedy niebezpieczeństwo najmniej zagraża życiu (stan a froid) albo ograniczony ropień z wyraźną infiltracją i zrostami. B. powołuje się na odczyt Dr. DUNINA, który zaleca w każdym przypadku appendicitis operować. BORZYMOWSKI od kilku lat już operacje appendicitis w każdym okresie i oprócz jednego wątpliwego przypadku miał zawsze wynik dobry.

4) Według kol. R. obrzęki i brak apetytu również są przeciwskazaniem do operacji, tymczasem w każdej niemal ciężkiej chorobie jedno i drugie występuje i służy nam właśnie często wskazaniem do tem szybszego zabiegu operacyjnego np. przy pyemiach rozmaitego pochodzenia.

5) Cholemią również kol. Rz. uważa za coś b. niebezpiecznego ze względu na krwotoki; obawa ta jest teoretyczną, przy choleмии bowiem istotnie bywa większe krwawienie, wymagające dokładnej hemostazy. B. jednak nie widział nigdy krwotoku przy choleмии w ciągu 10-letniej praktyki szpitalnej.

6) Przy ostrej bezkrwistości kol R. radzi nie wahać się z zabiegiem chirurgicznym, natomiast chroniczną bezkrwistość na tle krwotoków z guzów złośliwych R. uważa za przeciwskazanie. Pogląd ten wymaga pewnych zastrzeżeń, w niektórych bowiem przypadkach ostrych krwawień nie operujemy, a często przy chronicznych krwotokach np. przy rakach macicy z powodzeniem operujemy.

7) Jakkolwiek choroby płucne niewątpliwie wymagają wielkiej ostrożności ze strony chirurga, to jednak argument kol. R., że przy operacjach często widywał pogorszenie, nie jest przekonującym, albowiem i bez operacji przy tych chorobach zdarza się b. często pogorszenie.

8) Co do narkozy, to B. radzi zwrócić uwagę przede wszystkim nie na czystość chloroformu lecz na chloroformatora. W szpitalach mamy zwykle dobry chloroform, ale gdyby nawet on zawierał w sobie ślady kwasu mrówczanego, to B. nie widzi

w tem wielkiego niebezpieczeństwa daleko niebezpieczniejszym jest niedoświadczony chloroformator. Statystyka MIKULICZA nie jest przekonywającą dla 2 powodów 1) inny rodzaj chorych otrzymywał u MIKULICZA narkozę, a inny był operowany pod Schleichem, 2) MIKULICZ posługiwał się narkozą eterową przy pomocy t. zw. asfictionsmethode, która obecnie została wszędzie zarzuconą.

9) R. uważa za przeciwwskazanie do operacji tylko pewien rodzaj wad sercowych, w praktyce jednak spotykamy zwykle jednocześnie wady kilku zastawek; dla chirurga najbardziej ważnym jest stan mięśnia sercowego, stłuszczenie np. mięśnia jest daleko gorsze niż każda skompensowana wada serca.

10) Niejasnym jest wniosek kol. R. co do dusznicy, bo dla samej dusznicy zabiegu żadnego nie trzeba, a jeżeli przy istnieniu dusznicy chory dostanie ropówki lub innej wypadkowej choroby chirurgicznej, to nikt nie zawaha się przed operacją.

Wszystkie wymienione przez kol. R. choroby wewnętrzne nie stanowią bynajmniej przeciwwskazań do zabiegu chirurg. B. uważa je za wskazania do ostrożnego stosowania zabiegów chirurgicznych.

Co do odczytu prof. KRYŃSKIEGO, to B. nadmienia, że przykłady chorób wewnętrznych nadających się do leczenia chirurg. zostały b. nieszczęśliwie wybrane przez prof. KRYŃSKIEGO. Ani operacja FREUNDA przy rozedmie płuc nie wywalczyła sobie dotąd żadnego zaufania, ani tembardziej choroba BANTIEGO, ani operacja Talmy. Można je polecać do badań i eksperymentów ale uważać je przy nich za wskazane zabiegi chirurgiczne obecnie jeszcze jest zawcześnie.

[Autoreferat].

ANASTAZY LANDAU mówił o operowaniu przy cukrzycy.

Cukrzyca sama przez się stanowi przeciwwskazanie do większych zabiegów operacyjnych; wobec tego operować należy tylko wówczas, kiedy mamy do czynienia ze wskazaniem życiowem. Taka jest zasada przewodnia, jaką kierować się trzeba przy kwalifikowaniu dyabetyków do operacji. Zastanowić się jednak wypada, jak zmniejszyć możemy niebezpieczeństwa, połączone dla osobnika cukrzycowego z operacją, zwłaszcza jeżeli towarzyszy jej narkoza.

Narkoza nawet u ludzi zdrowych wywołuje acetonurję, części zależną od głodzenia, atoli w znacznym także stopniu od toksycznego wpływu narkotyku i wywołanego przezeń nadmiernego rozpadu tłuszczu i białka. To, co występuje u ludzi pod względem przemiany materii zdrowych, potęguje się znacznie

u dyabetyków. Znane są przypadki, kiedy chorzy na cukrzycę (umierali przy objawach psychozy i śpiączki wkrótce po operacji przypadki BECKERA). Na uwagę zasługuje fakt, iż śpiączka wybuchła niekiedy nawet po anestezji lokalnej, np. kokainą, eukainą i t. d. przy operacjach ocznych (przypadki HIRSCHBERGA). Wskutek powyższego przygotowania do operacji, sama operacja i pierwsze kilkanaście godzin pooperacyjnych wymagają u dyabetyków nieco odmiennych środków, niż u innych chorych. Dyabetyka przed samą operacją nie należy zbyt długo głodzić i, zdaniem LANDAUA, bez względu na cukromocz powinien on dostać węglowodanów. Podczas operacji obchodzić się należy jaknajoszczędniej z narkotykiem. Pamiętając zaś o śpiączkach, występujących bezpośrednio po operacji, trzeba choremu do czarnej kawy dodawać lewulozy lub cukru mlecznego i nie żałować przytem alkali.

Kol. RZETKOWSKI dla zwalczania cukromoczu i acetonuryi proponuje naprzemian dyetę ścisłą z owsianą. Zazwyczaj prowadzi to do celu; zdarzają się jednak przypadki, kiedy usuwanie cukromoczu i psychozy nie może być rozłożone na dwa tempa i kiedy musimy jednocześnie zastosować środki przeciwko jednemu i drugiemu. Dzieje się to zazwyczaj przy cięższej cukrzycy, kiedy przy dyecie ścisłej acetonurya przybiera groźne rozmiary, zaś dyeta owsiana w formie Noorden'owskiej wzmagą silnie cukromocz, co oczywiście, ujemnie znów wpływa na gojenie się rany. W tego rodzaju przypadkach LANDAU proponuje stosować dyetę jarzynową z dodaniem 1 litra mleka lub 100 grm. mąki owsianej, zależnie od tego, co chory lepiej asymiluje — cukier mleczny czy też krochmal owsiany. Powyższa dyeta jarzynowo-mleczna lub też jarzynowoowsiana — wypełniać będzie podwójne wskazanie. Z jednej strony zredukuje ona cukromocz do możliwego minimum, z drugiej zaś dzięki poprawionej tolerencji węglowodanowej zmniejsza się także objawy psychozy. Jak zawsze, tak i tym razem pamiętać należy o dostarczaniu choremu zasad w dostatecznej ilości [Autoreferat]

DUNIN, na ogół biorąc, zgadza się z wywodami RZETKOWSKIEGO w sprawie przeciwwskazań operacyjnych, zapatruje się tylko nieco inaczej na kwestję narkozy chloroformowej. Nie można tutaj tak kategorycznie formułować swe postulatory, jak to uczynił prelegent. DUNIN widział przypadek, gdzie przy zdrowem zupełnie sercu, co stwierdziła autopsja, chory umarł w samych początkach chloroformowania; natomiast nie widział wady serca, przy której by chory nie był operowany pod narkozą chloroformową, a jednak nie przypomina sobie ani jednego przypadku śmierci. Rzecz

naturalna, że przy cierpieniach serca trzeba postępować ostrożnie, lecz tam, gdzie operacja jest potrzebną nawet angina pectoris nie może być bezwzględnie przeciwskazaniem do chloroformowania.

Rzętkowski słusznie twierdzi, zdaniem mówcy, że zabieg operacyjny na jednym organie gruźliczym bardzo często sprowadza pogorszenie w drugim, gruźlicą dotkniętym. Winą jednakże takiego zwrotu, sądzi D. najczęściej nie jest operacja, lecz warunki, w jakich chory na skutek tej ostatniej przez czas dłuższy lub krótszy się znajduje: leżenie w łóżku, brak ruchu i powietrza, złe odżywianie się i t. p.

Nowotwory złośliwe są bezwzględnie przeciwskazaniem do operacji.

Zwracając się do odczytu KRYŃSKIEGO, DUNIN energicznie odpięra zarzut tego ostatniego, jakoby u nas interniści rzadko chorych do operacji kwalifikowali i tem im krzywdę wyrządzali, a chirurgii polskiej rozwój tamowali; gdzie operacja jest potrzebną i daje szanse powodzenia, tam interniści do pomocy chirurgii się uciekają,

Kolega Wł. JANOWSKI zwraca uwagę, że operacja FREUNDA została dotąd wykonana zaledwie w 4-ch znanych w literaturze przypadkach (FREUND, MOHR, PÄSSLER, SEIDEL i STIEDA). Wskazania do operacji są dotąd bardzo trudne do postawienia, gdyż z jednej strony nie można operować wszystkich dotkniętych rozemną płuc, z drugiej—powyżsi autorowie twierdzą, że chorzy z rozwijającymi się już objawami niedostateczności serca do tej operacji już się nie nadają. Sam FREUND twierdzi, że ów trudno dający się określić moment, w którym chory powinien być poddany jego operacji, może być określany nadal tylko przez terapeutów, co, oczywiście, nie dałoby się konsekwentnie przeprowadzić. Sam typ potrzebnej operacji już został poddany dyskusji; mianowicie już STIEDA nie rozcinał swemu pacjentowi chrząstki pierwszego żebra, jak tego FREUND wymagał, lecz rezekował chrząstki żeber: 2-go do 5-go. Radzi on wykonywać tę operację dwustronnie, w dwa tempa, oddalone od siebie o kilka tygodni. Aczkolwiek więc STIEDA twierdzi, że po tak wykonanej operacji nie tylko poprawił się stan subiektywny chorego, lecz ruchy całej klatki piersiowej stały się żywszemi, dodatkowe mięśnie oddechowe przestały pracować, dolny brzeg płuc uniósł się ku górze, a i serce się odkryło, to jednak operacja ta, jako oparta na nie dowiedzionym jeszcze poglądzie teoretycznym o sposobie powstawania

rozędmy płuc, nie może być jeszcze dzisiaj śmiało zalecaną. Chirurgia bowiem musi operować się w swoich odpowiedzialnych wskazaniach do rękoczynów lub metodach postępowania tylko na takich podstawach teoretycznych, które są niewzruszone, jak podstawy do antyseptyki lub do operacji na mózgu, z których pierwsze wynikły z badań bakteryologicznych, a drugie—z doświadczeń fizjologicznych.

J. nie uważa, by ubliżało stanowisku chirurgii twierdzenie KRYŃSKIEGO, że można decydować się na pomoc operacyjną w takich zupełnie już straconych bez niej przypadkach, w których badanie kliniczne nie jest w stanie rozstrzygnąć, czy dana część układu nerwowego (rdzeń) została przerwana, czy też mocno uciśnięta. Wad serca J. nie uważa za przeciwwskazanie do operacji. Zgadza się ze zdaniem kolegi BORZYMOWSKIEGO, że raczej zły stan mięśnia sercowego powinien by stanowić przeciwwskazanie do poważnych rękoczynów. Dodaje jednak, że, niestety, żadna z dotychczasowych pomocniczych metod badania nie jest w stanie odkryć, czy sprawność mięśnia sercowego w każdym poszczególnym przypadku jest lub nie jest dostateczna. Z tego samego powodu, mając do czynienia z chorym na dusznicę bolesną, nie ma żadnej możliwości stanowczego odmawiania go od operacji, jeżeli zachodzi tu konieczność. Przypadki krwotocznego usposobienia wskutek niedostateczności wątroby są JANOWSKIEMU w liczbie dwóch zuane. Co do leczenia usposobienia krwotocznego za pomocą żelatyny, to wbrew koledze BORZYMOWSKIEMU, J. twierdzi na zasadzie swego doświadczenia, że ono jest możliwe i skuteczne, ale, oczywiście, nie w takich przypadkach, które muszą być natychmiast operowane. Żelatyna bowiem zmniejsza skłonność krwotoczną dopiero przy podawaniu jej do wewnątrz w ciągu kilku tygodni, po 50 do 60 gramów dziennie. [Autoreferat].

ŁUCZYCKI zaznacza, że należy odróżniać 2 kategorie obłądów pooperacyjnych. Do pierwszej kategorii należą obłądy tak zwane chloroformowe, które powstają po zastosowaniu chloroformu prawdopodobnie na skutek porażenia naczyń, osłabienia działalności serca, zmniejszenia ciśnienia krwi, lub zatrucia organizmu. Obłądy te mają charakter ostry amencyjny lub przewlekły pod postacią psychoz degeneracyjnych (mania periodica). Do tej kategorii można również zaliczyć tak zwane obłądy jodoformowe przy stosowaniu opatrunków jodoformowych, zasypywaniu jodoformem i t. d. Psychozy te charakteryzują się niezwykle podnieceniem, splątaniem oraz omamami przerażającymi, jaskrawymi i trwają od kilku dni do kilku tygodni.

Do drugiej kategorii należą obłądy, powstające u osobników z neuropatycznym obciążeniem lub nerwicą na skutek podniecenia, wzburzenia i niepokoju przed operacją, następnie szoku mechanicznego i utraty krwi. Najczęściej wybuchają u alkoholików, degenerantów, histeryków, epileptyków. Obłądy te według Gucci spostrzegane najczęściej przy operacjach ocznych i kastracyach są trojakiemu rodzaju: 1) ostre manjkalne, 2) halucynacyjne, 3) pod postacią zadumny. WUNDERLICH zaznacza odrębną postać delirium traumaticum nervosum po operacjach bolesnych. Należy zwrócić uwagę na obłądy pooperacyjne u epileptyków. BECHTEREW zauważył, że u epileptyków, u których przed operacją spostrzegano tylko napady drgawek bez żadnych zaburzeń umysłowych, po operacji czasami wybuchają tak zwane ekwiwalenty epilepsji o przebiegu nadzwyczaj gwałtownym, kończące się niekiedy śmiercią. W zakończeniu Łuczycyki przytacza przypadek, który spostrzegał w Szpitalu Ujazdowskim. Żołnierz jednego z pułków warszawskich był przysłany na oddział psychiatryczny, jako podejrzany o symulację. Po roku spędzonym w pułku, w którym to czasie sprawował się wzorowo i spełniał swe obowiązki bez zarzutu, raptem zaczął się spóźniać na mustrę, zrobił się apatycznym, krnąbrnym, nieposłusznym. Pomimo stosowania kar nic nie zmienił się na lepsze. Gdy zauważono, że śmieje się bez żadnego powodu odesłano go do Ujazdowa. Po kilku tygodniach obserwacji przekonano się, że chory cierpi na dementia praecox hebephrenica incipiens. Wskutek dość dużego czyraka, który uformował się choremu w okolicy lewej łopatki—był posłany na oddział chirurgiczny, gdzie mu go przecięto. Natychmiast po operacji wpadł w stan katatoniczny, leżał całe dnie i noce bez ruchu, odmawiał przyjmowania pokarmów. Był karmiony zgłębnikiem w ciągu 3 miesięcy, wskutek wycieńczenia dostał pneumonii opadowej i umarł. OSIPOW również spostrzegał przypadek podobny.

[Autoreferat]

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *Ig. Landstein.*

Posiedzenie kliniczne z dnia 17 Grudnia 1907 r.

Przewodniczący Prezes *W. Kamocki*.

Obecnych członków 59 i gości 4.

- T r e ś ć:** 1) *HOLUB*.—Przedstawienie chorego po przebytem meningitis cerebrosppinalis.
- 2) *OTTO Cz.* Pokaz sztucznie wywołanego tętniaka u królika przez zastrzykiwanie adrenaliny.
- 3) *JANOWSKI W.* a) Pokaz płytek, dowodzących odczynu proteolitycznego białych ciałek krwi. b) Pokaz krzywych, zdjętych przez przełyk z lewego przedsionka serca za pomocą turgosfygmografu *STRAUSSA*.
- 4) Dalszy ciąg dyskusyi nad odczytami kol. *RZĘTKOWSKIEGO* i *KRYŃSKIEGO*

I. Protokoły dwóch poprzednich posiedzeń odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości koll. *DLUGOSZEWSKIEGO*, *HOLUBA*, *KIETKIEWICZA* i *KORONKIEWICZA*.

III. Do biblioteki Tow. złożyli *JANOWSKI* pracę swą: „Dagnostyka funkcjonalna serca i naczyń“.

RZĘTKOWSKI dzieło *RYCHTERA* „Przemiana materyi i jej choroby“, tłumaczone zbiorowo pod redakcją *RZĘTKOWSKIEGO*.

IV. Prezes zawiadomił o przejściu kol. *Kazimierza Ciągłińskiego* na członka czynnego Tow.

V. Prezes złożył listę składek na kasę wsparcia wdów i sierot po lekarzach zamiast noworocznych powinszowań.

VI. Na członka czynnego złożył podanie kol. *ŁAZAROWICZ*.

VII. Odczytanie sprawozdań z prac kandydatów na członków Towarzystwa.

Kol. *Wł. JANOWSKI* demonstruje płytki, dowodzące odczynu proteolitycznego białych ciałek krwi. Jak wiadomo wielojądrowe ciała krwi, otrzymane z wysięków ropy zwyczajnej lub samej krwi, posiadają własność rozpuszczania ciał białkowych, dzięki zawartemu w nich spacyalnemu fermentowi proteolitycznemu. Reakcyja ta występuje znakomicie przy puszczeniu małych kropelek ropy lub osadu z wysięków na surowice krwi, zawierającą domieszkę cukru gronowego. Pragęc prowa-

dzie na swoim oddziale badania na opsoniny, do których potrzebne jest otrzymanie białych ciałek krwi w możliwie czystym stanie, J. wpadł na pomysł wypróbowania, czy do badań tych nadają się ciała ropne z ropy, otrzymanej przez wstrzykiwanie zwierzętom jałowych środków drażniących, jak rtęć, terpentyna, 5% roztwór lapisu, kreolina, oleum sabinæ lub krotonowy w rozcieńczeniu. Ponieważ z badań swoich, przeprowadzonych w r. 1894 J. wiedział, że największe zmiany wsteczne morfologiczne stwierdzić można w ropie otrzymanej przez zastrzykiwanie jałowej rtęci, przeto zbadał przedewszystkiem tego rodzaju ropę na własności proteolityczne, okazało się przytem, że ropa ta, pomimo iż pod mikroskopem zawiera wiele produktów rozpadu, posiada jednak wysokie własności proteolityczne. Jak widać z przedstawionych płytek surowicy krwi wołowej, ropa ta wytrawia w niej dziury w ciągu 24 godzin i to nietylko będąc puszczone na tę surowicę in substantia, lecz nawet po rozcieńczeniu tej ropy fizyologicznym roztworem soli w stosunku 1 : 1, 1 : 10, 1 : 30, a nawet 1 : 60. J. zwraca uwagę, że badania ciałek ropnych na własności proteolityczne są bardzo proste, gdyż prowadzone są w warunkach zupełnej jałowości płytek surowicy z powodu wstawienia tych ostatnich do cieplarki o 54° C, przy którejto temperaturze żadne bakterye, które mogłyby obraz na płycie zaciemnić, nie rozwijają się, ferment zaś proteolityczny działa jeszcze w całej pełni, wskutek czego wydrążenia w płytce surowicy są, jak widać z przedstawionych okazów, bardzo wyraźne.

Kol Wł. JANOWSKI demonstruje krzywe, zdjęte przez przelyk z lewego przedsionka serca za pomocą turgosfygmografu STRAUSSA. Są to pierwsze tego rodzaju zdjęcia, gdyż pozostali dwaj autorowie, zajmujący się badaniem lewego przedsionka serca przez przelyk, zdejmują odnośne krzywe za pomocą sfygmokardiografu JAQUETA, jak to J. przed kilku tygodniami demonstrował. Krzywe, zdjęte za pomocą turgosfygmografu, mają wygląd nieco odmienny od otrzymywanych na sfygmokardiografie, co zależy od tego, że na pierwszym z tych przyrządów igła pisze krzywe na obracającym się walcu, podczas gdy na drugim z nich igła kreśli krzywe na przesuwającym się poziomo papierze.

Już w pierwszym swoim przemówieniu J. starał się wykazać przez obliczenie wzajemnych stosunków czasu odnośnych krzywych, zdjętych z przedsionka serca, że skurcz przedsionka zostaje na nich wyrażony przez spadek krzywej, jak to twierdzi MINKOWSKI, a nie przez jej podniesienie, jak to twierdzi RAUTENBERG. Obecnie, po rozpatrzeniu się w licznych krzywych sfyg-

mograficznych, zawierających, jak widać z przedstawionych 6 okazów, jednocześnie zdjęcia krzywej przedsionka serca, tonów serca oraz wierzchołka tego ostatniego, lub turgogramu tętnicy promieniowej, J. dochodzi stanowczo do wniosku, zeszyłem razem tylko zaznaczonego, że MINKOWSKI tłumaczy krzywe przedsionka serca słusznie, twierdząc, iż skurczowi przedsionka odpowiada na niej spadek z początku stromy, a potem bardziej stopniowy.

SAWICKI wogólności podziela poglądy prelegentów, zabiera przeważnie głos z powodu przemówienia BORZYMOWSKIEGO Nie zgadza się on właśnie z jego twierdzeniem, że cholemia nie jest przeciwwskazaniem do operacji. Zdaniem S. przy tem cierpieniu spotyka się często taką krwotoczność i takie następce krwotoki, że zawsze stany te powinny operację czynić zabiegiem niebezpiecznym. Podaje ze swej praktyki spostrzeżenia, które dowodzą tego jego poglądu. Nie zgadza się dalej z poglądem BORZYMOWSKIEGO, że i zwykła haemofilja nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego. S. pamięta przypadek zwykłego skaleczenia języka, gdzie najróżnorodniejsze zabiegi nie mogły u hemofilika krwotoku powstrzymać. Twierdzenie BORZYMOWSKIEGO jakoby żelatyna wstrzykiwana przed operacją nie zmniejsza krwotoku, jest niesłuszne; S żelatynie zawdzięcza uratowanie wielu chorych, którym żadne środki nie pomagały.

KRAUZE zaznacza, że nie można twierdzić, żeby krwotoczność nie była, jeżeli już nie przeciwwskazaniem do operacji, to bardzo ważnym momentem, na który należy zwracać uwagę. K. rozumie tu nie tylko hemofilję, lecz również krwotoczność jaką spostrzegać może u chorych z żółtaczką z powodu cierpienia dróg żółciowych. Byłem obecny przy operacji w szpitalu Augusta w Berlinie, gdzie chirurg, chcąc wykonać operację na chorej z żółtaczką z powodu niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, zaraz po przecięciu skóry miał tak duże krwawienie, że literalnie operować nie mógł, zaszył skórę i chorą odesłał na salę; nie wystarczyła tu chorej tama naczyń i podwiązanie, gdyż krew sączyła się jak z gąbki. Jeżeli już w takich razach uda się z wielkimi wysiłkami dotrzeć do narządów wewnętrznych, to przy manipulacji na uraz, przy oddzielaniu zrostów, może być takie krwawienie, że choremu może grozić poważne niebezpieczeństwo.

Cukrzyca wogóle nie jest przeciwwskazaniem do operacji, aczkolwiek w wielu razach trudno orzec, czy operować czy nie. Znane są przypadki, w których przy poczynającym się nawet coma diabeticum i przy daleko posuniętem zakażeniu, operacja uratowała życie choremu, w innym zaś przypadku operacja

wykonana w warunkach sprzyjających dała wynik niepomysłny.

Co się tyczy chorych przed operacją, to niektórzy radzą podawać węglowodany tam, gdzie ilość cukru jest bardzo mała i chory jest osłabiony, niektórzy zaś radzą zniżyć ilość cukru do zera za pomocą diety antidiabetycznej o ile z operacją można czekać. Ważną jest rzeczą sam sposób wykonywania operacji. Chloroformu podawać mało, lub zamiast niego eter, nie operować pod SCHLEICHEM, nie nakładać opaski ESMARCHA, lecz przyciskać naczynie palcem. Naturalnie acetonuria i silny upadek sił stanowi ważne przeciwwskazanie do operacji.

Ważnem przeciwwskazaniem do operacji może nietylko u dorosłych jak u dzieci stanowi mocno powiększona grasicca (glandula thymus). Wiadomo, że u bardzo wielu przyczyną śmierci pod chloroformem, lub wkrótce po operacji była właśnie glandula thymus. Rozpoznanie obecności takiego gruczołu jest bardzo trudne. Przeważnie, jak mówią, znajdujemy go u dzieci lymfatycznych, u których układ limfatyczny wogóle nadmiernie jest rozwinięty. Stopienie na mostku wskazać może na obecność gruczołu lecz nie zawsze. Byłem niedawno obecny przy operacji wola, gdzie rozpoznano wole pod mostkiem na zasadzie stopienia na mostku i duszności. Chora umarła na stole operacyjnym, a przy sekcji pokazało się, że miano do czynienia z dużą grasicą. Co jest przyczyną śmierci w tych razach nie stwierdzono. Chloroform nie, gdyż znany jest przypadek śmierci w kilka godzin po operacji wola, wykonanej pod SCHLEICHEM. Być może że sama operacja wywołuje jakieś pobudzenie psychiczne u lymfatyków z rozwiniętą bardzo grasicą, u których wogóle nastąpić może nagła śmierć z błahego powodu. Być może że gl. thymus przyczynia się do zmniejszenia pojemności śródpiersia, uciska na ważne narządy, a położenie chorego podczas chloroformowania z szyją wyciągniętą tembardziej do tego się przyczynia. Co się tyczy przeciwwskazania do operacji raczej do chloroformowania chorego ze strony serca to K. zgadza się w zupełności z tymi, którzy utrzymują, że bardzo rzadko serce bywa przeszkodą do chloroformowania. Przy tak zwanej śmierci pod chloroformowaniem, nie zawsze należy szukać przyczyny w sercu, gdzie bardzo często jej nie znajdujemy.

K. dodaje jeszcze, że przeciwwskazaniem do wycięcia nerki jest proces chorobny, przeważnie wrodzony, jakiego spodziewać się można w obu nerkach, tak degeneratio cystoidea nerki jest przeciwwskazaniem do wycięcia nerek, gdyż zwykle i druga nerka w takich razach jest zajęta.

[Autoreferat]

BORZYMOWSKI w odpowiedzi na przemówienie SAWICKIEGO podnosi, że w zupełności uznaje, że przy choleмии krwawienia są większe, lecz sądzi, że jednak prawie zawsze opanować je można. Co się tyczy podanego przez S. przypadku krwawienia z języka, które zaledwie po długich usiłowaniach po kilku godzinach opanowane zostało, to B. sądzi, że wystarcza w takich razach nałożenie szwów.

MUTTERMILCH St. zaznacza, że wśród przypadków anemii nadających się przedewszystkiem do operacji, prelegenci nie wspomnieli o chorobie BANTIEGO, przy której usunięcie śledziony sprowadza zupełne nieraz wyzdrowienie. Zresztą droga operacyjna jest tu jedynym wskazaniem leczniczym.

JAKIMIAK, nawiązując swe słowa do przypadku ciężkiego krwawienia języka, przytacza własne spostrzeżenie obrażenia tego organu, gdzie szwy jedynie krwawienie zwiększały i dopiero podwiązanie art sublingualis—krwotok zatamowało.

KRYŃSKI, odpowiadając na zarzut niektórych mówców, podnosi fakt, że przemówienie swe zatytułował „w sprawie wskazań operacyjnych“, a okoliczność ta pozwoliła mu nie traktować wyczerpująco przedmiotu, lecz omówić niektóre tylko jego części.

K. nie może zgodzić się z twierdzeniem HEWELKEGO, jakoby chirurgia nigdy nie mogła odpowiedzieć ideałowi medycyny, t. j. sprowadzania restitutio ad integrum: usunięcie np. nowotworu lub ropnia jest wszak restitutio ad integrum.

KRYŃSKI nie przeczy, że w jego przemówieniu, jak to podniósł DUNIN, niema nic nowego, lecz uważa to za rzecz naturalną, bo o nowych rzeczach wogóle mówi się rzadko. Mówiąc o konserwatyzmie internistów chciał K. właśnie podnieść antagonizm internistów i chirurgów. Zupełnie zgadza się mówca z twierdzeniem DUNINA, że nasza medycyna wewnętrzna stoi na wysokości zadania, lecz sądzi, że ta pochwała wyjść winna raczej z ust chirurga, niż internisty, nie byłaby to wtedy propria laus.

SKŁODOWSKIEMU K. odpowiada, że za jedyny faktyczny jego zarzut uważa posądzenie mówcy, jakoby okoliczność, że niema nic do stracenia“, uważał za wskazanie do operacji. To „niema nic do stracenia“ powiedziane było przy przypadku urazu rdzenia i tylko tutaj wobec braku pewności o stopniu i rodzaju uszkodzenia rdzenia może ono na szali interwencji chirurgicznej zaważyć.

Na tem posiedzenie zakończono

Prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *Ign. Landstein.*

Posiedzenie administracyjne dnia 31 Grudnia 1907 r.

Członków obecnych 13.

I. Prezes odczytał nadesłany Towarzystwu program obchodu 30-lecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, i zawiadomił o wysłaniu depeszy gratulacyjnej.

II. Prezes odczytał odezwę kol. BĄCZKIEWICZA proponującą zaliczenie prof. JAKUBOWSKIEGO w poczet członków honorowych Towarzystwa.

III. Prezes zawiadomił, że zeszłoroczne premium MOCZUTKOWSKIEGO, przyznane ś. p. KRAJEWSKIEMU, żona nieboszczyka przekazała funduszowi „Pamiętnika Tow. Lek.“. Zebrani upoważnili zarząd do złożenia podziękii wdowie.

IV. Podskarbi przedstawił usprawiedliwienie budżetu Tow. za rok ubiegły 1907.

V. P. o. sekretarza stałego (KOSMOWSKI) przedstawił proponowany budżet na rok 1908 i nakreślił obraz przekształceń, jakim ulegała stopniowo gospodarka wewnętrzna Towarzystwa w ciągu ostatnich 9 lat, w których zastępczo pełnił obowiązki sekretarza stałego.

Są to następujące melioracje:

1. W r. 1900 przerobiono ogólne klozety w domu Towarzystwa Lekarskiego kosztem rb. 1500.
2. W r. 1904 ukończono budowę domu frontowego dochodowego, przyczem zniwelowano i uporządkowano cały dziedziniec domu, zaprowadzono na nim plantacje, połączono dom z linią oświetlenia elektrycznego i doprowadzono oświetlenie gazowe do wszystkich klatek schodowych i lokali prywatnych w oficynach. Sprawozdanie z budowy ogłoszono w roczniku Zarządu w roku zeszłym.
3. Rozszerzono i zmodyfikowano lokale, zajmowane na potrzeby Towarzystwa, a mianowicie urządzone szatnię, odświeżono i uporządkowano salę posiedzeń, w której zaprowadzono oświetlenie elektryczne, urządzone czytelnię Towarzystwa z całym inwentarzem, kosztem 3000 rubli, urządzone pomieszczenie dla bibliotekarza; biura dla Kancelaryi; rozszerzono bibliotekę Towarzystwa, zaprowadzono w niej hydranty i oświetlenie od dachu (górnę); przeniesiono do większego lokalu pracownię Towarzystwa.

4. W rachunkach Towarzystwa zaprowadzono buchalteryę podwójną i wprowadzono zwyczaj corocznego układania ogólnego bilansu funduszków Towarzystwa i jego majątku i ogłoszenia tego bilansu w roczniku Zarządu.
5. Wszystkie fundusze żelazne konkursowe i stypendyalne, będące pod opieką Towarzystwa przeniesiono z hypoteki domu Towarzystwa i umieszczono je w Listach Zastawnych Miejskich i Wiejskich, znajdujących się w depozycie instytucji kredytowych.

Budżet przyjęto.

VI. Kol. L. ZEMBRZUSKI z powodu budżetu bibliotecznego domagał się zaprenumerowania wszystkich pism lekarskich polskich, w czym go popiera podskarbi DOBRSKI. Kol. POLIKIER zwraca uwagę na brak pism specjalnych. Bibliotekarz kol. BIELIŃSKI daje odpowiednie wyjaśnienie. Obecni uchwalają wniosek kol. ZEMBRZUSKIEGO.

VII. KARCZEWSKI zabiera głos w sprawie pracowni Towarzystwa; bliższa dyskusya nad tym przedmiotem odkłada się do czasu ukazania się sprawozdania z czynności pracowni.

VIII. Bibliotekarz BIELIŃSKI odczytał sprawozdanie biblioteki.

XI. Wiceprezes odczytał sprawozdanie Komitetu bibliotecznego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *Ig. Landstein.*

Sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1907.

Na początku roku 1907, a 90-go swego istnienia, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie liczyło w swym składzie członków honorowych 11, członków czynnych 243, członków korespondentów 93, oraz członków przybranych 3.

W roku sprawozdawczym zmarło członków honorowych dwóch: prof. Hoyer i Jordan, z pomiędzy członków czynnych zmarli, kol. Władysław Krajewski, Stanisław Perkowski i Bolesław Żebrowski. Z członków czynnych na członków korespondentów przeszli kol. Mieczysław Goldbaum, Henryk Sadowski, Aleksander Żebrowski, z grona członków usunęło się dwóch, kol. Jakób Halpern i Julian Steinhäus. Na posiedzeniu wyborczem weszło do grona Towarzystwa członków czynnych 9.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo odbyło 29 posiedzeń klinicznych (w r. z. 28). Na posiedzeniach klinicznych wygłoszono odczytów 36 (w r. z. 35), w tej liczbie dwa przez nieczłonków (w r. z. 1). Demonstracyi dokonano 56 (w r. z. 48), z tych dwie przez nieczłonków. Ogółem zabierało głos kol. 88 (w r. z. 85), w tej liczbie jeden nie członek. Gości wprowadzonych ogółem było 76 (w r. zeszłym 92). Najliczniejsze posiedzenie liczyło 84 członków, najmniej licznie 11, przeciętnie bywało na posiedzeniach 44 członków.

W roku sprawozdawczym największa ilość odczytów przypadła medycynie wewnętrznej, a mianowicie 7. Wygłosili je następujący koledzy: Jan Świątecki „O chorobach kesonowych“ (dwa posiedzenia), Cz. Otto „Przypadek gruźlicy włókuistej płuc z wylewem krwi u 13 letniej dziewczynki (lues

hereditaria). O t t o „Przypadek gangreny kończyny górnej wskutek endoarteritis obliterans luetica”. S t a r k i e w i c z: „W sprawie patogenezy żółtaczkii przewlekłej wrodzonej”. R z ę t k o w s k i: „O odczynie ocznym u suchotników”. D ę b i ń s k i: „W sprawie odczynu ocznego u suchotników”. Odczyt kol. Ś w i ą t e c k i e g o tak ze względu na mało dotąd ogólnie znany temat, jak również dzięki wyczerpującemu swemu opracowaniu spotkał się ze szczerym uznaniem członków. Do tegoż działu zaliczyć należy i odczyt kol. R z ę t k o w s k i e g o: „W sprawie przeciwwskazań do leczenia operacyjnego chorób wewnętrznych“ wkraczający, w t. zw. „Grenzgebiet“ chirurgii i medycyny wewnętrznej. Przedmiot, poruszony przez prelegenta, należeć musiał do najżywotniejszych, skoro wysłuchała go największa w roku ilość członków (84), a dyskusya pociągnęła największą ilość mówców, bo 14. Jako pendant do odczytu kol. R z ę t k o w s k i e g o, wypowiedziany był bezpośrednio po nim, a przed dyskusją nad nim, referat kol. K r y ń s k i e g o p. t. „W sprawie wskazań operacyjnych w chorobach wewnętrznych“. Oba te tematy wywołały ożywioną, a nawet namiętną dyskusję, która z jednej strony stwierdziła nieznaczną na ogół różnicę w poglądach na daną sprawę między chirurgami i internistami, z drugiej zaś wykazała całą niesłuszność pomawiania tych ostatnich o zbyt i szkodliwy konserwatyzm w kwalifikowaniu chorych do zabiegów operacyjnych.

Następne miejsce co do ilości odczytów zajmuje bakteriologia. Wszystkie odczyty z tej dziedziny, jak i w roku zeszłym, zawdzięczamy kol. K a r w a c k i e m u, wygłosił on rzeczy 5: „Rzadki przypadek zapalenia opłucnej pochodzenia gruźliczego”. „Pokaz i wyjaśnienie wartości laktobacyllin”. „Posocznica meningococowa, posiewy krwi i płynu mózgodzeniowego. Aglutynacya“. „Pleuritis blastomycetica“ i „Hodowle krętka bladego“. Ostatnia ta praca była przedmiotem żywej dyskusyi, w której przeważało zdanie zbyt szybkiego, a nawet nieoględnego wyciągania wniosków z rzeczy tak niepewnych i nieściślych, jak doświadczenia prelegenta.

Trzecie z kolei miejsce zajmuje chirurgia, której poświęcono 4 prace. Zawdzięczamy je następującym kolegom: S ł a w i ń s k i zabierał głos: „W sprawie leczenia przepuklin“, L e ś n i o w s k i podnosił: „Sprawę leczenia ortopedyczno-chirurgicznego porażen dziecięcych“, P r ę g o w s k i (nie członek) zdawał „Sprawozdanie ze stosowania leczenia termoforami w przypadkach gruźlicy chirurgicznej“, Ś w i ą t e c k i J a n podał: „Trzy przypadki wycięcia śledziony“. Tutaj poniekąd

zaliczyć należy i referat kol. K r y Ń s k i e g o, o którym wspomnieliśmy w dziale medycyny wewnętrznej.

Również 4 odczyty przypadły anatomii patologicznej i histologii. K r y Ń s k i i S t. K o p c z y Ń s k i przedstawili mózg i czaszkę z przypadku, operowanego dwukrotnie z powodu padaczki J a c k s o n a, S t. K o p c z y Ń s k i demonstrował na epidiaskopie, popierając odpowiednimi uwagami i wyjaśnieniami, preparaty mikroskopowe mózgu i rdzenia z przypadku porażenia typu B r o w n - S e q u a r d a pochodzenia urazowego; O t t o wypowiedział rzecz p. t. „Zmiany anatomiczne w blaszkach i gruczołach krezkowych przy tyfusie brzuszny”; wreszcie H e n r y k L a n d a u odczytał pracę swą, nagrodzoną na konkursie im. K o c z o r o w s k i e g o, p. t. „Zmiany anatomiczne w nadnerczu przy arteriosclerozie“.

Gdy w roku zeszłym laryngologii i rynologii nie poświęcono ani jednej pracy, w roku sprawozdawczym dział ten posiadał 3 odczyty. Wygłosili je S ę d z i a k: „Obustronne porażenie rozwieraczy głośni”; P o l a Ń s k i: „Zmiany chorobowe w nosie, gardzieli, krtani i uszach przy influenzy”; i E r b r y c h: O operacjach podśluzowych skrzywionej przegrody nosa.

Tematy otyatryczne poruszali dwaj prelegenci: Ż e b r o w s k i A l e k s a n d e r mówił „O sprawach ropnych w błędniku usznym” i H e j m a n T e o d o r: „O rozpoznawaniu ropni mózgu pochodzenia usznego“.

Patologia ogólna i biologia, dotąd zwykle bardzo skąpo reprezentowane, w roku sprawozdawczym miały 5 odczytów. Zawdzięczamy je następującym kolegom: L a n d a u A n a s t a z y podał: „Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi i zatruciem kwaśnym”; K a r w a c k i mówił: „O teoriach odpornościowych w oświetleniu badań klinicznych” i „O płytkach krwi w stanach prawidłowych i patologicznych”; J a n o w s k i przedstawił: „Ciśnienie krwi i prawdziwą wielkość tętna w różnych sprawach chorobowych”, wreszcie Ż e b r o w s k i B o l e s ł a w wypowiedział rzecz p. t. „O stosunku substancji uczulających do precypitynogenu“.

W równej liczbie były wygłoszone odczyty z dziedziny chorób nerwowych, akuszeryi, fizjologii i chemii lekarskiej— z każdej kategorii po jednym odczycie. O t t o C z. mówił: „O odruchu świetlnym źrenic przy syfilisie”; L o r e n t o w i c z (nie członek): „O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego w błonie słuzowej trąbki i o histopatologii wczesnych okresów ciąży trąbkowej w świetle ostatnich badań”; J a n o w s k i pokazał na epidiaskopie krzywe skurczu lewego przedsionka serca, zdjęte

w przelyku⁴; Władysław Świątecki podał „Nową metodę ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu⁴”.

Zupełny brak odczytów z dermatologii i ginekologii, jak również bardzo nieznaczna ich ilość z neurologii i akuszeryi są niewątpliwie wynikiem szkodliwego wpływu w tym kierunku zebrań poszczególnych specjalności, zebrania te bowiem w znacznej mierze odciągają prelegentów od ogólnych posiedzeń klinicznych.

Wśród pokazów najliczniej reprezentowane były choroby skórne; notowano tutaj bowiem 15 demonstracji, co stanowi $\frac{1}{4}$ część ogólnej liczby pokazów. Największą liczbę chorych bo 7, przedstawił kol. K o z e r s k i, który z godną zaznaczenia systematycznością stale zapoznaje Towarzystwo z doniosłymi wynikami leczniczymi szeroko stosowanej przez siebie terapii świetlnej za pomocą promieni Roentgena, radu i lampy Finsena. Jeden przypadek z dziedziny tejże terapii przedstawił kol. J a n Ś w i ą t e c k i. Resztę zawdzięczamy koledze E l s e n b e r g o w i (4 przypadki), W i ś n i e w s k i e m u (2 przypadki) i T r z c i ń s k i e m u (1 przypadek).

Z kolei największą ilość chorych przedstawili neurologrzy, ogółem przypadków 14. Kol. B r e g m a n demonstrował 9 chorych z różnemi rzadszemi cierpieniami układu nerwowego, lub też jedynie rzadszymi objawami tychże; K o p c z y ń s k i St. pokazał 3 chorych, P o l a ń s k i i H o ł u b (nie członek) po jednym.

Chirurgicznych pokazów dokonali: kol. B o r z y m o w s k i, S z t e j n e r, T u c h e u d l e r, O d e r f e l d, K i e ł k i e w i c z i G a b s z e w i c z — każdy po jednym. Wybitniejszych rzeczy z tej dziedziny nie notowano.

Z medycyny wewnętrznej mamy do zanotowania 5 pokazów, czyli tyleż, co w roku ubiegłym, a zawdzięczamy je kol. S t a r k i e w i c z o w i, Ż e n c z y k o w s k i e m u, B r e g m a u o w i, S k ł o d o w s k i e m u i D ę b i ń s k i e m u. Wszystkie one dotyczą przypadków rzadszych i ciekawych jak: „wrodzona żółtaczką pochodzenia hemolitycznego” (S t a r k i e w i c z) „aneuryzma arteriosovenosum art. femoralis” (B r e g m a n), jak wreszcie „tętniak tętnicożylny spłotu ramieniowego” (S k ł o d o w s k i). Chory kol. D ę b i ń s k i e g o, któremu na 10 godzin przed demonstracją zapuszczono do worka łącznicy tu-berkulinę C a l m e t t a, miał już wyraźny odczyn swoisty.

Pokazów anatomicznych i anatomopatologicznych naliczyliśmy 5, dzięki kol. Z i e l i ń s k i e m u E d w., Ł o g u c k i e m u, S t. K o p c z y ń s k i e m u, O t t o i O d e r f e l d o w i.

Wśród nich wyróżnił się pokaz kol. Zielińskiego o organów z przypadku situs viscerum transversus completus.

Demonstracye bakteryologiczne w liczbie 4, jak to od szeregu lat ma miejsce, zawdzięczamy jedynie kol. Karwackiemu, który jednakże w stosunku do lat ubiegłych, pokazów w roku sprawozdawczym poskąpił. W akuszeryi zastosowano jedynie dwa pokazy kol. Endelmana.

Laryngologia, której od kilku lat na posiedzeniach ogólnych nie spotykano, w roku sprawozdawczym miała 3 pokazy, dwa kol. Dobrowolskiego i jeden kol. K. Sokółowskiego.

Z dziedziny teratologii, a właściwie zбочeń rozwojowych były dwa pokazy dzięki kol. St. Zembruskiemu i Łapińskiemu.

Nowe przyrządy do celów dyagnostycznych pokazywali kol. Janowski i Ettinger. Są to: 1) przyrządy do mierzenia ciśnienia krwi metodą akustyczną; 2) przyrząd do mierzenia średniego ciśnienia krwi, 3) sfgmoskop Reinholda; 4) przyrząd Buscha do mierzenia ciśnienia w kapilarach; 5) przyrząd do mierzenia ciśnienia żylnego; 6) sfgmoskop i turgosfgmograf Straussa.

Na oddzielnem miejscu zanotować należy krótką wzmiankę kol. Bączkiewicza o nowej surowicy przeciwskarlatynowej i pokaz ultramikroskopu, dokonany przez przedstawiciela firmy Reichert i S-ka.

Zestawiając przytoczone powyżej dane, przychodzimy do wniosku, że w roku sprawozdawczym działalność Towarzystwa w porównaniu z rokiem ubiegłym zaznaczyła się większą ilością odczytów i pokazów i większą różnorodnością ich treści, frekwencya jednakże członków i wprowadzonych gości na posiedzenia zmalała. Uderza dalej fakt, notowany i podkreślany zresztą i poprzednimi laty, coraz to rzadszego ukazywania się na posiedzeniach ogólnych tematów t. zw. specjalnych. Nie spotykamy wcale odczytów dermatologicznych, ginekologicznych ani akuszeryjnych, nie było prawie odczytów z dziedziny chorób nerwowych, nie pokazano ani jednego okazu zбочeń w rozwoju narządów płciowych i potworności z czem dawniej kol. Neugebauer systematycznie zapoznawał członków Towarzystwa. Dzieje się to dzięki odciąganiu tych prac i prelegentów na posiedzenia poszczególnych specjalności z wielką krzywdą tak dla posiedzeń ogólnych, jak i wogóle rozwoju Towarzystwa. Musiała ustać tak żywa dawniej wymiana myśli i poglądów między przedstawicielami różnych działów medycyny, a

okoliczność ta tylko ujemnie wpłynąć mogła na ogólny ruch naukowy Towarzystwa. W interesie dobra naszej wiedzy i naszego Towarzystwa leży spokojne uregulowanie tej palącej sprawy. Drugą kwestyą, domagającą się rychłego konkretnego rozwiązania, jest sprawa epidiaskopu, którego potrzebę odczuwają dzisiaj wszyscy prelegenci. Dotychczasowy jego kierownik z powodu braku czasu od pół roku zrzekł się tego kierownictwa, skutkiem czego aparat projekcyjny w ostatnim półroczu tylko w wyjątkowych razach na posiedzeniach się ukazywał. Duża i w każdym miesiącu wzrastająca praca, ze służbą przy nim związana, odstrasza innych kolegów. Towarzystwo powinno znaleźć sposób, aby położyć kres przymusowemu bezrobociu epidiaskopu; wymaga tego rozwój ruchu i poziomu naukowego Towarzystwa.

Sekretarz doroczny *Ignacy Landstein.*

OGŁOSZENIA.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

1. Stosunek tak zwanej arteriosklerozy doświadczalnej królików do miażdżycy tętnic u ludzi.
2. Azurofilowa ziarnistość limfocytów w rozmaitych stanach patologicznych.
3. Płytki Bizzozero, ich pochodzenie i udział w krzepnięciu krwi.
4. O wpływie ośrodków nerwowych na trofikę mięśni.
5. Stwierdzić doświadczalnie zależność tężyczki pooperacyjnej od wycięcia gruczołów przytarczycowych, oraz możliwość jej leczenia przez wszczepianie tych gruczołów.
6. Sprawdzić doświadczalnie na zwierzętach, jaka metoda połączenia dróg żółciowych z jelitem najbardziej zabezpiecza te drogi od zakażenia.
7. Wpływ alkoholu na wydzielanie się ciał alloksurowych z moczem.
8. Zbadanie chemiczne i bakteryologiczne wód ściekowych z domów w Królestwie Polskiem, skanalizowanych systemem przelewnym.
9. Doświadczenia i obserwacje nad wpływem kesonów Warszawskich na pierwiastki morfologiczne krwi.

10. Zmiany krzepliwości krwi i krążków czerwonych (ich wielkość i odporność) w żółtaczkach przewlekłych.

11. Samooczyszczanie się Wisły pod Warszawą podczas przyboru, przy średniej i niskiej wysokości wody.

12. Studja nad morfologią i bijologią spirochetów Obermeyer'a.

13. Badanie trawienia żołądkowego u ssawców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 Marca 1908 r. Za najlepsze dwie prace napisane na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 rub.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Tow. Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. 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 *J. Winiarski.*

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 i nb 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, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat: 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 *J. Winiarski.*

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 wzmiankowanej 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 uwieczniona 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 *J. Winiarski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1908 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1906 do dnia 31 marca 1908 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1908 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 200. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieczniona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiątniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora

p. o. Sekretarza Stałego *J. Winiarski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

zawiadamia, że w Październiku 1909 roku przyznana zostanie na groda imienia A. B. Helbicha w kwocie rubli 150 za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1907 i 1908 lub w tychże latach w rękopisie 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 uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi autorów o składanie ich, najpóźniej do 1-go Marca 1909 roku, na imię Sekretarza stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Autorowie, składający prace w rękopisie, mogą albo od razu najwięc nazwisko, lub składać je w zamkniętej kopercie zaopatrzonej tem samem, co i rękopis, godłem. Koperta z nazwiskiem otworzoną będzie tylko w razie przyznania nagrody.

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

p. o. Sekretarza Stałego *J. Winiarski.*

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 wyznaczone lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bliżka jest chwila, że w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększeniu się funduszków, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 15 Stycznia 1908 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.