

O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu.

(Praca nagrodzona na konkursie imienia Płaskowskiego).

podał

Władysław Sterling.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać pomiędzy licznymi przypadkami nowotworów mózgowia cały szereg przypadków z zaburzeniami psychicznymi. Niektóre z przypadków tych przedstawiały wybitne postaci chorób umysłowych, inne—pewnie nieznaczne tylko zaburzenia psychiczne, które stwierdzało tylko dokładne badanie psychiki chorych.

Jakkolwiek literatura zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu jest bardzo obfita i dochodzi już dzisiaj do liczby tysiąca przypadków—istnieją nawet specjalne monografie, poświęcone temu przedmiotowi (GIANELLI, SCHUSTER), jednakże opiera się ona przeważnie na niedokładnie pod względem psychiatrycznym badanym materiale, zaś monografie owe mają charakter raczej statystyczny (KNAPP, SCHUSTER) aniżeli istotnej analizy klinicznej.

Pam. Tow. Lek. T. 105 Z. III.

1

**Biblioteka Główna
WUM**



Sądzę też, że ogłaszanie nowych przypadków zaburzeń psychicznych przy guzach mózgu, odpowiadających pod względem badania wymaganiom współczesnej wiedzy psychiatrycznej może mieć znaczenie dla przyszłych wniosków i uogólnień, zwłaszcza zaś dla wyjaśnienia dzisiaj zupełnie jeszcze ciemnego związku pomiędzy zmianami organicznymi określonych terytorjów mózgu a specjalnymi typami zaburzeń psychicznych. Z kazuistyki mojej, obejmującej 13 przypadków nowotworów mózgu ze zmianami psychicznymi (na ogólną liczbę 48) podaję najpierw 4 dokładnie zbadane przypadki *in extenso*, zaś następnie streszczenie 10 przypadków z mniej wybitnymi zaburzeniami psychicznymi.

P r z y p a d e k I.

Hirsz. M. lat 53.

Anamneza obiektywna zebrana od synowej chorego. Według słów synowej chorego, choroba H. trwa zaledwie 3½ miesiące. Choroba rozpoczęła się od bardzo silnych bólów głowy, które występowały napadowo prawie codziennie, a czasem nawet 2—3 razy dziennie, taki napad bólu głowy trwał od 20 minut do godziny: podczas napadu chory stawał się senny, kładł się do łóżka, nie chciał z nikim rozmawiać, lecz wymiotów wtenczas jeszcze nie było.

Mniej więcej w tym samym czasie otoczenie chorego zauważyło, że stracił pamięć. Ta utrata pamięci według słów synowej chorego wystąpiła podobno prawie zupełnie nagle: pewnego razu podczas lekcji arytmetyki, chory zauważył, że nie może dać sobie rady z najprostszym zadaniem arytmetycznym (chory jest nauczycielem arytmetyki i wykazywał zawsze duże zdolności w tym kierunku). Chory wtenczas sam był bardzo przestraszony tem zjawiskiem i zażądał lekarza. Następnego dnia chory udał się na lekcję do jednego ze swych uczniów, który zauważywszy, że H. czuje się niedobrze, zaproponował odłożyć

lekcję do dnia następnego, na co H. nie chciał się zgodzić. Gdy uczeń wyszedł z pokoju, pragnąc pomówić o tem ze swemi rodzicami i powrócił napowrót, H. przywitał się z nim, jakgdyby go widział tego dnia po raz pierwszy i chciał zacząć lekcję. Od tego czasu pamięć chorego stale się pogarszała, tak że zaczął zapominać rzeczy najzwyczajniejsze i zdarzenia dnia bieżącego.

Począwszy od pierwszego dnia choroby chory zupełnie jasno zdawał sobie sprawę z tego, że stracił pamięć i zupełnie krytycznie odnosił się do rozmaitych swych postępów i które wypływały z defektów jego pamięci.

Taki stan chorego trwał mniej więcej 2 tygodnie: napady bólów głowy występowały codziennie lub co 2 dni, a czasem i po kilka razy dziennie: po każdym takim napadzie chory spał po kilka godzin, a po takim śnie pamięć wyraźnie pogarszała się.

Po 2 dwóch tygodniach, licząc od początku choroby bólom głowy zaczęły towarzyszyć wymioty, wymioty występowały wtedy 1—2 razy w tygodniu, bywały bardzo gwałtowne, towarzyszyły im silne poty i wyczerpanie. Po wymiotach ból głowy zazwyczaj nieco zmniejszał się—i wtedy chory czasem spał przez 24 godzin bez przerwy.

Od tego czasu stan chorego stale i bardzo powoli pogarszał się, chory czasem całemi godzinami siadywał zupełnie nieruchomo, czasem zaś bywały dni, kiedy chory bywał szczególnie apatyczny.

Chory jest żonaty 28 lat. Ma 5 synów i 2 córki, wszystkie dzieci są zdrowe. Najstarszy syn urodził się w 3 lata po weselu. W rodzinie chorego nikt nie cierpi na nerwowe choroby, również brak jest danych dziedzicznych. Chory zawsze cieszył się dobrem zdrowiem, nie przechodził nigdy chorób zakaźnych, również nie przechodził nigdy urazu ani fizycznego ani psychicznego. Dzieckiem uczył się dużo i odznaczał się dużemi zdolnościami, specjalnie do arytmetyki. Pracował bardzo dużo: dawał

lekcje od 8-ej rano do 11-ej wieczorem, a potem do 2-ej w nocy siedział nad książkami.

Pijał, lecz umiarkowanie. Palił również nie wiele. Wenerycznych chorób nie przechodził.

Stan psychiczny.

Co się tyczy orientacji z przestrzeni, to należy zauważyć co następuje: Chory wie, że znajduje się w szpitalu, „w którym leczą chorych na głowę,“ wie, że mieszka w Lublinie i że obecnie przyjechał do Warszawy leczyć się, lecz utrzymuje, że jest w Warszawie po raz pierwszy, podczas gdy w rzeczywistości był już raz tutaj mniej więcej rok temu.

Jeżeli go wyprowadzić z sali szpitalnej na korytarz i kazać mu znaleźć swoją salę i swoje łóżko, to chory początkowo twierdzi, że nie jest w stanie tego zrobić, następnie wchodzi do naprzeciwległej sali szpitalnej, odszukuje łóżko, nie odpowiadające położeniem swojemu łóżku, które chory zajmuje w swej właściwej sali szpitalnej twierdzi, że to jest jego łóżko, nazywa chorego, który leży w łóżku sąsiednim a którego widzi po raz pierwszy—swoim sąsiadem. Kiedy mu zwrócić uwagę, że to nie jest jego sala, zgadza się na to i przyznaje się do pomyłki.

Zaprowadzony napowrót do sali, którą istotnie zajmuje, zupełnie nie poznaje ani pomieszczenia ani chorych i dość pewnie twierdzi, że on nie tutaj leży.

Na zapytanie, gdzie mieszka, nie może nazwać ulicy w Lublinie, na której mieszkał.

Imię i nazwisko wymienia prawidłowo.

(Ile pan ma lat?) · „Pięćdziesiąt, zdaje się, że więcej niż pięćdziesiąt.“

(W którym roku urodził się?) „Już dawno, nie mogę powiedzieć kiedy, bo mój paszport w policji i dawno do niego nie zaglądałem.“

(Który rok obecnie?) Głęboko namyśla się i po kilku sekundach odpowiada: „nie pamiętam, po prostu wypadło

mi z głowy, zadziwiająca rzecz, jakto może być, ażeby tak prosta rzecz wyszła z głowy.“ Po krótkim milczeniu wyjaśnia: „Jaka pamięć! Jaka pamięć! Jeżeli nie mogę od razu odpowiedzieć na zapytanie, dotyczące przeszłości, to żadne zastanawianie się nad tem nic nie pomoże: w pierwszej chwili po zadanem zapytaniu przedmiot pytania wydaje mi się jeszcze jakgdyby znanym, ale im więcej zaczynam myśleć o nim, tem wyraźniej czuję, jak przedmiot ten coraz bardziej oddala się odemnie i zaczyna mi być niemożliwe uchwycić go myślą.“

Miesiące wymienia prawidłowo.

Daty oznaczyć nie może.

Nie pamięta, kiedy przyjechał z Lublina do Warszawy: „zdaje się, że w przeszłym tygodniu,“ nie pamięta, że zajechał do swego syna, który mieszka w Warszawie. Przypomina sobie, jak przez mgłę że jeszcze przed wstąpieniem do szpitala był u trzech lekarzy, lecz nie pamięta ich nazwisk, skoro mu te nazwiska wymienić, uśmiecha się radośnie i potwierdza, że to właśnie tak jest. Przypomina sobie, że zajechał do szpitala dorożką, ale nie może powiedzieć z pewnością, kto go odwoził dorożką: „zdaje się, że synowa także była.“

(A może i syn z panem przyjechał?) „Zdaje się, że i syn był także.“

Wymienia prawidłowo imię swojej żony i opowiada z zadowoleniem o swoim życiu codziennem.

(Jak dawno pan żonaty?) „Niewiem, ale chyba bardzo dawno, skoro mam już żonatego syna.“

(Ile dzieci?) „Czworo.“

Na powtórne zapytanie odpowiada: „Sześcioro czy siedmioro. Nie mogę dokładnie powiedzieć, bo dzieci już nie są u mnie, one już nie są w domu, pracują więc nie mogę pamiętać dobrze, ile ich jest.“

(Ile pan ma synów?) oblicza przez pewien czas na palcach, a potem mówi z uśmiechem: „nie mogę się doliczyć.“

(Jak na imię najstarszemu synowi?) dobrze

(Jak na imię najstarszej córce?) dobrze, potem nazywa imiona pozostałych córek.

Na zapytanie lekarza, czy wie z kim rozmawia mówi, uśmiechając się: „Panie doktorze, ja pana znam bardzo dobrze — przecież pan mnie leczy już 2 tygodnie“ (w rzeczywistości chory znajduje się zaledwie jeden dzień w szpitalu).

(Czy pan się czuje chorym?) „Tak, ja jestem chory, czuję, że głowa moja nie jest w porządku. Oprócz tego mam dziwne uczucie, jakgdyby wewnątrz mojej głowy ktoś siedział i stukał. Wiem dobrze, że to mi się tylko tak zdaje, wiem przecież dobrze, że to krew tak stuka.“

Przy tych pytaniach i odpowiadaniach o szczegółach choroby z twarzy chorego prawie nie schodzi uśmiech, który nadaje jej wyraz nieco głupkowatej dobrotliwości.

(Czy czuje się pan nieszczęśliwym z powodu choroby?) „Nie, przeciwnie, chociaż dobrze wiem, że jestem chory, ale się nie martwię, Pan Bóg mi pomoże.“

(Czy pan zdaje sobie sprawę z tego, po co panu zadano te wszystkie pytania?) „Rozumie się, poto, żeby się dowiedzieć, co się dzieje w mojej głowie i dlaczego tak straciłem pamięć.“

(Czy pan sądzi, że my panu pomożemy na pańską chorobę?) „Naturalnie.“ Cytuje z biblii: „ja wierzę wiarą głęboką.“ Chory pamięta, że nauki pobierał w domu rodzicielskim w Terespolu, opowiada przytem o swoich wielkich zdolnościach do arytmetyki: „arytmetyki nauczyłem się sam bez pomocy: ułamki nawet, regułę trzech, procenty.“ Rozwiązywał najtrudniejsze zadania, przytem podobno rozwiązywał je napamięć.

Opowiadał również o swoich wybitnych zdolnościach do gramatyki.

Miesiące roku wymienia prawidłowo.

(Jakie miesiące mają po 31 dni): „Styczeń, marzec, czerwiec, sierpień, październik, grudzień.“

Wyjaśnia prawidłowo znaczenie roku przestępnego.

Wymienia w porządku litery alfabetu bez zmyłki.

Dni tygodnia — prawidłowo.

Recytuje Dziesięcioro przykazań, lecz ze znacznymi lukami.

(Jakie miasto większe Lublin czy Warszawa?) „Nie wiem napewno, ale zdaje się Warszawa.“

(Nad jaką rzeką leży Warszawa?) prawidłowo.

(Jakie rzeki zna jeszcze?) „Nawa,“ namyśla się długo i nie może więcej wymienić.

(Czy niema więcej?) „O jest bardzo dużo, tylko ja zapomniałem. Amazonka, zdaje się.

(Góry w Europie?) „Nie, tego nie podejmuje się powiedzieć, to zapomniałem.“

(Wielkie miasta w Europie?) „Trudno mi powiedzieć.“

(Stolica Francji?) „Paryż.“

(Stolica Hiszpanji?) po długim namyśle „Madryt.“

(Stolica Szwecji?) „Prosto wyskoczyło mi z głowy, jak ptaszek — i nie można tego złapać.

$$(9 \times 9) = 81.$$

$$(7 \times 8) = 56.$$

$$(6 \times 7) = 42.$$

$$(8 \times 9) = 72.$$

$$(13 \times 9) = 107.$$

(25 × 8) — początkowo nie daje odpowiedzi, mówiąc że zapomniał, o co go zapytano, potem odpowiada prawidłowo.

(103 — 29) „Nie mogę, odejmowanie — to najtrudniejsze.

$$(64 - 24) = ?$$

$$(12 - 8) = 4$$

$$(16 - 9) = 7$$

$$(25 + 37) = ?$$

$$(64 + 4) = ?$$

Na bardziej dokładne zapytania, dotyczące arytmetyki, przedmiotu z którym był dokładnie obeznany, daje dość dobre odpowiedzi: objaśnia prawidłowo, co to jest

ułamek, licznik, mianownik, jak wykonywa się mnożenie i dzielenie ułamków.

(Co to jest ułamek dziesiętny?) „To ułamek który wyraża się bez mianownika, tylko za pomocą zer i przecinka.

(Dla czego taki ułamek nazywa się dziesiętnym?) Chory nie może dać na to odpowiedzi.

Regułę trzech wyjaśnia prawidłowo, lecz różnicy pomiędzy procentami zwykłymi a złożonymi już objaśnić nie może.

Na zapytanie, czy uczył się kiedy jakiego wiersza na pamięć, chory z początku nie może przypomnieć sobie tytułów „wielu wierszy, które niegdyś umiał,“ potem zaś recytuje bez zmyłki od początku do końca bajkę Kryłowa p. t.: „Dwaj przyjaciele.“

Wymieniono choremu liczbę 215 i kazano ją zapamiętać, po 10 minutach chory odpowiada: 63.

691 po 5 minutach — zupełnie niepamięta.

1023 po 3 minutach — 109.

312 po 2 minutach — po długim wahaniu i z niepewnością odpowiada 312.

Przeczytano choremu nagłos (on sam nie ma ze sobą okularów i czytać nie może) korespondencję z dziennika, dotyczącą stanu wojennego w Warszawie. Po 3 minutach opowiada swojemi słowami treść tej korespondencji, lecz niedokładnie, przepuszcza niektóre szczegóły. Jeżeli go naprowadzić na przeoczony punkt, wtedy przypomina sobie, o co chodzi i opowiada jego treść.

Na zapytania, dotyczące wojny rosyjsko-japońskiej, chory daje zupełnie niejasne odpowiedzi.

(Kto z kim prowadził wojnę?) „Chiny z Anglią.“

(Źle) „Rosja z Chinami.“

(Kto wygrał?) „Anglią.“

(Źle) „Japonja — chciałem powiedzieć. Oho! w Japonji są wielcy dyplomaci! Kto by uwierzył, że w Azji jest więcej rozumów niż w Europie.“

Wie, że niedawno była konferencja pokojowa, ale nie pamięta czy w Europie czy w Ameryce. ROOSEWELTA nazywa jednym z delegowanych przy zawarciu traktatu. Gdy mu zwrócić uwagę, że tak nie było: „Złamała się moja pamięć“ dodaje.

Na zapytanie, czy go wczoraj odwiedził kto w szpitalu — odpowiada z początku: „córeczka,“ a potem poprawia się: „matka moja — jak ja to mogłem zapomnieć, że matka była u mnie, sam się dziwię.“

(Ile matka pańska ma lat?) „Nie wiem sam? Potem mówi: 60.

(W jaki sposób to możliwe jest, ażeby pan miał lat 53, a matka pana 60?) „Tak, to istotnie niemożliwe, ażeby urodziła mnie tak młodo.“

Chory z całą stanowczością neguje istnienie jakichkolwiek słuchowych lub wzrokowych halucynacji.

Nie daje się zauważyć jakichkolwiek śladów urojeń. Chory zdaje sobie sprawę ze swego stanu, ale nie uważa choroby swej za ciężką, twierdzi, że cała choroba polega na bólach głowy i utracie pamięci. Sam podkreśla różnicę pomiędzy swymi zdolnościami umysłowymi obecnie i przedtem, opowiada o swoich jakoby nadzwyczajnych zdolnościach do arytmetyki, której nauczył się bez pomocy nauczyciela, opowiada o swojej pracy nauczycielskiej.

Lecz zwłaszcza wyraźne defekty występują u chorego w sferze nastroju: pomimo dokładnego poczucia choroby, chory znajduje się ciągle w dosyć wesołym nastroju, podczas rozmowy z nim dobrotliwy i nieco bezmyślny uśmiech prawie nie schodzi z jego twarzy. Na zapytanie odpowiada, że bynajmniej nie czuje się nieszczęśliwym i że zupełnie wierzy w swoje wyzdrowienie.

Co się tyczy sfery psychomotorycznej, to i tutaj spostrzedz się daje defekt dość znaczny. Jeżeli do chorego nie przemówić, to siedzi on całymi godzinami nieruchomo na łóżku lub na krześle z oczami błędzającymi obojętnie po otaczających przedmiotach.

Wybitne zaburzenia w o r j e n t a c j i są widoczne z następującego postępowania:

Gdy od czasu do czasu wychodzi z sali szpitalnej: błądzi obojętnie po korytarzu, potem wchodzi do innej sali, będąc przekonany, że tam znajduje się jego łóżko. Lecz skoro do niego przemówić, wtedy za każdym razem odpowiada b a r d z o u p r z e j m i e i w każdej chwili gotów jest do dłuższej rozmowy.

Żadnych k a t a t o n i c z n y c h, n e g a t y w i s t y c z n y c h ani a u t o m a t y c z n y c h objawów spostrzedz się nie daje.

Układ nerwowy.

Czaszka normalnej budowy. Przy perkusji nieznaczna bolesność bez określonej lokalizacji.

Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane.

Podnoszenie i opuszczanie powiek wykonywane jest z siłą dostateczną.

Lewa źrenica jest szersza od prawej, lecz nie zawsze, czasem źrenice są równe. Obie reagują na światło i akomodację.

Mimiczne ruchy twarzy oraz ruchy językiem wykonywane są normalnie.

C z u c i e dotyku, bólu, temperatury, jak również czucie mięśniowe i stereognostyczne nie wykazuje żadnych zaburzeń.

S i ł a m i ę ś n i o w a w kończynach górnych i dolnych jest zachowana.

Odruchy z t r i c e p s obustronnie są słabe, okostnowych z promienia nie udaje się wywołać, ani z prawej, ani z lewej strony.

Odruchy kolanowe obustronnie umiarkowane.

Odruchy z ścięgna Achillesa dość żywe—obóstronnie bez różnicy.

Odruchy b r z u s z n e i m o s z n o w e są żywe.

Objawu B a b i ń s k i e g o nie ma.

Badanie o f t a l m o s k o p o w e wykazało t a r c z ę z a s t o i n o w ą (w stanie początkowym).

S i ł a w z r o k u nie wykazuje wyraźnych zmian.

Choremu zalecono jod i frykcje.

21. IX. VI frykcja.

30. IX. Wymioty. Ból głowy.

3. X. XII frykcja. Bóle głowy są mniejsze, wogóle czuje się wiele lepiej.

6. X. Chory jest senny, orientuje się gorzej niż dawniej.

Przytomność zupełnie zachowana.

10. X. P r a w i e z u p e ł n a a m a u r o z a: na odległość $\frac{1}{4}$ metra odróżnia tylko błyszczące przedmioty (zegarek).

11. X. XX a frykcja. Według słów otaczających chorych — chory wczoraj wstał z łóżka i zaczął śpiewać modlitwy, które się recytuje podczas wesela, śpiewał modlitwy te, jak kantor w synagodze, powtarzając po kilka razy to samo i nie zwracając uwagi na to, że do niego mówią.

Niezmiernie wybitna *euphoria*. Na zapytania chorych, dla czego jest taki wesół, H. odpowiedział, że jest obecnie na weselu syna swego brata.

W nocy podobno wstał i chodził po sali, gdy go przyprowadzono do łóżka, położył się i zasnął.

Na zapytanie, co się z nim wczoraj stało, odpowiada, że był na weselu syna swego brata, lecz nie może dać żadnych dokładniejszych szczegółów, dotyczących tego wesela. Na zapytanie, kto z nim był wczoraj, odpowiada: „zdaje się, że matka.“

12. X. Dzisiaj w nocy nie spał, wstawał ciągle z łóżka, chodził po sali, nie mógł odnaleźć swego łóżka, położył się p o d ł ó ż k i e m swego sąsiada, będąc przekonany, że leży na własnym łóżku, lecz przez cały czas był zupełnie spokojny i nie rozmawiał z nikim.

Na zapytanie, co się z nim wczoraj w nocy działo, dzisiaj nic nie pamięta.

„Mówią, że sobie trochę spacerowałem w nocy, ale ja nic nie pamiętam.“

Zapytuje, czy „wyprawiał w nocy jakieś awantury“— i jest bardzo zadowolony, kiedy mu odpowiedzieć, że zachowywał się spokojnie.

Wogóle zauważyć się daje wybitna *euphoria* w stopniu znacznie silniejszym, niż przedtem.

Orientacja chorego w przestrzeni = 0.

Zahamowanie w sferze psychomotorycznej również znacznie większe: chory całymi godzinami leży bez ruchu, lecz jeżeli do niego przemówić, uśmiecha się i odpowiada w najwyższym stopniu uprzejmie.

Nie zdaje sobie najmniejszej sprawy, co do swej choroby, przy ciągłej postępującej naprzód amaurozie i zaburzeniach pamięci — czuje się wyśmienicie.

„Czuje się znacznie lepiej. Dzisiaj dolega mi tylko zaparcie. Wogóle w szpitalu bardzo się poprawiłem.“

Na zapytanie, jak z pamięcią: „Pamięć także trochę lepsza.“

O wczorajszym zajściu, o którym opowiadali mu chorzy, (śpiewał i sądził, że jest na weselu syna swego brata) mówi:

„Może to było jeszcze przed chorobą.“

Na zapytanie, czy był istotnie wczoraj na weselu, odpowiada: „To nie było wesele, to był tylko miraż.“

16. X. *Euphoria* w stopniu bardzo wybitnym. Twierdzi, że jest zupełnie zdrow i że mógłby już powrócić do swych zajęć. Dopiero, gdy mu zadać najprostsze wyliczenia arytmetyczne, a on nie jest w stanie powiedzieć ile jest 5×17 , zauważył ze smutkiem, iż widzi że się omylił, że nie może tego jeszcze teraz zrobić i wątpi, czy wogóle będzie jeszcze kiedy zdrow.

Według opowiadań chorych oddziałowych zachowywał się wczoraj wieczorem dziwacznie: czuł się na czworakach, popędzał kijem imaginacyjnego konia; pod-

dawał się bardzo łatwo sugestji: gdy mu powiedziano, że stoi na moście, chciał uchwycić się za balustradę.

Nad ranem rozebrał się do naga w sali jadalnej, (wiedział, że tego dnia ma się kąpać).

Przedmiotów prawie nie rozpoznaje — nawet na bardzo bliskiej odległości.

25. X. Dzisiaj nad ranem wymiotował o 7-ej. Około 10-ej rano siedział w jadalni przy stole i zasnął. Trwało to około godziny. Posługacz nie mógł go się dobudzić, przeniósł go na łóżko, przyczem chory spał w dalszym ciągu i podczas snu oddał pod siebie mocz i kał. Po upływie kwadransu obudził się. *Amnesia completa*.

Amauroza prawie zupełna, odróżnia tylko światło od ciemności, pozatem nic nie widzi.

Puls = 80.

Skarży się na nieznaczny ból głowy. Przytomny. Bardzo łatwo wywołać euforję.

Stwierdzić dzisiaj można objawy, przypominające k a t a t o n i c z n e, a mianowicie—jeżeli nadawać kończynom najrozmaitsze pozycje w powietrzu, to pozostają one w tych pozycjach w powietrzu przez czas bardzo długi — i chory wykazuje przytem zupełny indyferentyzm wobec postępowania lekarza.

26. X. Dzisiaj podczas wizyty zastaliśmy chorego stojącego w kącie; na zapytanie, co tam robi, chory podszedł do lekarzy i zapytany, gdzie był odpowiedział, że był w odwiedzinach u jednego z nauczycieli szkoły, w której razem dają lekcje i który mieszka tuż obok jego mieszkania.

Na zapytanie lekarzy wizytujących, kim są — nazywa jednego z nich nauczycielem rosyjskiego, drugiego nauczycielem matematyki w szkole, trzeciego nauczycielem kaligrafji w szkole, jakkolwiek dotychczas bardzo dobrze poznawał lekarzy po głosie.

Twierdzi, że nie wie, jak się nazywa miasto, w którym się obecnie znajduje: „może Chełm może Lublin,“ nie

przypomina sobie, ażeby kiedykolwiek był w Warszawie nie pamięta nazwisk lekarzy, u których się leczył.

Twierdzi, że nigdy nie leżał w szpitalu, obecnie zaś znajduje się w szkole. Kiedy mu zwrócić uwagę, że jest w szpitalu, powiada, że może to jest szpitalna szkoła.

Olbrzymia sugestyjność. Na sugestyjne zapytania konfabuluje z ogromną łatwością najrozmaitsze sytuacje: wczoraj był u jednego z nauczycieli z wizytą, obok siedziała jego żona, częstowali go herbatą, ale on nie chciał pić, bo się śpieszył i wstąpił tylko na chwilkę.

Chodzi po sali szpitalnej i opowiada, że idzie po ulicy do siebie do domu napisać list.

Dwa tygodnie temu był w Lublinie u jednego z lekarzy.

Uważa się za zupełnie zdrowego — n a w e t w i d z i d o b r z e (*amaurosis completa!*)

Kiedy kazać mu napisać nazwisko, zabiera się z największą ochotą i skwapliwością do pisania — i pisze rzeczywiście lecz twierdzi, że jest nieodpowiednia pora po temu, ponieważ „nie jest ani dzień ani noc.“

Jeżeli dojść do chorego znienacka i nie przemówiwszy do niego, nadawać jego kończynom najrozmaitsze pozycje w powietrzu, to i wtedy widać wyraźne o b j a w y k a t a t o n i c z n e.

27. X. Dzisiaj poznaje wizytujących lekarzy po głosie. Twierdzi, że jest w szpitalu. Gdy mu przypomniano, że wczoraj brał lekarzy za swych kolegów — nauczycieli ze szkoły, twierdzi, że „prawdopodobnie nie poznał w ciemności.“

Nie pamięta, jakoby wczoraj twierdził, że był z wizytą u kolegi — nauczyciela i wogóle wszystkich konfabulowanych wczoraj sytuacji.

Dzisiaj sugestyjność znacznie mniejsza: nie pozwala np. zasugerować sobie faktu, jakoby wczoraj wyjeżdżał dorożką ze szpitala. Kiedy nastawać na tym fackie, twierdzi że się z niego żartuje.

Dzisiaj orientuje się znacznie lepiej. Gdy jednak wziął go za rękę jeden z lekarzy, którego zna mniej i wyprowadził go za rękę, to dał sobie zasuggestjonować, że jest w domu owego nauczyciela ze szkoły.

Po 10 minutach rozmowy orientacja staje się znowu znacznie gorsza — i rozmawiających z nim lekarzy bierze raz za nauczycieli, to znów za lekarzy.

Euphoria, jak przedtem.

16. XI. Od 5 dni chory nieprzytomny. Kał i urynę oddaje pod siebie.

17. XI. Chory napółprzytomny. Chodzi z wielką trudnością, nie może utrzymać się na nogach i zatacza się. Nie poznaje lekarzy po głosie.

Od czasu do czasu wymawia bez związku rozmaite wyrazy.

18. XI Przytomniejszy; lecz kał i urynę oddaje pod siebie.

21. XI. Stan ogólny znacznie gorszy. Chory wychudł ogromnie. Po całych dniach leży nieruchomo na łóżku, niepodobna go zachęcić do wstania z łóżka. Kiedy go podnieść, postawić na nogi i zmusić do chodzenia, to nie może dłużej utrzymać się na nogach i przy pierwszej próbie chodzenia zatacza się. Od czasu do czasu oddaje pod siebie kał i urynę.

Psychicznie—kompletny brak orientowania się w czasie i przestrzeni. Zdaje mu się, że jest u siebie w Lublinie. Nie poznaje nikogo po głosie. Daje odpowiedzi, z których jedna przeczy drugiej.

Głęboki stopień o t ę p i e n i a.

Skarży się na silny ból głowy.

Kończyny dolne zimne.

Odruchy PR i AR—zachowane z obu stron, ale słabe.

28. XI. Leży wciąż w łóżku, śpi. Jeżeli go obudzić, odpowiada dosyć niechętnie. Zupełnie się nie orientuje co do swego położenia. Wybitna *euphoria*. Wciąż oddaje pod siebie moczu i kał.

1. XII. Puls = 96.

PR i AR nie udaje się wywołać. Przy próbach wywołania odruchu podeszwowego następują dość silne ruchy obronne, przyczem wszystkie palce unoszą się powoli do góry. Ruch ten czyni bardziej wrażenie ruchu obronnego niż objawu Babinskiego.

Odruch m o s z n o w y z obu stron zachowany.

Odruchy b r z u s z n e dość żywe.

Odruch w m. t r i c e p s zachowany, z okostnej=0.

Ogólny stan psychiczny bez zmian widocznych. Leży apatyczny, senny, odpowiada jednak na pytania i z odpowiedzi widać zupełny brak orjentowania się. Skarg nie ujawnia.

4. XII. Wczoraj wieczorem chory leżał apatycznie, na pytania nie odpowiadał, jeść nie chciał, bezmyślnie prowadził oczami wokoło. Według opowiadania chorych oddziałowych wezwany felczer stwierdził bardzo słabe tętno, wobec czego zastrzyknięto kofeinę.

Dzisiaj apatyczny, na pytania nie odpowiada.

Stan somatyczny, jak przedtem.

7. XII. P. = 120.

Chory leży stale na lewej połowie twarzy, przyczem zauważyć można bardzo silne napięcie m. *cucullaris*, który jest twardy jak deska. — Przy usiłowaniu obrócenia głowy na prawą stronę, chory krzywi się, stęka, krzyczy, że go boli i stawia temu ruchowi opór.

Jeżeli pociągnąć chorego za obie ręce i posadzić go, to i wtedy głowa jest zwrócona w lewą stronę — i nie można jej odwrócić ani w prawo ani ku przodowi (ból i opór).

Po zatem *st. idem*.

T° 36,6°.

9. XII. *Decubitus* w okolicy prawego *trochanter major*.

10. XII. T° = 38,2°. P = 130. Chory zupełnie nieprzytomny. *Exitus* o 1¹/₄ w nocy.

Na sekcji stwierdzono: olbrzymi nowotwór w okolicy całego *corporis callosi*, przenikający wgląd obu półkul mózgowych. Nowotwór ten nie miał ostrych granic i czynił takie wrażenie, jak gdyby rozwijał się ko-



sztem tkanki nerwowej. Nawet w pewnym oddaleniu od właściwego nowotworu widać było małe ogniska w obu półkulach mózgowych (patrz fotografię): *glioma corporis callosi*. Objawów uciskowych lub też dyzlokacyjnych ze strony okolicznej tkanki lub też całych poszczególnych części mózgo-

Pam. Tow. Lek. T. 105 Z. III.

wia makroskopowo nie było widać. Cały mózg pokrajano na serje i poddano procedurom wstępnym w celu dokładnego zbadania. Badania te, mające na celu wykazanie dokładne zniszczonych dróg anatomicznych będą przedmiotem specjalnej pracy.

(Załączona fotografia odpowiada tylnemu odcinkowi guza — przekrój frontalny).

Streśćmy przedewszystkiem przypadek niniejszy pod względem czysto neurologicznym. U 53-letniego mężczyzny, dziedzicznie nie obciążonego, który nie przechodził przedtem żadnych chorób nerwowych, nie palił, nie pijał, żadnej infekcji wenerycznej nie przechodził, u którego nie mamy absolutnie żadnych danych na zatrucie bądź to natury zewnętrznej, bądź to autointoksykacyjnej, który do niniejszej choroby był pod względem umysłowym najzupełniej normalny — rozpoczyna się choroba od silnych bólów głowy, które występują napadowo codziennie, a czasem nawet 2 — 3 razy dziennie, trwają od 20 minut do godziny, jako następstwo powodując senność i apatię. Po 2 tygodniach, licząc od początku choroby, bólom głowy zaczynają towarzyszyć wymioty mniej więcej 1 — 2 razy w tygodniu — o charakterze bardzo gwałtownym z silnym poceniem się i następczem wyczerpaniem oraz sennością.

Badanie obiektywne w niespełna 3½ miesiące, licząc od pierwszych objawów choroby — po za brakiem odruchów okostnowych z promienia, przemijającą nierównością źrenic i rozpoczynającą się obustronna b r o d a w k ą z a s t o i n o w ą nie wykryło innych zбоceń w dziedzinie układu nerwowego. Specjalnie podkreślić należy, że nie było żadnych objawów zajęcia nerwów i że przy rozpoczynającej się obustronnej tarczy zastoinowej siła wzroku, badana przez okulistę, okazała się normalną.

Choremu zalecono wtedy *traitement mixte*, w trakcie pierwszych 2 tygodni którego bóle głowy wprawdzie nieco się zmniejszyły, natomiast niemal w naszych oczach prawie zupełnie nagle rozwinęła się prawie kompletna amauroza: chory, który przy badaniu 6. X. 06 widział jeszcze

zupełnie dobrze, d. 10. X. 06 na odległość $\frac{1}{4}$ metra odróżniał tylko błyszczące przedmioty (zegarek); po 2 tygodniach stwierdzono już amaurozę zupełną — tak, że odróżniał tylko światło od ciemności. Wtedy też wystąpiła wybitna senność, chory zaczął zasypiać w pozycji siedzącej — w sali jadalnej podczas jedzenia — bóle głowy usunęły się w tedy na plan dalszy, wreszcie ku końcowi trzeciego miesiąca przeszły zupełnie.

Po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu czyli po $5\frac{1}{2}$ licząc od początku choroby chory zaczął tracić przytomność i oddawać pod siebie kał i mocz, przytem wychudł ogromnie, nie mógł utrzymać się na nogach a podtrzymywany zataczał się przy chodzeniu. Tętno, które nigdy w przebiegu choroby nie było z wolnione, a na początku badania szpitalnego wynosiło 80 — na tydzień przed śmiercią podniosło się do 96; wtedy też stwierdzono zniknięcie odruchów kolanowych i z Achillesa przy zachowaniu skórnych oraz wybitne ruchy obronne („*Abwehrbewegungen*“) przy drażnieniu stóp, tętno zaczęło stawać się nitkowate i podniosło się do 120.

Na 2 dni przed śmiercią stwierdzono dewiację głowy na lewo wraz z przykurczeniem *m-i cucullaris* oraz odległą w okolicy *trochanter major*. Śmierć nastąpiła przy zupełnym braku przytomności, tętnie 130, temperaturze 38° .

Pomijając narazie wyniki sekcji, do których powrócę jeszcze, zaznaczyć muszę, że wyniki badania somatycznego oraz przebieg choroby nie mogły nasunąć najmniejszej wątpliwości, że mamy do czynienia z nowotworem mózgowia. Powiedzieć nawet można, że przy takich objawach, jak obustronna tarcza zastoinowa, ból głowy i wymioty, stale postępujący rozwój choroby, późniejsza amauroza, wychudnięcie, stan komatyczny, zanik odruchów ścięgniastych — żadne inne rozpoznanie *intra vitam* nie mogło być brane pod uwagę.

Inna rzecz z umiejscowieniem przypuszczalnego nowotworu, co do którego za życia chorego objawy soma-

tyczne nie dawały nam żadnych wskazówek, nie mieliśmy bowiem *sensu strictiori* żadnych objawów ogniskowych tylko wyłącznie ogólno-mózgowe. Ani przemijająca nierówność źrenic na początku obserwacji szpitalnej ani późniejsza ataksja (zataczanie się chorego przy chodzeniu) ku końcowi życia nie mogły być dla nas żadną wskazówką lokalizacyjną. Niezmiernie szybki rozwój choroby upoważniał jedynie do wniosku, że nowotwór posiadać musi duże rozmiary, co też istotnie sekcja potwierdziła.

Wogóle zaś przebieg kliniczny w naszym przypadku należał do bardzo rychłych: od pierwszych inicjalnych bólów głowy do śmierci upłynęło zaledwie około 6 miesięcy, — przebieg ten należy do rychłych, jeżeli przyjąć pod uwagę, że przeciętna długość trwania nowotworu waha się pomiędzy 2 a 4 latami (BRUNS, OPPENHEIM, E. MUELLER).

Drugim szczegółem klinicznym, zasługującym na podkreślenie, jest niezmiernie szybki rozwój ślepoty, która powstała w oczach naszych w przeciągu kilku dni.

Jak wiadomo, pomiędzy zmianami w nerwie wzrokowym a funkcją wzroku nie ma ścisłego parallelizmu: przy bardzo nieznacznych zmianach na dnie oka możemy mieć do czynienia ze znacznem upośledzeniem siły widzenia — i odwrotnie przy znacznie posuniętym zaniku nerwu wzrokowego siła widzenia może być prawie normalna. Ciekawe jest, że wtedy, kiedy zaburzenia wzrokowe były posunięte już tak daleko, że chory mógł odróżniać tylko błyszczące przedmioty, oftalmoskop nie wykazywał jeszcze zaniku nerwów wzrokowych, który rozwinął się dopiero znacznie później.

Wreszcie zasługującym na uwagę faktem klinicznym jest zniknięcie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa u chorego naszego pod koniec życia. Przypadki nowotworów, w których znikają odruchy ścięgniste znane są w literaturze: częstokroć-jako wyjaśnienie tego zjawiska znajdowano pośmiertnie zwyrodnienie słupów tylnych rdze-

nia (RAYMOND, HOЧHE), czasem natomiast znikanie odruchów ścięgnistych w przebiegu nowotworu mózgu, należy do objawów przemijających i wtedy niewątpliwie należy złożyć je na karb wzmożonego ciśnienia oraz wahań w ciśnieniu płynu mózgo-rdzeniowego, czego niewątpliwym dowodem jest powrót odruchów po przekłuciu łądźwiowem i wypuszczeniu nieznacznej ilości płynu mózgo-rdzeniowego,—(przypadki takie zdarzało nam się obserwować). Zwłaszcza czułym odczynnikiem na takie wahania w ciśnieniu płynu mózgo-rdzeniowego są odruchy Achillesa.

Co się tyczy stałego zaniku odruchów, to zdania badaczy co do patogenezy tego objawu są podzielone, tak np. HOЧHE, C. MAYER uzależniają zmiany w rdzeniu, zwyrodnienie korzeni tylnych od wzmożonego ciśnienia, podczas gdy DINKLER, URSIN, MOENKOMOELLER i KAPLAN i t. d. sądzą, że albo nowotwór produkuje substancje trujące, jako takie, albo objawy degeneracyjne są zjawiskami kachektycznymi *sensu strictiori*. Pod tą ostatnią kategorię najłatwiej byłoby podprowadzić zanik odruchów ścięgnistych w naszym przypadku, gdyż słabły one i zanikały zupełnie równoległe do rozwoju ogólnych objawów kachektycznych w organizmie chorego.

Przechodzimy obecnie do analizy stanu psychicznego chorego naszego. Objawy psychiczne mianowicie wysuwały się w obrazie klinicznym tak dalece na plan pierwszy, że przypadek ten przy powierzchownem badaniu mógł imponować, jako choroba umysłowa. Zaburzenia psychiczne wystąpiły tu zupełnie nagle, chory mianowicie niemal zupełnie nagle stracił pamięć: ta utrata pamięci w pierwszym do szpitalnym okresie rozwoju zmian psychicznych, który znany nam jest tylko z opowiadań (dość ścisłych i wiarogodnych) otoczenia chorego, dotyczyła przeważnie wrażeń świeżych czyli t. zw. „pamięci aktualnej“ (STRUEMPPELL); pod tym względem niezmiernie charakterystyczny jest epizod, gdy chory w samym początku choroby z uczniem swoim, który wyszedł na chwilę z pokoju, przywitał się poraz drugi, zapomnia-

wszy, że przed chwilą już się z nim witał. Zaznaczyć należy zupełny krytycyzm chorego wobec rozmaitych epizodów i zająć, wynikających z defektów pamięci. W tym to już pierwszym (doszpitalnym) okresie rozwoju zmian psychicznych ($3\frac{1}{2}$ miesiące) występują na scenę w sposób charakterystyczny apatja oraz pewne zahamowanie w sferze psychomotorycznej, o czym mówić będę jeszcze poniżej. Specjalnie podkreślić trzeba, że wywiady, którym zawdzięczamy dość dokładny i wiarogodny zarys pierwszego (doszpitalnego) okresu choroby — zaznaczają z całą stanowczością zupełną normalność chorego pod względem umysłowym tak bezpośrednio przed wybuchem niniejszej choroby, jak i wogóle w przeciągu całego jego życia. Tak więc związek pomiędzy organicznym cierpieniem mózgowia a powstaniem zaburzeń psychicznych w danym przypadku przynajmniej pod względem chronologicznym nie ulega wątpliwości fakt, do którego powrócę jeszcze niejednokrotnie.

Z kolei następuje drugi okres rozwoju zmian psychicznych u naszego chorego, (już w szpitalu), a mianowicie miesiąc od dnia wstąpienia do szpitala aż do chwili wystąpienia amaurozy. Dlaczego moment wystąpienia amaurozy uważam niejako za słupek graniczny w rozwoju zaburzeń psychicznych w danym przypadku — wyjaśnię to przy epikryzie trzeciego okresu. W tym w (drugim) okresie dokonano dokładnych badań inteligencji, pamięci, sfery emocjonalnej, kojarzeniowej etc.

Co się tyczy inteligencji, to wykazywała ona niewątpliwe, jakkolwiek wtedy bardzo jeszcze nieznaczne defekty: chory łatwiejsze zadania arytmetyczne rozwiązuje wprawdzie, lecz przy trochę już bardziej skomplikowanych popełnia duże błędy lub też wcale nie jest w stanie im podołać, zwłaszcza z trudnością przychodzi mu dodawanie i odejmowanie; chory nie potrafi naprzykład wyjaśnić znaczenia ułamków dziesiętnych, procentów złożonych — defekty te mają znaczenie tem większe, że chory był

nauczycielem arytmetyki i odznaczał się zawsze zdolnościami w tym kierunku.

Chory, jakkolwiek *point'y* anekdot pojmuje dobrze, jednakże nie orientuje się np. co do niemożliwości wydania 25 rubli, gdy się ma 5 rb.; co do ostatniej wielkiej wojny wykazuje grubą nieświadomość, twierdząc że były się Chiny z Anglią, jednocześnie jednakże czyni trafną uwagę co do wartości dyplomacji azjatyckiej.

Wybitne zmiany stwierdzono również w sferze psychomotorycznej: chory o ile było do niego nie przemówić, mógł całymi godzinami siedzieć nieruchomo na łóżku lub na krześle, błędząc obojętnie oczami po otaczających przedmiotach.

W sferze emocjonalnej uderzała już wtenczas pewna dysharmonja pomiędzy pewnem poczuciem choroby z jednej strony a jego wesołym nastrojem z drugiej — cechowała go mianowicie pewna niezmiernie charakterystyczna dobrotliwa, dziecinna-nieco głupkowata pogodność która odzwierciadlała się w uśmiechu stale i stereotypowo przyklejonym do twarzy chorego podczas rozmowy z nim. Specjalnie zaznaczyć należy, że chory przy całym swoim pogodnym i wesołym nastroju nie wykazywał tendencji do dowcipkowania, stan afektywny odpowiadał mniej więcej temu, co JASTROWITZ określał „*moria*“ bez opisanej przez OPPENHEIMA t. zw. „*Witzelsucht*“, co dowodzi, że objawy te bynajmniej nie są identyczne — o czem mówić będę jeszcze poniżej.

Najwybitniejsze jednakże zmiany stwierdzono w dziedzinie orientacji i pamięci — rozpatruję je wspólnie, gdyż uważam je za ściśle ze sobą powiązane. Zaburzenia orientowania się w czasie są ogromne: nie może oznaczyć daty dnia bieżącego, nie wie, kiedy przyjechał do Warszawy, nie wie, jak długo jest w szpitalu, twierdzi że matka jego ma lat 60, a on sam 53, nie orientuje się że to jest niemożliwe i t. d.

Orientacja w przestrzeni zgruba wydaje się zachowana: wie że jest w szpitalu, że przyjechał z Lublina do

Warszawy, że Warszawa większa jest od Lublina i t. d. lecz przy pierwszej czulszej próbie zmysł orientacyjny zupełnie zawodzi: występuje to w sposób bardzo charakterystyczny i demonstracyjny przy wyprowadzeniu go na korytarz, gdy wchodzi do naprzeciwległej podobnej sali, zajmuje tam łóżko, odpowiadające położeniem jego łóżku i t. d., potem zaś nie poznaje sali, gdzie istotnie leży i t. d. Objaw ten spotykamy często w opisach t. zw. „psychozy KORSAKOW’A“ (patrz przypadki RAECKE’GO i MEYER’A STRANSKY’EGO, KAPLAN’A).

Co się tyczy właściwej pamięci, to dotknięta jest zarówno pamięć wrażeń dawnych, jak i zapamiętywanie wrażeń świeżych, to ostatnie jednakże w stopniu bez porównania znaczniejszym. Co do defektów pierwszej: nie pamięta np. kiedy się urodził, jak dawno jest żonaty, ile ma dzieci, dziesięciorga przykazań, rzek w kraju, stolic w Europie i t. d. W tem morzu jednakże ogólnej amnezji znajdują się gdzieniegdzie, jak obrazowo stany podobne charakteryzuje WEHRUNG, „wyspy“ wyraziście zarysowanych wspomnień; — tak np. chory przy swych wybitnych defektach pamięci z dawnych wrażeń zdumiał nas wyrecytowaniem bez zmyłki bajki Kryłowa, której nauczył się niegdyś w dzieciństwie.

Co się tyczy zdolności zapamiętywania, to jest ona minimalna: nie pamięta, że dnia poprzedniego odwiedziła go matka, nie pamięta, kto go przywiózł do szpitala, jak nazwisko lekarza, u którego był w domu, treść przeczytanego opowiadania oddaje z dużymi lukami, nie pamięta, co jadł na śniadanie tego samego dnia i t. d. Również fatalne wyniki dało nam doświadczalne badanie tej zdolności: po 3 minutach nie mógł zapamiętać 4-cyfrowej liczby; również niepomysłnie przedstawia się zdolność zapamiętywania i w dziedzinach innych zmysłów: w dziedzinie węchowej — wodę kolońską i amoniak rozpoznał odrazu, lecz już po 2 minutach zapomniał, że mu dawano coś do wąchania; to samo co do rozmaitych rodzajów smaków — rozpoznaje dokładnie, lecz natychmiast zapomina, że mu dawano coś do

smakowania, a gdy mu nasmarować język tym samym rozczynem, co przed 3 minutami, nie pamięta tego zupełnie. To samo i w dziedzinie wzrokowej: przy pokazywaniu przedmiotów (papier, flaszkę): po kilku minutach zapomina, co mu pokazywano. Również i zaburzenia w orjentowaniu się w nowych sytuacjach (np. w korytarzu i salach szpitalnych) uważam za wyraz wybitnych defektów zdolności zapamiętywania wzrokowego.

Podkreślić należy dość znaczny krytycyzm chorego wobec tych defektów pamięci, zwłaszcza pamięci wrażeń dawnych: „jaka pamięć! jaka pamięć!“ woła od czasu do czasu, gdy się przekona, że zapomniał o czymś ważnym, „złamała się moja pamięć“ lub też „wyfrunęło mi z głowy, jak ptaszek“ — dodaje obrazowo po chwili. Kilkakrotnie nawet dawał nam wyjaśnienia, starające się zdefiniować swój własny stan psychiczny w chwili, kiedy go pamięć zawodzi — twierdził mianowicie, że w pierwszej chwili po zadanem pytaniu, dotyczącem jego przeszłości, przedmiot pytania wydaje mu się jeszcze jakgdyby znanym, ale im więcej zaczyna myśleć o nim i wyteżać pamięć, tem wyraźniej czuje, jak przedmiot ten coraz bardziej oddala się od niego i zaczyna mu być niemożliwe uchwycić go myślą. To ważne i charakterystyczne wyjaśnienie chorego które potwierdzić mogliśmy kilkakrotnie podczas badania, a które plastycznie maluje całą luźność przytwierdzenia obrazów wspomnieniowych — stanowi do pewnego stopnia negatyw opisanego w niektórych przypadkach psychozy polyneurytycznej przez ADAMKIEWICZA, a potwierdzonego następnie przez SCHULTZEGO objawu, określonego przez tych badaczy! nazwą „Gedächtnisstutzigkeit,“ a polegającego na tem, że pewna dziedzina pamięci, funkcjonująca w normalnych warunkach jeszcze jako tako — zupełnie odmawia posłuszeństwa przy n a g l e i z n i e n a c k a zadanem pytaniu.

Przechodzimy z kolei do t r z e c i e g o — pięciodniowego okresu w rozwoju zmian psychicznych u naszego chorego — mianowicie od chwili powstania nie-

kompletnej amaurozy aż do wystąpienia przemijających okresów zupełnej nieprzytomności. Okres ten stanowi pełnię rozwoju zmian psychicznych w niniejszym przypadku. Datuję go od wystąpienia amaurozy nie tylko dlatego, że chronologicznie pewne zmiany psychiczne rozwinęły się równoległe z postępowaniem zaniku wzroku, lecz i dla tego, że na powstanie zmian tych, jak to postaram się wkrótce wykazać, amauroza wywarła wpływ niewątpliwy.

Otóż jednocześnie z utratą wzroku wystąpiły u chorego naszego wybitne objawy allo — a poczęści i autopsychicznej dezorientacji. Pewnego dnia zaczął śpiewać modlitwy weselne, naśladując gestykulację i zachowanie się kantora, twierdząc przytem, że jest na weselu swego siostrzeńca, — w nocy położył się p o d łóżko swego sąsiada, innego dnia czołgał się na czworakach, innego jeszcze rozebrał się do naga w sali jadalnej, sądząc, że to jest kąpiel.

Równocześnie potęgowały się objawy hipokinetyczne: chory całymi dniami leżał bez ruchu i bez żadnej inicjatywy — wszystko to przy niezmiernie wybitnej euforji: uważał się za szczęśliwego, za zupełnie zdrowego, twierdził, że się w szpitalu wyleczył i że mógłby już powrócić do swojej pracy.

Z chwilą, kiedy amauroza stała się zupełną t. j. chory mógł odróżnić tylko światło od ciemności — wystąpiły na scenę wybitne objawy k o n f a b u l a c y j n e. Umyślnie podkreślam ten związek, gdyż sądzę, że koincydencja ta nie jest przypadkowa, o czem pomówię jeszcze dalej: opowiadał, że był w odwiedzinach u jednego z nauczycieli (szkoły, w której sam dawał lekcje) — obok siedziała jego żona, częstowali go herbatą, ale on nie chciał pić, bo się śpieszył i wstąpił tylko na chwilę, był wczoraj na weselu swego siostrzeńca i bawił się doskonale i t. d.

Wystąpiła również w tym okresie ogromna sugestywność: na suggestyjne zapytania konfabuluje z ogromną łatwością rozmaite sytuacje, daje sobie następnie zasugge-

stjonować, że jest niemowlęciem i wtedy czołga się na czworakach, lub też że stoi na moście i wtedy chwyta się rękami za imaginacyjną balustradę. Zasługuje na zaznaczenie, że charakter konfabulowanych faktów i sytuacji zawsze trzymał się w granicach możliwych i istotnie niegdyś prawdopodobnie przez chorego przeżywanych lub też zbliżonych do nich sytuacji życiowych, nigdy zaś nie wkraçał w dziedzinę absurdu ani nawet hyperbolizmu.

Nateżenie tych zjawisk konfabulacyjnych oraz sugestyjność chorego ulegała w przebiegu owego trzeciego okresu dość znacznym wahaniom: chwilami, kiedy dezorientacja allopsychiczna stawała się mniejsza, zmniejszała się również i sugestyjność: wteby wobec sugestji nawet zupełnie prawdopodobnych (np. że wczoraj wyjeżdżał ze szpitala) zachowywał się krytycznie, twierdząc że się z niego żartuje.

Zaznaczyć przytem należy wyraźny wpływ zmęczenia umysłowego na potęgowanie się dezorientacji allopsychicznej—jak również i autopsychicznej.

Ku końcowi okresu tego zdołaliśmy stwierdzić w przeciągu kilku dni niewątpliwe objawy k a t a t o n i c z n e, których znaczenie omówię jeszcze poniżej. Wreszcie wystąpiły wtedy jeszcze objawy dezorientacji somatopsychicznej, a jako najbardziej uderzający i niezmiernie rzadki ich wyraz: b r a k p o c z u c i a w ł a s n e j ś l e p o t y! Bywały mianowicie chwile, kiedy euforia chorego dochodziła do tego stopnia, że uważał się za zupełnie zdrowego (przy pożałowania godnym stanie) i p r z y k o m p l e t n e j a m a u r o z i e t w i e r d z i ł, że w i d z i d o b r z e, na żądanie zabierał się do pisania — i pisał istotnie, twierdząc tylko, że jest nieodpowiednia po temu pora, „ponieważ nie jest ani dzień ani noc.“ Na tym niezmiernie interesującym objawie zatrzymam się jeszcze dalej przez czas dłuższy.

Wreszcie czwarty i ostatni okres rozwoju zaburzeń psychicznych w niniejszym przypadku zawierał ostatni mniej więcej 4-0 tygodniowy okres jego życia. Charakte-

ryzuje się on na tle głębokiej kacheksji w dziedzinie somatycznej wystąpieniem głębokiego ośpienia i dezorientacji psychicznej we wszystkich: kierunkach nie poznaje nikogo po głosie, kał i mocz oddaje pod siebie, daje odpowiedzi najzupełniej inkoherentne. Apatja dochodzi do najwyższego stopnia: chorego niepodobna jest nakłonić do wstania, odpowiada bardzo niechętnie, lecz i wtedy nawet stwierdzić mogliśmy ową charakterystyczną euforję, która wiernie towarzyszyła choremu od samego niemal początku choroby aż do chwili prawie zupełnego zamroczenia przytomności i która tak groteskowo odbijała od jego opłakanego stanu. Wreszcie ostatnie dni życia chorego cechowała głęboka senność, która w końcu przeszła w stan komatyczny.

Streśmy teraz zaburzenia psychiczne u naszego chorego w najogólniejszej formie: okaże się wtedy że najwybitniejsze cechy tych zaburzeń polegały na głęboko sięgających zmianach pamięci, zwłaszcza zaś zdolności zapamiętywania (t. zw. „Merkfähigkeit”), na zaburzeniach w orjentowaniu i na „halucynacjach pamięci“ czyli t. zw. zjawiskach konfabulacyjnych. Jeżeli teraz, abstrahując na chwilę organiczne podłoże w danym przypadku, zadamy sobie pytanie, czy istnieje postać kliniczna, któraby tym trzem kardynalnym cechom odpowiadała, to odpowiedź nasza musi wypaść twierdząco. I istotnie: zaburzenia zdolności zapamiętywania, dezorientacja psychiczna oraz objawy konfabulacyjne w połączeniu z nastrojem obojętnym lub wesołym oraz pewnym krytycyzmem w stosunku do własnej choroby — składają się na typowy obraz postaci chorobowej, znanej pod nazwą „psychozy KORSAKOW’A.” W samej rzeczy zwłaszcza trzeci okres rozwoju zmian psychicznych u naszego chorego przedstawiał syndrom KORSAKOWSKI niemal w klasycznej postaci.

Zachodzi teraz pytanie, czy wobec stwierdzenia nowotworu mózgowia *p o s t m o r t e m* mamy prawo w naszym przypadku mówić o psychozie KORSAKOWA? A żeby na to pytanie dać odpowiedź, musimy rozpatrzyć

pokrótce, jakie stanowisko zajmuje dzisiaj w hierarchji klasyfikacyjnej t. zw. psychoza KORSAKOWA. Jak wiadomo, w r. 1887 opisał KORSAKOW występujący w alkoholizmie przewlekłym razem z rozsianem zapaleniem nerwów obwodowych zespół objawów. W pracy tej, w której ów charakterystyczny, a później ogólnie uznany zespół określił KORSAKOW niezbyt szczęśliwie, jako „splątanie apatyczne“ („*apathische Verwirrtheit*“) rozszerzył on zbytnio ramy tego cierpienia, opisując tutaj części objawy, które do niego wcale nie należą — a mianowicie postaci otępienia ze słupcem, częściowo zaś podkreślał ponad miarę objawy, nie stanowiące bynajmniej integralnej części składowej owego zespołu, jak stany pobudzenia i t. d. Początkowo zespół ten otrzymał nazwę „*psychosis polineuritica*,” później zaś nieco, gdy przekonał się KORSAKOW, że identyczne niemal objawy występować mogą nie tylko w alkoholizmie, lecz i w rozmaitych zatruciach i infekcjach (płód gnijący w macicy, posocznica połogowa, dur brzuszny, gruźlica, cukrzyca, żółtaczka, rozkładające się nowotwory, zatrucia arszenikiem, ołowiem, tlenkiem węgla i t. d.)—nadał objawom tym ogólniejszą nazwę: „*cerebropathia toxaemica*.” I istotnie wkrótce zaczęły mnożyć się w literaturze przypadki syndromu KORSAKOW'A bez objawów polyneurtycznych (przy istniejącym współrzędnie alkoholizmie), że wymienia tylko przypadki MOENKEMOELLERA, SCHULTZEGO, MEYERA—RAECKE'GO); wreszcie opisane zostały przypadki psychozy KORSAKOW'A w cierpieniach, nie mających nic wspólnego z rozsianem zapaleniem nerwów, ani wogóle z alkoholizmem—a więc *commotio cerebri* (KALBERLAH, REICHARDT, MEYER), w porażeniu postępującem (JOLLY, MEYER—RAECKE), w przymocie mózgu (ROENFELD), w wiądzie rdzenia (STRANSKY), w arteriosklerotycznych sprawach mózgowych, (BORNSTEIN i in.), po nieudanych próbach wieszania się, a wreszcie co nas w danym razie najbarzej interesuje, przy n o w o t w o r a c h m ó z g o w i a (przypadki MOENKEMOELLER'A i KAPLAN'A, E. MEYER'A, CHANCELLEY'A, MEYER'A

i RAECKE'GO, BOEGEGO, PFEIFFRA, REDLICH'A i BONVICIN'IEGO).

Wobec tak różnorodnego podłoża, na którem zespół KORSAKOW'A rozwijać się może, powstała wątpliwość, czy psychoza o tak rozmaitej etiologii może pretendować pomimo swej dość wyraziście zarysowanej fizjonomji klinicznej do samoistności nozologicznej. Powiadam „dość wyraziście,” gdyż i co do samego przebiegu klinicznego istnieją pewne różnice w pojmowaniu: podczas gdy jedni, jak BONHOEFFER, KRAEPELIN dla przyjęcia psychozy KORSAKOWA, uznają za niezbędne istnienie zwiastunnej fazy deliryjnej — inni, jak KALBERLAH, MEYER i RAECKE wcale nie uznają tej konieczności i opisują przypadki bez tej fazy.

Co do samej odrębności psychozy KORSAKOW'A jako jednostki klinicznej — istnieją również rozmaite stanowiska. Jedni, jak WEHRUNG zajmują stanowisko zupełnie aprobacyjne i sprowadzają wszystkie różnorodne momenty etiologiczne, począwszy od alkoholizmu, a skończywszy na zatruciu wytworami nowotworów mózgowia — do jednego wspólnego toksemicznego mianownika (co bądź co bądź nie tłumaczy zespołu KORSAKOW'A np. przy miażdżycy tętnic, po nieudanych próbach wieszania się lub przy *commotio cerebri*) — inni, jak TILLINY, stanowisko to zupełnie negują nawet z punktu widzenia czysto klinicznego, — wreszcie jeszcze inni zajmują stanowisko pośrednie: tak BONHOEFFER sądzi, że psychozę KORSAKOWA należy uważać za psychozę alkoholową, która rozwija się zawsze ze stadium *delirium* lub stuporu — inne zaś przypadki, gdzie objawy występują stopniowo lub gdzie wstęp stanowią ataki epileptoidalne, należy od KORSAKOW'A odróżniać. STRANSKY wyodrębnia jeszcze przypadki porażenia postępującego z zespołem KORSAKOW'A oraz przypadki pourazowe. KRAEPELIN wreszcie odróżnia przypadki z podobnymi objawami po tyfusie, influenzy i sprawach septycznych, dla których zachowuje nazwę „*cerebropathia psychica toxæmica*“ — od prawdziwej psychozy KORSAKOW'A

w alkoholizmie, uważając te sprawy za wręcz odrębne (przyczem zupełnie odrębności tej nie uzasadnia), odróżniając je na zasadzie anamnezy, początku i zejścia, zaznaczając, że pierwsza kategoria pozwala na lepsze rokowanie niż druga.

Bądź co bądź, czy będziemy uważali psychozę KORSAKOW'A za odrębną jednostkę kliniczną wyłącznie z objawami polineuropycznymi na tle alkoholizmu — czy też nie, nie ulega żadnej wątpliwości, że sama w sobie stanowi ona niezmiernie charakterystyczny zespół kliniczny, który rozwijać się może na tle rozmaitych przyczyn — p r z e w a ż n i e natury toksemicznej, do których między innymi należą n o w o t w o r y m ó z g o w e.

Tak więc stwierdzenie nowotworu mózgu w naszym przypadku nie przeszkadza rozpoznaniu syndromu KORSAKOW'A. Również nie stoi temu na przeszkodzie brak zwiastunowego okresu *delirium*, który to postulat stawiają BONHOEFFER i KRAEPELIN, gdyż nie znalazł on ogólnego uznania.

Inną natomiast jest kwestją, jaki właściwie związek zachodzi pomiędzy spostrzeganą klinicznie psychozą a stwierdzonym sekcyjnie ogromnym nowotworem mózgowia? Możliwości mogą tu być rozmaite. Najprostszym nasuwającym się przypuszczeniem jest to, że psychoza jest tutaj bezpośrednio zależna od nowotworu, że jest ona jednym z objawów oddziaływania bądź to guza *per se*, bądź to jego wytworów toksemicznych na tkankę mózgową, jak objawami tegoż oddziaływania są: ból głowy, brodawka zastoinowa i t. d. Atoli, ażeby przypuszczenie to, które istotnie dla danego przypadku wydaje mi się najsluszniejsze, utrzymać w całej sile, należy wykluczyć cały szereg innych — co prawda rzadszych alternatyw.

Przedewszystkiem zdarzyć się może, że nowotwór przyłącza się do już istniejącej choroby umysłowej albo nie dodając żadnych zmian psychicznych, albo modyfikując w sposób swoisty daną psychozę (na możliwość kombinacji

takich zwrócił w ostatnich czasach uwagę STRANSKY 1905 r.). Możliwość tę jednakże wyklucza w naszym przypadku ścisła równoległość wystąpienia zaburzeń psychicznych z ogólnymi objawami mózgowymi.

Następnie zdarzyć się może, że nowotwór potęguje tylko tkwiącą w organizmie predyspozycję do choroby umysłowej i że daje tylko zewnętrzny impuls do wybuchu drzemiącej już w zarodku psychozy. Przypadek takiego ustosunkowania pomiędzy nowotworem mózgu a psychozą opisał niedawno w sposób zupełnie przekonywający KAISER dla *dementia praecox*. Jednakże tego rodzaju stosunek może zachodzić tylko w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z istotnie wyraźnie dziedzicznie obciążonymi osobnikami, gdzie np. inni członkowie tej rodziny zapadają na tę samą psychozę, co i dotknięty nowotworem osobnik lub tenże obciążony guzem osobnik już przedtem podobną psychozę przechodził, jak to np. opisał KERN w jednym przypadku.

Wreszcie istnieje jeszcze trzecia kategoria przypadków, której wyodrębnienie jest zasługą E. MUELLER'A, a w której mianowicie nowotwór i psychoza rozwijają się na w s p ó l n e m podłożu dziedzicznego lub też nawet n a b y t e g o usposobienia, gdzie tedy nowotwór mózgu według określenia MUELLERA jest tylko „s t y g m a t e m d e g e n e r a c y j n y m“ (sposrzeżenia LESEHR'A, ROSOLIMO, SCHONTHL'A, OTTO-ILENÖUA, STEINBERG'A, EUGELHARDT'A, RATHORST'A, KNOERLEIN'A, FRAHM'A, a ostatnio BOEGE'GO — 1907 r.). Jednakże w tego rodzaju przypadkach mamy do czynienia zawsze z pewną wrodzoną anomalją psychiczną, czego u naszego chorego stanowczo nie było.

Zdaje się tedy, że przypadek niniejszy z rzadką czystością odpowiada wymaganiom, jakie stawiamy bezpośredniej zależności zmian psychicznych od nowotworu mózgu: brak wszelkich danych dziedzicznych, urazu, chorób wyniszczających, z a t r u ć oraz rozwój zmian psychicznych równoległe z rozwojem ogólnych objawów mózgowych.

Pod tym względem postawiłbym zarzut przypadkowi MÖNKEMÖLLER'a i KAPLAN'a, którzy opisali zespół KORSAKOW'a w przypadku nowotworu mózgu: nie uwzględniono w nim mianowicie równoległego zapalenia nerek, a wszak sam MÖNKEMÖLLER jeden z pierwszych wskazywał na to, jak często cierpienia somatyczne, a przede wszystkim choroby infekcyjne i prowadzące do mniejszego lub większego wyczerpania upośledzenia funkcji vegetacyjnych — mogą dawać impuls do powstawania syndromu KORSAKOW'a — (znany jest przypadek OPPENHEIM'a z wybitnymi zaburzeniami psychicznymi przy uremji).

Pozostaje mi jeszcze omówić wzajemną zależność niektórych opisanych w naszym przypadku zaburzeń psychicznych. Mam tu na myśli przede wszystkim tak często notowaną z historii choroby apatię, oraz nie mniej często podkreślane euforję zjawiska, które w dziedzinie emocjonalnej zdają się przeczyć sobie wzajemnie.

Co się tyczy tej ostatniej, to WESTPHAL i GOWERS jeszcze przed JASTROWITZ'EM zwrócili uwagę na pewien nieumotywowany wesoły nastrój w niektórych przypadkach guzów mózgu. WERNICKE podkreślał kontrast pomiędzy zadziwiającą pogodą takich chorych, a ich niejednokrotnie opłakanym stanem. BERNHARDT opisał pewien naiwnie i dziecinnie humorystyczny sposób mówienia takich chorych, zaś JASTROWITZ próbował nawet ugruntować specjalną postać kliniczną psychozy, którą określał nazwą *moria*, która polegać miała na otępieniu w połączeniu z pewnym wesołym nastrojem, a która zdarzać się miała wyłącznie w nowotworach zrazów czołowych. Wreszcie OPPENHEIM opisał kilka przypadków nowotworów zrazów czołowych, z których najcharakterystyczniejszą cechą kliniczną w dziedzinie psychicznej była skłonność do dowcipkowania. Cechę tę, do której zaproponował nazwę „Witzelsucht”, jaknajnieśluszniej utożsamia OPPENHEIM z opisywaną przez JASTROWITZ'a *moria* istnieją bowiem przykłady kliniczne t. zw. *moria* bez „manji dowcipkowania”, czego wymowną ilustracją jest choćby mój powyżej opisany przypadek — i odwrotnie istnieją przypadki nowotworów mózgowia z manją dowcipkowania.

nia, gdzie ogólne tło psychiczne jest raczej depresyjne niż wesołe.

Co się tyczy patogenezy owej nieumotywowanej euforyi, to już JASTROWITZ łączył ją ściśle z pewnym otępieniem umysłowym — i istotnie w większości przypadków z literatury, które udało mi się przejrzeć, a w których wogóle o badaniu psychicznym pomyślano — były zmiany inteligencji i występowały one również w sposób niewątpliwy w opisanym powyżej przypadku. Tak więc należy przyjść do wniosku, że podniesiony nastrój naszego chorego wynikał nie tyle z defektów sfery emocjonalnej, ile był zjawiskiem wtórnym, zależnym od zaburzeń inteligencji.

Co się tyczy następnie *a p a t j i*, obojętności i braku reakcji na zjawiska świata zewnętrznego, to należą one do charakterystycznych objawów nowotworów mózgowia. Dla kategorii klinicznych, przypominających syndrom KORSAKOW'A, z którym mieliśmy do czynienia w naszym przypadku, są one nawet do tego stopnia charakterystyczne, że sam KORSAKOW niejednokrotnie używa wyrażenia „*a p a t h i s c h e V e r w i r r t h e i t*“. Zdaje się jednakże, że określenie to polega na nieporozumieniu i jakkolwiek obrazuje dość dobrze zewnętrzny zarys psychozy, nie porusza jednak bynajmniej, tego co dla zmian psychicznych jest tutaj istotne. Uprzytomnijmy sobie, że przy stanach o typie KORSAKOWSKIM, jak to wykazały najnowsze badania doświadczalno-psychologiczne przy pomocy aparatów mierzących. (GREGORA, KUTTNER'A) prócz niewątpliwych zaburzeń w czynności zapamiętywania — upośledzona zostaje także i apercpcja (według badań KUTTNER'a w klinice KRAEPELIN'a do $\frac{1}{6}$ normy), że chodzi tutaj przede wszystkim o *z w o l n i e n i e* procesu postrzegania, że obrazy wspomnieniowe, które w normalnych warunkach umożliwiają szybką apercpcję, u tego rodzaju chorych wynurzają się z szczególną powolnością, co bardzo utrudnia poznawanie. Sądzę również, że owe zaburzenia w czynności asocjacyjnej, którym tak wielkie znaczenie przypisuje na zasadzie swych badań eksperymentalnych

BRODMANN, nie odgrywają tutaj roli istotnej: jasne jest, że tam, gdzie materiał assocjacyjny ulega takiemu uszczerbkowi, produkty czynności assocjacyjnej muszą być niekompletne, co wzbudza niesłuszne podejrzenie, jakobyśmy mieli tutaj do czynienia z zaburzeniami pierwotnymi w kojarzeniu. Tak więc i a p a t j i, jako wyrazu stosunku chorego naszego do świata zewnętrznego nie należy bynajmniej u chorego naszego uważać za defekt w dziedzinie a f e k t u, lecz za nieuniknioną konsekwencję niedostatecznego przyjmowania i u t r w a l a n i a wrażeń świata zewnętrznego, a więc zaburzeń głównie pamięci, lecz p o c z ę ś c i i s p o s t r z e g a n i a.

Do zupełnie niezwykłych objawów nowotworu w mózgu w dziedzinie psychomotorycznej należały spostrzegane przez pewien czas u naszego chorego objawy k a t a t o n i c z n e. W źródłowej monografii SCHUSTER'a, zawierającej streszczenie całkowitej literatury zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu do 1902 r. nie znajduję ani razu wzmianki o tych objawach. Również w całej dostępnej mi literaturze od 1902 r. do chwili obecnej nie udało mi się objawów tych przy nowotworze mózgu odnaleźć za wyjątkiem chyba pracy KAISER'a, o której wzmiankowałem już powyżej, a w której bądź co bądź mieliśmy do czynienia z katatonją obok objawów, zależnych od nowotworu mózgowia.

Jak wiadomo t. zw. objawom k a t a t o n i c z n y m, które oprócz w opisanej u naszego chorego postaci — przejawiać się mogą w formie stuporu, negatywizmu, echolalii, echopraksyi, przyjmowania dziwacznych pozycji, zmanierowania, grymasów, t. zw. „objawu GANSER'a (,Vorbeireden“), werbigeracyi, stereotypji i t. d. — nowoczesna KRAEPELINOWSK'a szkoła psychiatryczna przypisywała do niedawna znaczenie rozstrzygające w kwestyi rozpoznania *dementiae praecocis*. Nie ulega żadnej wątpliwości, że sam KRAEPELIN oraz jego uczniowie niejednokrotnie przeceniali wartość i znaczenie tych objawów, wskutek czego grupa *dementia praecox* zyskała na nadmiernej roz-

ciągłości, włączając w siebie stany, które niejednokrotnie cechowały tylko podobieństwa zewnętrzne. Rozchodziło się tu przeważnie o rozpoznanie różniczkowe t. zw. psychoz funkcyjonalnych, gdyż w niektórych psychozach organicznych, których rozpoznanie nie ulega najmniejszej wątpliwości (*paralysis progressiva, dementia senilis*), objawy katatoniczne były czasem spostrzegane. Atoli w zupełnie ostatnich czasach rozpoczął się w nauce pewien odwrót od tego stanowiska, przeceniającego kompleks objawów katatonicznych i — rzecz charakterystyczna — protest wyszedł z samego łona KRAEPELINA, a mianowicie z Heidelbergskiej kliniki, skąd dawny uczeń KRAEPELINA WILLMANS wystąpił na zeszłorocznym kongresie psychiatrów bawarskich w Monachium z odczytem, w którym, powstając przeciwko przecenianiu pojedynczych objawów przy rozpoznaniu cierpień umysłowych, wyraził zdanie, że „objawy katatoniczne nie stanowią nic patognomicznego dla *dementia praecox*“. Stwierdziwszy w przecenianiu objawów katatonicznych obfite źródło pomyłek przy rozpoznaniu różniczkowym z *amentia*, psychozami historycznymi, a zwłaszcza psychozami więziennymi — wykazuje WILLMANS katamnesticznie na materyale Heidelbergskiej kliniki, którym dawniej posługiwał się KRAEPELIN, że nie mają one żadnego znaczenia nawet przy różniczkowaniu z grupą „manisch-depressives Irrsein“ i ilustruje na licznych przykładach, że przy tej ostatniej zdarzać się mogą objawy katatoniczne we wszystkich najbardziej typowych swych postaciach. Przypadek mój stanowi niezmiernie rzadki przyczynek do kazuistyki objawów katatonicznych przy psychozach pochodzenia organicznego oraz wymowną ilustrację tego, że w myśl wywodów WILLMANS'a nie podobna im przyznawać znaczenia patognomicznego.

Pozostaje mi jeszcze poruszyć kwestyę stosunku amaurozy w naszym przypadku do zmian psychicznych. Otóż, jakkolwiek apatja i zaburzenia pamięci wystąpiły, jako jeden z pierwszych objawów choroby, lecz wybitną

dezorientacja allo—i autopsychiczna wystąpiła dopiero wraz z powstaniem częściowej amaurozy. Również niewątpliwą jest zbieżność w czasie pomiędzy powstaniem amaurozy zupełnej, a wystąpieniem objawów konfabulacyjnych. Podobną zbieżność udało mi się spostrzegać raz jeszcze, już wprawdzie nie przy nowotworze mózgu, lecz w przypadku t. zw. „apoplektycznej amaurozy,” kiedy chory dotąd przytomny i orjentujący się, utraciwszy po insulcie apoplektycznym wzrok, zaczął w szpitalu konfabulować, opowiadając, że „był po drugiej stronie rzeki,” że „siedział w karczmie ze znajomymi” i t. d. O czemś podobnem wspomina w przypadku swoim GROSS, a KRAEPELIN opowiada o jednym z chorych swoich (*tumor cerebelli*), który, utraciwszy wzrok, sądził, że odbywa dalekie podróże, widział malownicze okolice i t. d.

Przypadki halucynacji wzrokowych przy amaurozie kompletnej nie należą w literaturze do rzadkości (przytomną choćby przypadki wiądu rdzenia z zanikiem nerwów wzrokowych), tutaj jednakże chodzi o t. zw. „halucynacje pamięci” oraz o wybitne zaburzenia w orientacji. Nie ulega żadnej wątpliwości, że we wszystkich tego rodzaju przypadkach dezorientacja i objawy konfabulacyjne rozwijają się na podłożu defektów w zdolności zapamiętywania, które stwierdziliśmy w stopniu wybitnym i w naszym przypadku. Że jednakże przy powstaniu dezorientacji wybitną rolę odgrywa postrzeganie wzrokowe, dowodzą tego choćby przypadki *delirium tremens*, gdzie pomimo zachowania przytomności brak jest zupełny orientacji i o którym wiadomo, że postrzeganie wzrokowe przy niem dotknięte jest w stopniu bez porównania silniejszym aniżeli postrzeganie w innych dziedzinach (np. słuchowej). Wyobrazić sobie tedy należy, że zaburzenia w dziedzinie pamięci wywołały u naszego chorego początkowo tylko takie zmiany, jak apatię, euforję, pewne defekty intelektualne i t. d. dopiero zaś, gdy odpadła kontrola postrzegania wzrokowego, która odgrywa tu niezmiernie ważną rolę, przeróbka asocjacyjna skażonego materiału wspomnie-

niowego oraz postrzeżeniowego w innych dziedzinach (słuchowej, dotykowej i t. d.) doprowadziła do halucynacji pamięci oraz do dezorientacji allo-auto- a części i somatopsychicznej.

Najwybitniejszym objawem w dziedzinie tej somatopsychicznej dezorientacji było spostrzegane u naszego chorego niezmiernie ciekawe i rzadkie zjawisko, a mianowicie: **brak poczucia własnej ślepoty**. Chory nasz ani razu podczas kilkomiesięcznego trwania amaurozy nie zwrócił sam uwagi na ten defekt, nawet kiedy zwracano uwagę w tym kierunku — przeciwnie — twierdził, że widzi doskonale, skoro zaś zmuszony był do wykonania czynności, wymagającej dokładnej kontroli wzroku (pisanie), wynajdywał nawet pewne objaśnienie dla niedokładności tej czynności, twierdził mianowicie, że jest nieodpowiednia pora do pisania, ponieważ „nie jest ani dzień ani noc.” Była to więc, jak zjawiska takie określa ANTON, **ślepotą psychiczną względem własnej ślepoty**.

W literaturze odnajdujemy nieliczne bardzo przypadki, które można pod tym względem postawić, jako *analogon* do niniejszego. W r. 1835 spostrzegał MONAKOW przypadek, w którym wskutek obustronnego zajęcia zrazów potylicowych—chory przez dłuższy czas był zupełnie ślepy, nie będąc świadomym własnej ślepoty. Chory ten—podobnie, jak i nasz chory—szukał przyczyny tego, że nie widzi, w warunkach zewnętrznych, sądził mianowicie, że znajduje się w ciemnej piwnicy.

W r. 1892 opisał WOLFF przypadek 76-letniego mężczyzny, u którego po apoplektycznym napadzie obok zaburzeń obustronnych w dziedzinie ruchowej oraz zaburzeń psychicznych wystąpiła zupełna ślepotą, z której chory nie tylko nie zdawał sobie sprawy, lecz protestował nawet stanowczo przeciwko takiemu przypuszczeniu, dając sobie sugestjonować z łatwością rzekome wrażenia wzrokowe.

Do pewnego stopnia analogiczny przypadek spostrzegli w r. 1893 DÉJÉRINE i VIALET: u 64-letniego mężczyzny rozwinęła się po kilku atakach apoplektycznych amauroza (pozostał wrażliwy na światło tylko małeńki sektor z lewej strony): chory zupełnie nie zdawał sobie sprawy z tego, że nie widział i również w najrozmaitszy sposób szukał wytłumaczenia tego, że jest ciemno; na sekcji stwierdzono znaczne zniszczenie ośrodka wzrokowego z prawej strony, z lewej toż samo w słabszym stopniu.

W r. 1899 spotykamy w pracy ANTONA opis przypadku 56-letniej kobiety, która początkowo miała minimalne pole widzenia, następnie zaś zupełnie zaniewidziała, z czego wcale nie zdawała sobie sprawy, twierdząc nawet pozytywnie, że widzi rzeczy, których w istocie nie widziała. Na sekcji stwierdzono prawie symetryczne rozmiękczenie na *convexitas* obu zrazów potylicowych oraz zniszczenie dróg, łączących zraz potylicowy z pozostałym mózgiem, jak również zniszczenie tylnej części *corporis callosi*.

Wreszcie w roku ubiegłym 3 tego rodzaju przypadki opisali REDLICH i BONVICINI. W przypadku pierwszym chodziło o 21-letniego młodzieńca, u którego rozwinął się typowy obraz nowotworu mózgu i który wskutek zaniku nerwów wzrokowych po brodawce zastoinowej zaniewidział zupełnie; przy rozmowach z chorym okazywało się, że zrazu nie ma on żadnych skarg, powoli zaś można mu było wykazać, że ma „zły wzrok,” aż wreszcie sam się zgadzał na to, że jest ślepy, bezpośrednio jednak potem zapominał o tem i twierdził, że jest zupełnie zdrow. Sekcja wykazała *gliomat* w bazalnej części *corporis callosi*.

W drugim przypadku chodziło o nowotwór (*endothelioma durae matris*) w okolicy mostu VAROL'ego. Chora wskutek zaniku nerwów wzrokowych po tarczy zastoinowej była zupełnie niewidoma — i ona nie wiedziała o swojej ślepcie i nie można jej było doprowadzić do samodzielnego stwierdzenia ślepoty, twierdziła nawet po-

zytywnie, że widzi i opisywała całą masę przedmiotów, o których sądziła, że je widzi. Zaburzenia pamięci nie były w tym przypadku tak wybitne, jak w poprzedzającym, a zdolność wyobrażania optycznego zachowana była dość dobrze.

Przypadek t r z é c i dotyczył 74-letniego mężczyzny, który po dwóch następujących po sobie atakach apoplektycznych zaniewidział naskutek zsumowania się prawostronnej i lewostronnej hemianopsji. I ten chory nie zdawał sobie sprawy z swej ślepoty, sądził, że „światło nie jest zapalone, lampa źle się pali“ i t. d. dawał dokładne opisy osób i zdarzeń, które jakoby widział, zdawało mu się że jest w dawnym otoczeniu, przy zajęciu — tylko czasem tliła się w nim świadomość istotnej sytuacji — i wtenczas mówił, że jest niewidomy, jednak bez odpowiedniego przydźwięku uczuciowego — miewał przytem omamy wrażeń zmysłowych — np., słysząc pocieranie zapalki, sądził, że ją widzi i t. d. Badanie inteligencji wykryło zmiany nieznaczące, tylko zaburzenia pamięci, przypominające psychozę KORSAKOW'a.

Wyjaśnienie tego szczególnego objawu na drodze czysto anatomicznej nie wytrzymuje krytyki, wiemy bowiem dobrze, że istnieje wiele przypadków ślepoty pochodzenia c e n t r a l n e g o, z której dotknięci nią nie zdają sobie dobrze sprawy. ANTON próbował zjawisko to objaśnić w ten sposób, że ośrodki wzrokowe nie tylko ulegają zniszczeniu, lecz jednocześnie zostają zupełnie wykluczone z całego mechanizmu mózgowego, jednocześnie jednakże istnieją p o d k o r o w e podniety dróg wzrokowych, które maskują wypadnięcie wrażeń wzrokowych. Niestety jednakże nie wiemy zupełnie, na czym polegać mają owe „podniety p o d k o r o w e.“ Również wyjaśnienie GROSS'a, że mamy tutaj do czynienia ze specjalnymi zaburzeniami orjentacji, jak i wyjaśnienie REDLIČA'a, że jest to tylko zjawisko częściowe brakującego poczucia choroby — są tylko ogólnikami, które nie wiele tłumaczą.

Na ostatnim zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Dreźnie 1907 r. kwestja ta była przedmiotem bardzo ożywionej dyskusji, przyczem HEILBRONNER, MEYER i NISSL przypisywali przy powstawaniu tego objawu kardynalne znaczenie ogólnym zaburzeniom psychicznym, przypominającym psychozę KORSAKOW'a, jak to zaznaczyli w 2 przypadkach swoich REDLICH i BONVICINI, a jak to wybitnie występuje w moim przypadku.

Zdaniem mojem w zjawisku tem odróżnić musimy 2 kategorie, dla których wyjaśnienie nie może być wspólne: 1) niezauważenie przez chorego własnej ślepoty oraz 2) pozytywne twierdzenie chorego, że widzi. Co się tyczy pierwszej kategorii — to fakt, że chory o swojej ślepotcie nigdy sam nie mówił — można złożyć na karb jego apatii, braku zainteresowania się światem zewnętrznym oraz wybitnej euforji (*moria*). Że w powstawaniu objawu tego niezmiernie ważną rolę odgrywają zaburzenia pamięci, specjalnie zaś zdolności zapamiętywania tego dowodzi choćby pierwszy z przypadków REDLICH i BONVICINI'EGO, w którym udawało się zwrócić uwagę chorego na to, że nie widzi, lecz chory wkrótce potem zapominał o tem: tak więc wybitne zaburzenia zdolności zapamiętywania przeszkadzają poczuciu ślepoty niejako utrwalić się w świadomości chorego. Pewną rolę odgrywają tu także omamy wspomnieniowe: tak np. ociemniali paralitycy według uwagi MEYER'a tracą poczucie swej ślepoty z chwilą kiedy zaczynają konfabulować.

Inna rzecz z drugim warjantem tego objawu, kiedy chorzy ociemniali pozytywnie twierdzą, że widzą. Objasnienie objawu jest znacznie trudniejsze i zdaniem mojem do dzisiaj nie zostało jeszcze pomyślnie rozwiązane. REDLICH i BONVICINI na podstawie obserwacji jednego z chorych swoich przypisują rozstrzygające znaczenie przy powstawaniu tego objawu sybstytucji komponentów optycznych przedmiotu, osoby i t. p. przez inne wrażenia zmysłowe, gdy np. chory, słysząc pocieranie zapałki lub

czując jej ciepło, sądził, że widzi zapalną. Tego rodzaju sybstitucji u chorego mojego jednakże przy wybitnie wyrażonym owym drugim warjancie — stwierdzić nie zdołałem.

P r z y p a d e k II.

R. Sal. lat. 50 — żona właściciela karczmy.

Anamneza, zebrana od syna i brata chorej.

D. 3. V. 06. Dwa miesiące temu chora nagle zaczęła mówić od rzeczy, jednocześnie wystąpił zawrót głowy i o s ł a b i e n i e w z r o k u. Według opowiadań otoczenia chora zaczęła się skarżyć, że chodzą do niej jacyś obcy ludzie, śmieją się z niej, widziała przed oczami pasy ogniste, promienie i koła z żelazą i ze złota, ryby różnobarwne, ptaki, które kręciły się koło jej czoła a czasem wchodziły na nią.

Na początku choroby była dość niespokojna, klóciła się w domu ze swoją szwagierką, skarżyła się ciągle, że tamta zabiera jej wydojone mleko. Naogół jednakże była dość smutna, wyraźnego pobudzenia nie było, żadnych czynów agresywnych nie wykonywała.

Od początku choroby były bóle głowy bez ścisłej lokalizacji, wymiotów dotychczas nie było. Przez cały czas przebywania w domu chora mogła chodzić.

Od samego początku choroby otoczenie zauważyło u chorej wybitny upadek pamięci: chora częstokroć zaczynała mówić i urywała w połowie zdania, nie mogąc go dokończyć, gdyż zapominała, o czym zaczęła mówić. Upadek pamięci u chorej rozwinął się najzupełniej nagle i dotyczył odrazu zarówno pamięci wrażeń świeżych, jak i dawno nabytych. Tak np. chora zapominała, kto był u niej dnia ubiegłego, o czym mówiła przed godziną i t. d.

Brat chorej opowiada, że natychmiast po przybyciu jej do Warszawy wypytywał ją o dawne stosunki rodzinne, — okazało się, że pozapominała absolutnie wszystko: czy i kiedy siostry powychodziły za mąż, co się dzieje

z bratem, z jej dziećmi i t. d. Natomiast orientacja co do czasu i przestrzeni oraz poczucie choroby zachowane były do niedawna jaknajdokładniej. Chora wiedziała, gdzie jest, wiedziała, że z rodzinnego miasta Różan przyjechała leczyć się do Warszawy, że mieszka w hotelu, poznała brata i syna, jaknajdokładniej opowiedziała bratu co jej dolega. Sama zwracała uwagę swojego otoczenia, że zapomina absolutnie wszystko i że często mówi „głupstwa.“ Przez pierwsze 3 dni po przyjeździe do Warszawy była zupełnie spokojna, czasem płakała — naogół jednakże była przystępna i dobrodusznie uśmiechnięta.

Do niniejszej choroby nigdy chorób nerwowych nie przechodziła. 1½ roku temu cierpiała na anemję i przeszła kurację arsenikową. Ma 4 zdrowych synów. 6 dzieci zmarło. Nie roniła. *Lues negatur*. W rodzinie żadnego obarczenia dziedzicznego nie ma.

Umiarkowany alkoholizm.

Status nervosus.

Czaszka przy opukiwaniu nie wykazuje nigdzie zlokalizowanej bolesności.

Źrenice umiarkowanie szerokie, równe, na światło reagują dobrze.

Ruchy powiek i gałek ocznych zachowane.

S i ł a w z r o k u osłabiona, jakkolwiek w stopniu nieznacznym.

O f t a l m o s k o p o w o stwierdzić można obustronnie wybitnie wyrażoną t a r c z ę z a s t o i n o w ą!

Ruchy twarzy dowolne i mimiczne nie wykazują zmian.

Język wysuwa w linii prostej.

Kończyny górne i dolne pod względem ruchowym nie wykazują nic patologicznego.

Czucie b ó ł o w e zachowane. Badanie innych kategorii czucia nasutek psychiki chorej utrudnione.

Odruchy z *triceps* i okostnowe zachowane.

PR obustronnie zachowane.

AR obustronnie nie dają się wywołać!

Brzusznych również wywołać nie można (duży brzuch, bardzo wiotkie powłoki brzuszne).

Obustronnie *flexio plantaris*.

4. V. Chora dzisiaj bardzo niespokojna — zostaje czasoowo przeniesiona z oddziału nerwowego na oddział obłąkanych.

7. V. Chora od kilku dni znajduje się w oddziale psychiatrycznym, jest ciągle podniecona, pokarmów nie przyjmuje. Z początku miała suche wargi i język, od wczorajszego dnia jest karmiona zgłębnikiem, wargi i usta stały się wilgotne.

Przy bliższym badaniu okazuje się co następuje:

Chora otaczające przedmioty nazywa prawidłowo, orientuje się jednak kiepsko, posiada wszakże świadomość choroby, sama nazywa się obłąkaną.

Jest nadzwyczaj mało dostępna, na pytania co do nazwiska, wieku, stosunków rodzinnych, miejsca zamieszkania — odpowiedzi po większej części nie daje, albo daje wręcz fałszywe (powiedziała například, że ma lat 60).

Chora jest wysoce gadatliwa, mowa jej jednakże nie ma żadnego związku ani z zadawanemi jej pytaniami ani z tem, co się koło niej dzieje. Treść mowy chorej składa się z rozmaitych chaotycznych reminiscencji życiowych, z urojeń o charakterze prześladowczym (chcą ją zabić, dzieci zgłodzone), wreszcie z odpowiedzi na hallucynacje wzrokowe i słuchowe.

Chora nie może usiedzieć na miejscu, zrywa się, biegnie gdzieś, nasłuchuje, odpowiada komuś głośno, mówi do kaloryferu, gdzie słyszy głosy dzieci swoich, ogląda się dokoła, spostrzega nagle jakieś przedmioty (padające monety, wielką rybę).

Na twarzy maluje się lęk, niepokój, niekiedy uśmiecha się, niekiedy na chwilę popłakuje.

Gonitwy idej nie ma, nie ma również inkoherencji, chora ciągle przeskakuje z tematu na temat z powodu napływu rozmaitych reminiscencji, urojeń, halucynacji i iluzji.

Wyraz twarzy inteligentny, zmanierowania żadnego ani w słowach ani w gestach nie ma.

Żadnych skarg somatycznych nie wypowiada. Jest ciągle podniecona, bije w drzwi, hałasuje tak, że trzeba ją trzymać w odosobnieniu.

9. V. Chora silnie pobudzona, bredzi. Trzymana w odosobnieniu. Biega po separacie tam i z powrotem, halucynuje, rozmawia z nieobecnym synem. Mówi bardzo dużo, ogłąda się naokoło. Ciągle popłakuje w sposób bezmysłny.

Jest bardzo lękliwa, na każde przybliżenie się do niej reaguje trwożliwym płaczem i usuwaniem się. Wyrażna kombinacja depresji z pobudzeniem ruchowym. Jednocześnie ślady negatywizmu: na pytania nie zawsze odpowiada.

Lekarzy poznaje, wie, że znajduje się w szpitalu, krzyczy jednak: „ja nie jestem warjatką.“ Pokarmów nie przyjmuje, trzeba ją karmić zgłębnikiem, lecz od czasu do czasu krzyczy, że ma pragnienie i każe sobie podać wodę do picia. Kiedy jej przynieść wody, niechce pić, twierdząc, że w wodzie jest trucizna. Potem bierze wodę, kładzie w nią palce i czyści sobie temi zmoczonymi palcami zęby, nalewa sobie tę wodę na ręce i myje sobie twarz i ręce.

11. V. Chora dzisiaj nieco spokojniejsza. Leży na łóżku — od czasu do czasu zasypia. Twierdzi, że się znajduje u siebie w domu, że obok jest jej syn. Lekarzy poznaje, lecz nie wszystkich — jednego z obecnych lekarzy — psychiatrów bierze za lekarza — internistę, u którego niegdyś się leczyła.

Halucynuje znacznie mniej niż wczoraj, jest jednakże równie lękliwa i płaczliwa.

14. V. Chora nieco spokojniejsza, lecz prawie ciągle mówi do siebie rzeczy zupełnie bez związku. Halucynuje prawie bez ustanku. Główną treść jej urojeń stanowi rodzina: ktoś z rodziny umarł, rodzice byli zamożni, uczyli jej biblji, szwagierka okradła ją z pieniędzy, cała rodzina, z niej się śmieje. Przyjechała do Warszawy, lecz porwali ją i zamknęli.

Często nie chce podać ręki: „coś jest tutaj umówionego przeciw niej,“ nie chce wziąć do ręki podanego jej klucza, gdyż „to jest nóż.”

Mówi tak niewyraźnie, że często trudno pojąć pojedyncze wyrazy.

Pomimo ciągłego prawie mówienia i przeskakiwania z tematu na temat—gonitwy idei nie ma.

Olbrzymia odwracalność uwagi, niepodobna chorej fiksować na jakimś przedmiocie lub temacie i bardzo trudno wejść z nią w kontakt.

Na pytania po większej części nie odpowiada i żądanych czynności nie wypełnia, mimo to wyraźnego negatywizmu niema. Czasem jednakże podnosi rękę, wysuwa język.

Ciągle każe podawać sobie wodę do picia, lecz przyniesionej wody nie chce pić.

Nastrój w dalszym ciągu przygnębiony, a zwłaszcza t r w o ż l i w y. Chora bez ustanku pojękuje i popłakuje w sposób najzupełniej bezmyślny, wyrażając cały szereg nie wiążących się jedna z drugą skarg: żołądek ją boli, zabrali jej pieniądze, syn jej uciekł, jakaś znajoma jej umarła.

Nie chce jeść, od kilku dni karmiona przez zondę
Ogromny *foetor exore*.

15. V. Naogół znacznie spokojniejsza.

Rano dzisiaj halucynowała i widziała swego brata i t. d.

Podczas wizyty znacznie spokojniejsza, na pytania natychmiastowo odpowiada, na żądanie pokazuje język zamyka oczy, podnosi ręce do góry, wstaje i t. d.

Twierdzi, że jest zdrowa, lecz że rodzina zamknęła ją tutaj i nie chce wypuścić.

Ślady urojeń prześladowczych. Podane mleko węża i odpycha. Karmiona zgłębnikiem.

Pokazywane przedmioty poznaje wybornie, lecz w czasie i w przestrzeni nie orientuje się zupełnie.

Dzisiaj lękliwość i płacliwość wyrażona w stopniu znacznie mniejszym niż wczoraj.

Chora twierdzi, że jest smutna, gdyż nie ma dzieci przy sobie.

18. V. Dzisiaj podczas wizyty chora znowu bardzo niespokojna.

Przy karmieniu zgłębnikiem, krzyczy, odpycha służbę, rzuca się.

Ciągle płacze głośno i bezmyślnie. Na zapytanie, dlaczego płacze, odpowiada, że dla tego, „że obok jest jej mąż i brat, którzy przyszli ją odwiedzić, a nie chcą ich do niej wpuścić.“

Wogóle halucynuje prawie ciągle. Nieznacznie zaznaczone urojenia prześladowcze.

Treść halucynacji i urojeń stale stanowi rodzina.

I dzisiaj chora pomimo depresji i pobudzenia jest zupełnie przystępna, na pytania odpowiada bezpośrednio, wypełnia to, co się od niej żąda.

Według słów służby i dozorczyń stan chorej w przeciągu ostatnich dni zmieniał się z godziny na godzinę — chora to była pobudzona i płacлива, to spokojna i bardziej przystępna.

21. V. Chora znacznie spokojniejsza. Rozmawia z choremi. Odpowiada na pytania. Jest dość przystępna. Płacze, ale mniej niż przedtem.

Pomagała dozorczyń przy rozdawaniu obiadów.

Rozpytywała się szczegółowo o dzieci, prosiła żeby je przyprowadzić.

22. V. Dzisiaj chora znów silnie pobudzona. Głośno płacze, pokrzykuje. Nie można jej utrzymać na łożku. Leży w separacie. Odmawia przyjmowania jedzenia i picia. Oddaje stolec pod siebie.

Biega niespokojna po separacie, krzycząc i mówiąc bez związku. Jest dzisiaj wyraźnie negatywna, nie podaje ręki, nie chce pokazać języka. Nie chce wymienić nazw pokazywanych jej przedmiotów, twierdząc, że to już robiła tyle razy.

Zupełnie nie orientuje się co do miejsca, gdzie się znajduje. . Na zapytanie, co to za pokój — odpowiada: „to jest miejsce, gdzie wpuszczają ludzi.”

Nie poznaje otaczających ją chorych. Natomiast poznaje lekarza i dozorczyńnię.

Wypowiada cały szereg zupełnie bezmyślnych i nie wiążących się z sobą urojeń prześladowczych: chcą jej krajać brzuch, jedzenie jest zatrute, na bieliźnie są jakieś podejrzane plamy, posługaczki szepczą pomiędzy sobą, że jest w odmiennym stanie, namawiają ją ciągle, żeby się przechrzcila. Kiedy jej pokazano klucze — to także ma oznaczać, że ma się przechrzcic. Płacze i krzyczy, żeby jej nie męczyć tym chrztem.

28. V. Od 3 dni stan chorej polepszył się znacznie.

Jest spokojna, przystępna do tego stopnia, że po raz pierwszy nie zachodzi potrzeba karmić ją sondą, lecz je sama, do czego wprowadzić trzeba ją usilnie namawiać.

Sypia dobrze, wychodzi do ogrodu, rozmawia z choremi.

Dzisiaj zupełnie przytomna, lekarza poznaje, rozmawia chętnie i obszernie, oświadcza, że jest zupełnie zdrowa, skarży się, że jej nie chcą puścić do domu, jakkolwiek rodzina chce ją zabrać. Czasami tylko halucynuje, rozmawiając z obecnym jakoby mężem.

Na wszystkie pytania daje zupełnie rozumne odpowiedzi. Pozostał tylko lekki odcień bezradnej trwożliwości.

Wie, jak długo znajduje się w szpitalu. Kiedy jej przypomnieć urojeń prześladowcze, które produkowała kilka dni temu — zaprzęczy im z niedowierzaniem i kategorycznie.

W ogrodzie pomiędzy wieloma chorem rozpoznaje te, które z nią leżały w jednej sali.

Gdy jedną z chorych dochodzi do lekarza i zapytuje go, co jej jest i kiedy będzie zdrowa — chora nasza robi jej uwagę: „przecież pan doktor nie jest Panem Bogiem, żeby mógł wszystko wiedzieć.“

Na zapytanie, czy czuje się dobrze i czy nie jest jej smutno, odpowiada, wskazując na chore pobudzone: „jak ja mogę czuć się dobrze, kiedy one tak hałasują.“

Dziś nie ma ani śladu myśli prześladowczych.

1. VI. Stan psychiczny chorej stale się poprawia. Dzisiaj jest zupełnie przytomna, przystępna. Powrócił dawny dobroduszny wyraz twarzy, który spostrzegano przy zapisaniu się chorej na oddział nerwowy.

Czuje się zupełnie dobrze na oddziale psychiatrycznym, powiada, że oswoiła się z otoczeniem i niechce powrócić na oddział nerwowy w żaden sposób, „choćby miała umrzeć.“

Nie miewa obecnie zupełnie bólów głowy, natomiast skarży się na to, że widzi gorzej, „jak przez mgłę.“

Opowiada z uśmiechem o swoim wielkim brzuchu, twierdzi, że otoczenie śmieje się z niej, jakoby była w ciąży. Na zapytanie, czy tak jest w istocie — odpowiada, że „chyba z nieba“ — „to pochodzi stąd, że urodziła dziewięcioro dzieci.“

Na przypomnienie dawniej wypowiedzanych urojeń prześladowczych — zaprzęcza temu, jakoby je wypowiadała, — „a zresztą“ — dodaje „możę mi się wtedy tak zdawało.“

Bądź co bądź istnieją i dzisiaj jeszcze ślady urojeń prześladowczych: czasem wypowiada obawę, żeby jej do jedzenia nie wsypano trucizny.

Chce powrócić do domu — i zapytuje, po co ją tu trzymają, skoro jej nic nie jest.

Pam. Tow. Lek. T. 105 Z. III.

Na rozmaite zadawane przy badaniu pytania robi uwagę: „ja już tyle razy odpowiadałam na to — ja wszystko dobrze wiem.“

Orjentuje się niezłe, wie, że jest w szpitalu, przypomina sobie lekarzy, z nazwiska jednakże pamięta tylko jednego.

Nie ma dziś ani śladu trwożliwości ani płaczliwości, która dotychczas tak dominowała w obrazie chorobowym. Mieszają jej się jednak dawne wrażenia — mianowicie pobytu na oddziale nerwowym oraz zamknięcia w separacie.

O rodzinie daje zupełnie dokładne odpowiedzi.

$$2 \times 3 = 6$$

$$10 - 6 = 4$$

$$5 \times 5 = 25$$

$$10 : 2 = 5$$

6 × 6 = uśmiecha się i powiada. „ja i dawniej nie umiałam dobrze liczyć.“

Na ogół w stanie psychicznym przeważa pewna dobrotliwa indolencja.

Na zapytanie, dla czego prosi lekarza miejscowego, żeby jej do jedzenia nie wsypano trucizny, odpowiada, że wprawdzie w to nie wierzy, ale „chcę żyć.“

Badanie układu nerwowego.

Oftalmoskopowo w dalszym ciągu wybitnie wyrażona tarcza zastoinowa: na prawej tarczy naczynia są bardziej rozszerzone i granice bardziej zatarte niż na lewej.

Obie źrenice równe, oddziaływanie na światło zupełnie dobre.

Inerwacja twarzy i języka symetryczna.

Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane.

Siłami mięśniowa w kończynach górnych i dolnych jest nieznaczna, lecz nigdzie nie odchyła się wyraźnie od normy.

Nigdzie również nie udaje się stwierdzić zauików.

Mięśnie ani nerwy na ucisk nie są bolesne.

O d r u c h y z t r i c e p s i okostnowe z promienia obustronnie zachowane.

PR obustronnie żywe bez różnicy.

AR—dzisiaj p r a w y n i e z m i e r n i e s ł a b y, lewy nieco żywszy (porównaj stat. d. 5. V.).

Przy drażnieniu podeszwy obustronnie otrzymuje się niezmiernie słabe zgięcie wszystkich palców.

Wszystkie rodzaje c z u c i a: dotykowe, bólowe, mięśniowe, cieplikowe i stereognostyczne dokładnie zachowane.

N a r z ą d y w e w n ę t r z n e w porządku.

Tętno = 84.

8. VI. Chora przez cały ubiegły tydzień miała się tak dobrze, że przeniesiona została powrotnie na oddział nerwowy.

Jest najzupełniej przytomna, spokojna, orientuje się bardzo dobrze. Zachowuje się rozumnie, na pytania odpowiada chętnie z dobrodusznym uśmiechem. Bóle głowy obecnie przeszły prawie zupełnie, natomiast skarży się obecnie na bóle w klatce piersiowej.

Czuje się zupełnie dobrze na oddziale nerwowym i obecnie nie wyraża chęci powrócenia do domu.

Obecnie nie halucynuje, nie podobna też wykryć żadnych śladów urojeń prześladowczych.

Pamięć jeszcze bardzo upośledzona, nie może sobie przypomnieć żadnych szczegółów z pobytu na oddziale psychiatrycznym, nie pamięta dokładnie, co wczoraj jadła na obiad.

12. VI. Stan psychiczny bez zmian. O f t a l m o s k o p o w o tarcze niewątpliwie bledsze, niż przedtem, naczynia rozszerzone znacznie mniej.

29. VI. Stan psychiczny zupełnie normalny. Inteligencja zupełnie zachowana, rachuje niezłe, nie halucynuje, żadnych urojeń ani śladu. P a m i ę ć wrażeń świeżych

nie wykazuje obecnie żadnych braków. Wspomnienia dawne z okresu przed chorobą zachowane dobrze, natomiast wspomnienia z okresu choroby (pobytu na oddziale psychiatrycznym) są dość splątane i mało plastyczne.

Skarży się na bóle i kłucie w karku, w potylicowej części głowy i w szyjowej części kręgosłupa.

O f t a l m o s k o p o w o: obie tarcze zlekka zaróżowione (prawa nieco więcej), lecz z o b u s t r o n g r a n i c e w y r a ż n e!

15. VII. Przez cały czas chora zachowywała się najzupełniej normalnie. Ani śladu halucynacji, urojeń i t. d.:
Pamięć dobra.

Chora jest najinteligentniejsza na oddziale—i jej się porucza obserwacje innych chorych oraz najsubtelniejsze poruczenia, co wykonywa bez zarzutu.

Na dnie oka: z obu stron granice tarcz wyraźne, naczyńia nie rozszerzone, tło prawej tarczy nieco bardziej czerwone niż lewej, o b i e j e d n a k r o b i ą w r a ż e n i e t a r c z n o r m a l n y c h!

7. VIII. 06. W stanie psychicznym chorej po za pewną dobrotliwą indolencją, którą zresztą chora wykazywała zawsze, nie podobna wykryć nic patologicznego.

Uporczywa bezsenność.

Czaszka przy opukiwaniu nie bolesna.

Wzrok zupełnie dobry.

Siła mięśniowa i czucie bez zmian.

PR obustronnie żywe żywe bez różnicy.

AR obu dość słabe, lewy nieco żywszy.

Obustronnie *flexio plantaris*.

Oftalmoskopowo: o b i e t a r c z e n o r m a l n e.

Spróbujmy w przypadku niniejszym postąpić odwrotnie niż w poprzednio opisanym i zaczniemy od analizy psychiatrycznej strony. U 50-letniej zamężnej kobiety, nieobarczonej dziedzicznie, która przedtem żadnych chorób ani nerwowych ani umysłowych nie przechodziła — występują w sposób ostry niemal zupełnie nagle zaburzenia psychiczne: od samego początku mają one charakter

urojeń prześladowczych: chora opowiada o jakichś ludziach, którzy chodzą za nią, śmieją się z niej, rodzina robi jej na przekór i t. d. Równocześnie wysuwają się na plan pierwszy halucynacje, które wogóle w obrazie klinicznym odgrywają wybitną rolę - na początku z wybitną przewagą halucynacji wzrokowych o jaskrawym charakterze (ogniste pasy, złote koła, różnokolorowe ryby i ptaki). Objawom tym towarzyszy od samego początku choroby upadek pamięci, który powstał najzupełniej nagle i dotyczył zarówno pamięci wrażeń świeżych, jak i dawniej nabytych. Rodzina chorej daje co do tego wyjaśnienia tak wiarogodne, że nie mogą one nasuwać żadnych wątpliwości: chora urywała w połowie zdanie, zapominając o czym zaczęła mówić, zapomniała, kto był u niej dnia ubiegłego, czy i kiedy siostry jej powychodziły zamąż, co się dzieje z jej dziećmi i t. d. — wszystko to przy zachowanej względnie dobrze orientacji i pewnym krytycyzmie w stosunku do siebie i swojej choroby (wiedziała, że mówi „głupstwa“). Najogólniejsze jednakże tło tych wszystkich zaburzeń stanowiła depresja początkowo nieznaczna (od czasu do czasu popłakiwała) — następnie znacznie wybitniejsza.

Cały ten obraz jednakże znacznie się zmienił w jakieś 2 dni po przybyciu chorej do szpitala. Chora, która dotąd po za nieznacznymi objawami kłótlivosti z otoczeniem była naogół spokojna, mało ruchliwa i małomówna, staje się nagle silnie pobudzona pod względem ruchowym, nie mogła usiedzieć na miejscu, zrywała się, biegła, biła w drzwi i hałasowała tak, że trzeba było ją trzymać w odosobnieniu.

Następuje trzytygodniowy przeszło okres podniecenia ruchowego, które po za nieznacznymi remisjami, wahaniami, nasileniami i spadkami jest w okresie owym prawie stałe. Na szczytach podniecenia ruchowego chora, która wogóle w okresie tym jest bardzo gadatliwa, mówi tak szybko, że trudno jest zrozumieć poszczególne wyrazy.

Zaznaczyć trzeba, że pomimo wybitnego pobudzenia chora nigdy nie była agresywna. Nigdy również nie

spostrzegaliśmy u niej przyjmowania póz teatralnych, strojenia się w dziwaczne ubiory. Również nie zdarzało nam się spostrzegać, ażeby chora przy swej gadatliwości wypowiadała jakieś uwagi o charakterze dowcipkującym.

Na tle tego pobudzenia, kiedy hałasowała, biła w drzwi i t. d., chora często popłakiwała i stale niemal była przygnębiona — nawet uśmiech, który czasem zabłąkał się na usta chorej, miał w sobie coś bolesnego. Dla ścisłości dodać muszę, że płacz miewał czasem charakter najzupełniej bezmyślny — i wtedy chora sprawiała wrażenie dziecka, które właściwie nie wie, o co płacze. Zaznaczyć również trzeba, że chora nasza samoistnie nigdy nie oświadczała nam, że jej jest źle lub smutno, zaś depresję swoją motywowała czasem w sposób zupełnie chaotyczny całym szeregiem nie wiążących się jedna z drugą skarg: żołądek ją boli, zabrali pieniądze, syn jej uciekł, jakaś znajoma jej umarła, jest smutna, bo dzieci nie ma przy sobie, obok jest jej brat i syn, którzy przyszli ją odwiedzić, a nie chcą ich do niej wpuścić, jest zdrowa, a nie chcą jej puścić do domu i t. d.

Tego rodzaju wyjaśnienia chorej uważam za postać przejściową do niezmiernie wybitnie wyrażonych w przypadku niniejszym u r o j e ń p r z e ś l a d o w c z y c h. Jak powiedziałem, należały one do pierwszych objawów choroby i były wyraźne, jakkolwiek słabo rozwinięte już wtedy, kiedy ogólny stan chorej umożliwiał jeszczezymanie jej w domu. W szpitalu uległy one znacznemu spotęgowaniu: chora przez długi czas nie chciała zupełnie przyjmować pokarmów i to — można to twierdzić z absolutną pewnością naskutek urojeń prześladowczych; twierdziła ciągle, że chcą ją otruć, chcą ją zabić, w jedzeniu jest trucizna, chcą zabić jej dzieci, usuwała się za każdym zbliżeniem się do niej, często kazała sobie podawać wodę, a gdy jej przyniesiono, nie chciała pić, twierdząc, że jest zatruta, zabili kogoś z rodziny, szwagierka okradła ją z pieniędzy, cała rodzina wyśmiewa się z niej, rodzina porwała ją i zamknęła, coś jest tutaj umówione przeciwko

niej, nie chce wziąć do ręki podanego klucza, gdyż „to jest nóż,” jest zdrowa, tylko rodzina trzyma ją w zamknięciu, odpycha podane mleko, gdyż czuć ją trucizną, chcą jej pokrajać brzuch, wszystko jest zatrute, na bieliźnie są jakieś podejrzone plamy, posługaczki szepczą pomiędzy sobą, że jest w odmiennym stanie, namawiają ją, żeby się przechrzcila, pokazany klucz uważa za symboliczną oznakę tego, że ją chcą gwałtem przechrzcić i t. d.

Cechuje te wszystkie urojenia brak jakiegokolwiek potworności, przesady lub hyperbolizmu oraz przede wszystkim pewna stereotypowość i wyraźne ubóstwo myślowe: obracają się one mianowicie stale dookoła rodziny — nawet wtedy, kiedy o rodzinie nie mówi, łatwo pojąć, że ją ma na myśli.

Pomimo jednakże tego ograniczonego horyzontu urojeń oraz pewnej uitorowanej drogi, po której biegną, nie ma w nich ani śladu żadnego systemu: nie wiążą się one jedne z drugim, niejednokrotnie przeczą sobie wzajemnie (rodzina chce ją otruć — kogoś z rodziny zabili), wreszcie niektóre z nich są zupełnie bezmyślne i najoczywiściej biorą źródło w okolicznościach zewnętrznych (plamy na bieliźnie, podejrzenia o brzemiennosc wobec jej patologicznie wielkiego brzucha).

Równie wybitną rolę, jak urojenia, odgrywały w obrazie klinicznym naszego przypadku halucynacje. Występowały u chorej naszej halucynacje wzrokowe i słuchowe, przyczem, o ile w samym początku choroby przewaga była po stronie pierwszych, o tyle w dalszym jej przebiegu dominowały niewątpliwie halucynacje słuchowe.

Co się tyczy samego natężenia halucynacji, to było ono rozmaite: w początku choroby nieznaczne, potem daleko wybitniejsze — tak że bywały dni, kiedy chora halucynowała niemal nieustannie.

Co do samej treści halucynacji oraz ich ewentualnej wyrazistości, to jesteśmy w położeniu o tyle niepomysłnym, że w okresie poprawy chora dość kategorycznie negowała,

jakoby miewała przedtem halucynacje wzroku i słuchu, retrospektywnie tedy żadnych dokładniejszych wyjaśnień od niej otrzymać nie mogliśmy, zaś podczas halucynowania chora bywała zazwyczaj tak pobudzona i nieprzystępna, że o wypytywaniu się, że tak powiem *in statu nascendi* halucynacji nie mogło być mowy.

Musieliśmy tedy zadawałniać się tem, co chora mówiła samoistnie oraz do pewnego stopnia jej reakcją na halucynacje. Jeżeli tedy abstrahować będziemy pewną kategorię jaskrawych halucynacji wzrokowych (pasy ogniste, koła złote, różnobarwne ryby i ptaki), które zresztą występowały dość rzadko, to i w tej dziedzinie uderzy nas niezmierne ubóstwo i stereotypja: mówi do kaloryferu, gdzie słyszy głos swoich dzieci, rozmawia z nieobecnym synem, widzi obok swoją córkę, rozmawia z bratem—i tak prawie stale treść widzianego i słyszanego w halucynacjach wypełnia jej rodzina spotykamy więc to samo zjawisko które już raz stwierdziliśmy w dziedzinie urojeń. Co się tyczy reakcji chorej na halucynacje, to nie zawsze można było odróżnić, co położyc na karb halucynacji a co na karb urojeń o charakterze przeważnie prześladowczym: cała wysoce gadatliwa, niezmiernie szybka mowa chorej (bez inkoherecji i gonitwy myśli) — nie miała zazwyczaj żadnego związku z zadawanemi jej pytaniami ani z tem, co się dookoła niej działo, lecz składała się po za fragmentarycznemi reminiscencjami życiowemi — z odpowiedzi na urojenia i halucynacje. Niektóre jednakże czynności ruchowe jak: nadbieganie, wsłuchiwanie się w przestrzeń, przemawianie do ścian, kaloryferu i t. d., trwożliwe uciekanie z zajmowanego miejsca—były niewątpliwem oddziaływaniem już wyłącznie na halucynacje.

W ścisłym bardzo związku z halucynacjami i urojeniami było u chorej naszej jeszcze jedno zjawisko, które narówni z depresją nadawało niejako zasadniczy ton obrazowi klinicznemu — mówię tu o silnie wyrażonej trwożliwości, która w okresie pobudzenia i depresji prze-

jawiała się w mowie, w ruchach i wogóle w całym zachowaniu się chorej. Że lękliwość ta nie stanowiła zjawiska pierwotnego, lecz że była tylko reakcją na halucynacje i urojenia, dowodzi tego przedewszystkiem fakt, że nie towarzyszyła mu nigdy t. zw. „*anxietas praecordialis*“, nadająca charakterystyczne piętno t. zw. „*Angstpsychose*“ (STRANSKY) i że wraz z zanikaniem z obrazu klinicznego urojeń i halucynacji zanikał powoli lęk i trwożliwość chorej.

Z elementarnych funkcji psychicznych w przypadku naszym omówiliśmy już sferę emocjonalną i psychomotoryczną. Czynność kojarzenia omówimy dalej, roztrząsając wyniki badań psychologicznych nad asocjacjami naszej chorej.

Co się tyczy spostrzegania, to naogół zachowane było ono dobrze, tylko na wysokości najwyższego pobudzenia ulegało i ono zaburzeniom (chora nie poznawała pokazywanych przedmiotów, lekarzy, otaczających chorych).

Orientacja allopsychiczna podlegała również znacznym wahaniom, lecz tutaj nie mogliśmy stwierdzić już tak ścisłego związku pomiędzy jej wahaniami a natężeniem pobudzenia psychomotorycznego: czasem chora wiedziała dobrze, że jest w szpitalu, jak długo jest w Warszawie i t. d., czasem natomiast sądziła, że jest w domu, w dawnym otoczeniu. Bywały dni, kiedy orientacja allopsychiczna zmieniała się z godziny na godzinę.

Zaburzenia w orientacji autopsychicznej były bardzo nieznaczne, naogół chora miała nawet poczucie choroby, wiedziała, że mówi „głupstwa“, czasem tylko twierdziła uparcie, że jest zdrowa i żądała, żeby ją wypuścić do domu.

Dezorientacji somatopsychicznej w całym przebiegu choroby nie stwierdziliśmy.

Co się tyczy zaznaczonego wielokrotnie w historii choroby negatywizmu, to ocenę jego utrudniały istniejące współrzędnie urojenia. Nie ulega żadnej

wątpliwości, że cały szereg negatywistycznych postępów naszej chorej wypływał z jej urojeń prześladowczych (nieprzyjmowanie pokarmów, odpychanie mleka, częste nieodpowiadanie na pytania). Miałem jednakże wrażenie, że czasem objawy negatywistyczne powstawały u niej pierwotnie po za obrębem halucynacji i urojeń (np. podawanie fałszywej liczby lat, mycie zębów wodą podaną do picia i t. d.).

Dodać muszę, że nigdy nie spostrzegano u chorej naszej jakiegokolwiek zmanierowania, stereotypji w ruchach i t. d.; pomimo ciągłej gadatliwości nie było werbigeracji, echolalji i t. p.

Pozostaje mi zwrócić uwagę jeszcze na jeden punkt klinicznego obrazu, a mianowicie na brak g o n i t w y m y ś l i. Nie mogliśmy jej stwierdzić ani w chwilach znacznego pobudzenia ruchowego w samoistnych wynurzeniach się naszej chorej; przy najszybszem tempie mowy nie było owego charakterystycznego przeskakiwania z jednego szeregu wyobrażeń na drugi. Również w odpowiedziach dawanych przez chorą na zapytania nie zauważyliśmy nigdy tych uwag pobocznych, które przy gonitwie myśli są z zadaniem pytaniem w tak luźnym związku.

Ponieważ kwestja k o j a r z e ń p o j ę ć u naszej chorej wydawała nam się pierwszorzędnej wagi przy rozpoznaniu różniczkowem, próbowaliśmy rozstrzygnąć ją na drodze doświadczalnej. W tym celu posługiwaliśmy się zmodyfikowaną i nieco uproszczoną metodą JUNG'a i RIKLIN'a, która zdaniem naszym ma niewątpliwą wyższość nad dawniejszemi metodami ASCHAFFENBURG'a, KRAEPELIN'a oraz SOMMER'a dla powodów, o których mowa na innem miejscu.

ŹRÓDŁA
biograficzno-bibliograficzne
DO DZIEJÓW MEDYCyny

W DAWNEJ POLSCE.

zebrał

Fr. Giedroyć.

—
(Dalszy ciąg).

SZYLING WOJCIECH

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu Padewskiego zapisano: „21. VI. 1582. Albertus Schellingius, Polonus, fil. Francisci, fuit examinatus in philosophia et medicina”. Może to Wojciech Szelig [Scheligius], o którym to wiemy, że się do nauk lekarskich przykładał w Padwie.

Zr. drk. St. Windakiewicz: Materiały do historii Polaków w Padwie. Archiw. do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. VII.

Szymonowicz Andrzej.

pierwszy stopień filoz. osiągnął w Krakowie w roku 1659. Był lekarzem królewskim, jak to widać z adnotacji w Lib. p r o m o t. W roku 1670 poślubił Annę Anczewską.

W *Słowniku* Kościńskiego obok S z y m o n o w i c z a J ę d r z e j a mamy S z y m a n i e w i c z a A n d r z e j a; obaj—podług tegoż słownika — mieli pochodzić ze Lwowa i w jednym czasie [w r. 1668] byli w Padwie. Wobec tego mimowoli rodzi się przypuszczenie, że tu jedna osoba wzięta za dwie. [Szymaniewiczza wymienia pod r. 1668 Przewdziecki, ¹⁾, a za nim powtarza Kościński].

==== Applausvs quos in Excellentem Dnum. D. Andream Szymonowicz, Philosophiae et Medicinae Doctorem. Et nobilem Virginein Annam Anczewska 14. Calendas Mart. Festa Coniugalia celebrantes effudit. Joannes Castelli Studiosus Rhetoricae Societatis Jesv. Anno applaudentium Nato Deo—Homini Angelorum. 1670. Leopoli, typis Collegij Societatis Jesv. Imprimebat Simon Prątkiewicz. w 4ce kart 4. [wiersze; 10 wierszy po polsku.] ²⁾

Źr. drk. 1) Aleks. Przewdziecki: o Polakach w Bononii i Padwie.—2) K. Estrejcher: Bibliografia polska, T. XIV, str. 81.

TAMFONI

lekarz krakowski z drugiej połowy XVII wieku. Mówi o nim Wosiński jako o obecnym przy sekcji, dokonanej w dn. 20 lipca 1675 r. w towarzystwie dwóch innych lekarzy (Policiani, Rejneker).

Źr. druk. Stanisław Wosiński... podał Br. Wojciechowski. Pam. Tow. lek. warsz. T. XCII, R. 1896, Zeszyt IV, str 1002.

TAPERTIUS ZYGMUNT

dr. filozofii i medycyny, wpisany do ksiąg nacyi polskiej w Padwie pod r. 1612.

Źr. druk. St. Windakiewicz: Księgi nacyi polskiej w Padwie. Protok. zgromadzeń nacyi polsk. w Padwie. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VI.

z TARNOWA ADAM [Thussinus]

dokt. filozofii i medycyny, w 1533 r. dostaje urlop na dwa lata na wyjazd do Włoch dla studjów z warunkiem, by na czas nieobecności swojej dał zdolnego zastępcę:

N. 359. Absencia doctoris Ade de Tharnow causa studij. 1)

[Cracoviae, d. 3 Maij, An. Dn. 1533].

Sigismundus etc. Significamus tenore pncium etc. Quia nos annuen. honestis desiderijs Egregij Ade de Tharnow arcium et medicine Doctoris minoris collegij Cracouien. artistarum collegiati. Ypsi propter profectionem eius quam facturus est in Ytaliam studij causa licentiam ab ipso collegio minori pdicto abessendi hinc ad duorum annorum decursum sese immediate sequencium dan lam et concedendam duximus damusque et concedimus per pntes. ea lege, ut lectionem suam et alia onera, ad que ex debito et ratione collegiature sue tenetur, diebus consuetis per alim idoneum magistrum interea temporis compleat et sustineat. Harum testimo. lrarum. quibus sigillum nrm. est impressum. Dat. Cracouie tercia die maij festi ynvencionis sancte crucis. Anno Dom. millesimo quingentesimo trigesimo tercio. Regni nri. anno vigesimo septimo.

W dziale rękopisów bibl. Jagiell. znajduje się: 2)

— Tempora selectiora pro phlebotomia, balneo, ventosis quoque atque pharmacijs purgantibus et confortantibus acceptandis, seminandi denique ac plantandi ex decursu lunae, que propria corporum est, per signa celestia, affectione quoque radiosa planetarum salubrium ad eandem, documentis astrologicis obseruatis, per mgrum Adam Thusinum a Tarnow, minoris Collegii artistarum collegam, collecta ac in domum maioris Collegij una cum Almanach pro meridiano Cracouiensi calculata, ex officio et consuetudine oblata ad a. d. 1535 premissis his, que ad obseruationem ecclesie pertinere dinoscuntur.—Dzieło astrologiczne z medycyną związek mające.

Źr. druk. 2) Kod. № 608, str. 181 — 212. Wisłocki: Katalog rękopisów bibl. Jag.

Źr. rękop. 1) Metr. Reg. Lb. 48, fl. 920/813 v.

TARVISAN JAN

lekarz wezwany do chorego króla Stefana, gdy Buccella nie chciał brać na siebie całkowitej odpowiedzialności.

Źr. druk. Al. Kraushar: Czary na dworze Batorego. Kraków, 1888.

de TAYLER JAN

dokt. med., okulista wędrowny. W 1752 r. ma nadany tytuł okulisty królewskiego (*titulum et munus Ophthalmiatri Regii*) i świadectwo na prawo podróżowania po prowincjach Rzeczypospolitej i leczenia chorych. W świadectwie zaznaczono, że T. odznaczył się *egregiis qualitatibus ac singulari in curandis Oculorum morbis et affectionibus eruditione*.

N. 360. Literae patentes G. n. s. Joanni de Tayler Equiti et Medicinae Doctori iter per multa Regna ac ditiones faciendi ex Cancellaria R. n. i. datae.

Źr. ręk. Metr. Reg. Lb. 9, fl. 375, An. 1752. [z ser. ksiąg Metryki koron. dawniej w Moskwie przechowywanych]

Tectander Józef [Zimmermann]

Syn rajcy krakowskiego; w Padwie uczył się literatury pod Bonamikiem i medycyny u Curtiusa. Podług *Lib. diligent.* wykładał [r. 1532—1536] w Krakowie na wydziale filozoficznym: „Aristotelis Metaphysicam, Novam logicam seu II-dam partem logicae, Oeconomica, Politica, Veterem artem seu I-dam partem logicae; Hispani P. Septem tractatus seu summulas; Ovidii Metamorphoses; Peroti Grammaticam”.

Przekładem pism Galena zajmowali się współcześnie Struś i Tektander. Krytyka przyznała wyższość przekładom Tektandra. Oto naprzykład sąd, wygłoszony pod tym względem przez Piotra Danjela Hueta [De Interpr. Paris 1680, pg. 178]: „Sterilis quoque huius exercitationis et negligens Polonia J. Struthium dedit, cum parum in vertendo diligentem, tum oratione corrupta horridum et deformem. Cultior longe J. Tectander florenti dictione sententias exornavit, in iisque defixus verborum et characteris sollicitudinem insuper habuit”.

Źr. drk. Maciejowski : Piśmiennictw. T. II, str. 47. 97. 108. 646. — Wiszniewski: Hist. literat. VI. 213—215. 305; VII. 567. — St. Windakiewicz: Padwa. Studium z dziejów cywilizacji polskiej. Przegl. Polski, 1891.

TETMAJER.

W aktach b. Komis. wojskowej znajduję świadectwo lekarskie, wydane w 1791 r. przez doktora **T h e t m a i e r a** z Żelechowa.

Źr. rękp. Akt. b. Komis. wojsk. ks. 13, str. 617.

TEUBLER

dokt. medycyny, fizyk miejski w Rydze; w 1776 r. zaszczycony godnością radcy dworu królewskiego:

N. 361. Munus Consiliarij Aulici Nobili Teubler Medicinae Doctori et Physico Civitatis Rigensis datur.

[Varsaviae, d. 7 m. Februarij, An. Dn. 1776].

Stanislaus Augustus etc. Significamus etc. Quia nos commendatam habentes egregiam indolem ac in rebus agendis dexteritatem Nobilis Teubler Medicinae Doctoris et Physici Civitatis Rigensis faciendum esse duximus, ut Ipsum in numerum Aulae Nostrae Consiliariorum adscribe-remus et assumeremus, prout quidem adscribimus et assumimus praesentibus litetis Nostris, dantes et concedentes Eidem Nobili Teubler plenam et omnimodam potestatem facultatemque omnibus juribus, praerogativis, immunitatibus, quibus caeteri Aulae Nostrae Consiliarij de Legum praescripto et usu antiquo gaudent et fruuntur pleno jure gaudendi et utifruendi. Quod omnibus, quorum interest, praesertim vero Mgcis. Regni et MDL. Mareschalcis caeterisque Gnosis. Aulae Nostrae Officialibus notum esse volentes, mandamus, quatenus praefatum Nobilem Teubler ab hinc pro vero, legitimo et actuali Aulae Nostrae Con-

siliario habeant, nominent et agnoscaat Eique de loco juribus praerogativis hocce munus concernentibus et Ipsi respondeant et ab alijs responderi curent. Pro gratia Nostra. In quorum fidem etc. Datum Varsaviae, die VII Mensis Februarij, Anno Dni. MDCCLXXVI, Regni vero Nostri XII. Anno. Stanislaus Augustus Rex.

Źr. rękp. Ks. kanclerskie. Lb. 56, pars I. fl. 17. — Sigill. Lb. 32, fl. 368.

THIEME

W *Gazecie Warszawskiej* z 1799 r. [Nr. 61, 30 lipca, str. 939.] czytam: „Jego Królewska Mość raczyła ustanowić swego Kreysphyzyka i Doktora Medicinae w Płocku J Pana Thieme przez wzgląd na jego doskonale umiejętności i w sztuce swojej ugruntowanego, jako za pierwszego Assessora przy tymże Kollegium Medycum et Sanitatis w Płocku, przywilejem swoim zaszczycić. Także też Kreyschirurga JP. Jurg za pierwszego Assessora Chirurgiae w tymże miejscu raczyła J. K. Mość udeterminować“.

Thullie Jan Jakub

dokt. med., w 1715 r. był w Warszawie. [W r. 1728 był obrany rajcą lwowskim Thullie Jan; zapewne ten sam].

Źr. rękp. Akta Starej Warszawy: Lb. 58, fl. 275 r.

Tidicaeus Franciszek

Monumentum Thorunii:

Excellentissimus vir Franciscus Tidicaeus, Philosophiae et Medicinae Doctor, Reipublicaeque Toruuen. Phisicus Ordinarius. Natus Gedani Anno M. D. LIV. moritur Torunij An. M. DC. XVII. Consors eius Nobilis Anna Gretzschia, nata Anno M. D. LX. Obijt Anno M. DC. XXXII.

Źr. drk. Starowolski: Monument. Sarmat. 391.

Pam. Tow. Lek. T. 105 Z. III.

Titz Karol Teodor

— Opisanie wody mineralney Korsowskiej cząstki żelazne w sobie trzymającej. Przez Karola Teodora Titzę nauk lekarskich doktora, bywszego fizyka powiatowego, teraz w Lwowie mieszkającego. W Lwowie. Drukowano u Józefa Pillera. 1800. — w 8ce, str. 16.

Treść. Początek tej wody i położenie miejsca. Woda opisywana bierze swój początek we wsi Korsów w Galicyi Wschodniej. Zimna, jak kryształ przezroczysta, wytryska w ilości wystarczającej na kilkaset kąpielii dziennie. Podług świadectwa mieszkańców wsi, własności lecznicze wody znane były już dawno, później jednak zapomniano o niej i dopiero współczesny autorowi właściciel Korsowa, hr. Rafał Amor Tarnowski, zajął się sprawdzeniem opowiadań ludu. — Cząstki z których się ta woda składa. Badając tę wodę. spostrzegamy: że 1) w zimie nigdy nie zamarza, 2) wydaje zapach atramentowy, 3) — 6) zawiera kwas węglany, 7) na dnie źródła widzimy „rdzę” i prawdziwą rudę żelazną, 8) dolawszy do wody kilka kropli tinktury galasowej, odwaru herbaty lub kory dębowej, przekonywamy się ze zmiany zabarwienia, że ta woda „wiele cząstek żelaznych w sobie trzyma”. Badania chemiczne wykazują w dwóch kwartach wody ze źródła pierwszego: 30 caliów kubicznych „powietrza fixowego” (kwasu węglanego), 6 gran. żelaza, 2 grany ziemi wapnistej „kwasem witryolowym nasyconej” i 2 grany „mineralnej soli ługowej”. Taką ilość wody ze źródła drugiego zawiera w sobie: 26 $\frac{1}{3}$ caliów kubicznych kwasu węglanego, 7 gran. żelaza, 2 grany mineralnej soli ługowej, 2 grany ziemi wapnistej i mnóstwo kwasu siarczanego. — Skutki tej wody. „Otwiera dziurki potowe, broni zgnięłości, solwuje zgnięte i gnuśne humory, zagaja strupy i inne nieczystości skóry, jako: plamy i liszaje... umacnia nerwy, ściągą twarde części ciała zwolnione i drobne jego żyłki... pędzi urynę i stolce... osobom chroniczne choroby cierpiącym jest najzbawien-

niejsza. Uleczą słabość żołądka. W chorobach kobiecych jest środkiem najskuteczniejszym, w kurczu nerwów, w hypochondryi, w rwaniu członków, flusach, zatwardzeniu wątroby lub śledziony, w hemoroidach, dzieciom na angielską chorobę". — **Z a ż y w a n i e t e y w o d y.** Należy pić wodę świeżo czerpaną ze źródła, naczcho, a potem kilka jeszcze razy w ciągu dnia do 4—5 kwart dziennie. Do kąpieli nie należy wody zbyt ogrzewać, gdyż traci na wartości i mocy.

TIUSSI JOZEF ANTONI

dokt. medycyny, lekarz wiedeński, miał tytuł radcy dworu króla polskiego [*Consiliarius aulicus S. Maj. Regis Poloniae*].

Źr. rękp. Akta b. Komis. wojsk. ks. 7, str. 654, r. 1788

TOMASZ [Litwin]. — TOMASZ [Polak].

W księgach sekretnych kolegium lekarskiego uniwersytetu Bolońskiego [*Libri Segreti de Collegio Medico*] pod datą. 16. XII. 1512 zapisano: „Promotio in artibus et med. Thomae de Lithuania Polono.

W tychże księgach pod datą 8. VI. 1571 zapisano: „Promotio in med: Thomae Poloni. [może znany już Tomasz z Piotrkowa?]

Źr drk. St. Windakiewicz: Informacya o aktach uniwersytetu Bolońskiego. Archiwum do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. VII.

Tomicki Benedykt Adam

Lib. promot. zwie go **T o m i e c k i m.** Pierwszy stopień filozoficzny osiągnął w Krakowie w 1636 r. Był doktorem obojga praw i medycyny, w 1674 roku posłan od m. Lwowa na elekcję Jana III.

Toński Jan

dokt. objga praw, filozofii i medycyny. Kościński pisze, że T. „po oboronieniu rozprawy 12 października 1648 r. uzyskał w akademii krakowskiej stopień doktora medycyny“, Majer zaś pisze, że T., otrzymawszy stopnie filozoficzne, „potem zapewne udał się na naukę lekarską, gdyż jako dr. med. odpowiadał o miejsce między doktorami medycyny 12 paźdz. 1648 r., ogłosiwszy w tym celu: *Questiones de Angina*“.

— *Arithmetica vulgaris*... Wydanie z roku 1645, podane u Kościńskiego, było drugim; pierwsze pochodzi z 1640 r. [Ingolstadii, Typis Gregorii Haulin, in 12-o str. 102].

— Informacya o kamienicach w mieście Krakowie akademickich.

— *Lachrymae Aesculapii, in obitum Clarissimi olim et Excellentissimi Domini M. Joannis Toński, Philosophiae, utriusque et Medicinae Doctoris, ac eiusdem in Alma Uniuersitate Cracouien. Professoris, mathematicis disciplinis longe clarissimi, dum mortalitatis eius exuviae magno omnium Academiae ordinum dolore, ad aedes Ecclesiae Collegiatae, D. Annae apparatu funebri, tumularentur; a M. Stanislao Josepho Biezanowski Leopold. Philosophiae in Alma Uniuersitate Cracouien. doctore obseruatae et ad aeuiternae tanti viri memoriae decus immortale, dolentis Citharae affectu, aeternitate dicatae. Anno aere Christianae 1664. die 5 mensis Septembris. Cracouiae, apud haeredes et successores Lucae Kupisz. tol. kar. 4 [wiersz]. — Umarł więc w roku 1664; podług *Słownika* Kośm. żył jeszcze w 1666 r.*

Źr drk. Muezkowski: Lib. prom. 303. 326. — Majer: Wiad. z życia profesor. wydziału lek., str. 49. — T. Żebrawski: Bibliografja pi śm. pols. z działu matematyki i fizyki, str. 271—272. — K. Estreicher: Bibliogr. polska, T. XIII, str. 116.

de TRANSILVANIA HIERONIM

dokt. med., wymieniają go dwukrotnie akta rektorskie uniwersyteckiego [Wisłocki: Acta rector. Nr 3150. 3175] z r. 1532 i 1533.

z **TREBUL JAN** *vid.* Solfa.

TRECZER [Troetscher] J. N.

lekarz w Pokrzywnicy w końcu XVIII w.

Źr. ręk. Akta b. Komis. wojsk. ks. 10, str. 585.

TRĘCZYŃSKI JAN

W księgach nacyi polskiej w Padwie czytamy pod rokiem 1680: „Tręcinius Jan Aulicus JMsci Pana Koniuszego Koronnego Jo. Lubomirskiego missus ad studia Pataviam Candidatus Medic“; w roku zaś 1687 wpisany tamże: Tręcini Jan medyk“.

Źr. drk. St. Windakiewicz: Księgi nacyi Polskiej w Padwie. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VI

Tridentinus Kacper

W księgach skarbowych mamy dwie o nim wzmianki. pod rokiem 1558: „Casper Tridentinus doctor medicinae. Susceptus in seruitium M. R. Cracoviae die 1 Julii 1558. Habebit pro anno salario cum omnibus aliis rebus per gros. 30 flor. 400, fac. pro Quartal. fl. 100“ i pod rokiem 1564: „Casparo Tridentino Italo Phisico Mtis Reg.“ wypłacono za rok i 36 tygodni 1056 flor.

Źr. ręk. Ks. skarbowe: Lb. 110, fl. 199. [u Świeżawskiego i Wendy. — Spis lekarzy polskich, Medycyna, T. XIX — błąd zecerski: „Nidentino“ zamiast „Tridentino“].

Trzeciak Franciszek

lekarz w Sandomierzu, stopnie filozoficzne na wydziale w Krakowie osiągnął 1642 i 1646 r.

Zr. drk. Muczkowski: Lib. promot. 314. 318.

z Trzemeszna Mikołaj, Vitreator Nicolaus de Trzemesnia ad Dobczyce, Nicolaus Vitreatoris de Trzemeschna Podług *Lib. diligent.* [r. 1515 i 1517] wykładał w Krakowie na wydziale filozoficznym: „Aristotelis Elenchos, Meteorologica, Parva naturalia“.

Tuater Franciszek

Stopnie filozoficzne osiągnął w Krakowie w 1692 r.

z TUCHOWA MIKOŁAJ

syn Fabiana, uzyskawszy stopień bakałarza *in artibus* w Paryżu; zapisał się na medycynę, którą też ukończył i wrócił do kraju.

W bibl. uniw. Jagiell. znajduje się kodeks [839] z początków XV w. Odpisywaczem jego był „Nicolaus Polonus, filius Fabiani, philosophus Paris. in medicina licenciatus“.

Źr. drk. St. Kutrzeba: Polacy na studiach w Paryżu w wiekach średnich. Bibl. Warsz. 1900, T. II., zesz. 3, str. 335. J. Rostafiński: Medycyna na uniw. Jdgiell. w w. XV, str. 84.

z Tuliszkowa Mikołaj, Tuliszek

Korytkowski pisze o nim: „Nicolaus de Thuliscow, Thulischow, zwykle Tuliszek zwany, kanonik gnieźnieński, dyplom doktorski zdobył za granicą, skąd powróciwszy był najpierw lekarzem domowym prymasa Łaskiego, a od 30 maja r. 1526 kapituły gnieźnieńskiej. Zgodnie z obowiązkiem urządził aptekę, której dotąd kapituła nie miała, i utrzymywał przy niej aptekarza.

Podług *Lib. diligent.* był dziekanem [r. 1515 i 1522] wydziału filozoficznego w Krakowie i wykładał [1504—1526 r.]: „Alberti M. De origine animae; Aristotelis De anima, De coelo et mundo, De ente et essentia, De generatione et corruptione, Elenchos, Ethica, Methaphysicam;

Meteorologica, Parva logicalia, Parva naturalia, Physica, Posteriora, Veterem artem seu I-mam partem logicae; Astrologiam; Ciceronis Officia, Tusculanas questiones: Donati de octo part. orationis; Euclidis Elementa geometriae; Galli Secundam partem seu syntaxin; Hispani P. Septem tractatus seu summulas logicae; Horatium; Nigri Epistolas; Ovidii Heroidum epistolas; Perspectivam communem; Ptolomaei Centum verba; Quadrupartitum opus; Regiomontani Introductorium in Almanach; Sallustium; Theoricis planetarum; Vergilii Georgica“.

==== Electi dies (Nicolai de Toliskow artium et medicinae doctoris: maioris Collegii Cracouiensis collegiati) pro sanguinis minoratione. Balnei ingressu et ventosatione. Arborum et vinearum plantatione. Seminum felici seminatione. Pro anno Christi 1523. Cuius anni aureus numerus 4.

==== Wydawał kalendarze: *Iudicia Cracouiensia* z przepowiedniami astrologicznemi; Wiszniewski pisze, że od roku 1517 do 1532, co nie jest zgodne z prawdą, gdyż biblioteka uniwersytecka w Warszawie ma kalendarz Mikołaja z roku 1512.

N. 362. Absentia Nicolai de Toliskow¹⁾

[Dat. in conv. gener. Piotrcov. d. 18 Januar. An. Dn. 1526].

Regia Maiestas concessit Venerabili Nicolao de Toliskow doctori Medicine licenciam a Collegiatvra sua quam in vniuersitate Oraconien. obtinet evndi extra regvm ad peregrinationes p. R. d. archiepvm. Gnesnen. obeundas. Quam licenciam sua Mtas. regia vult et decernit valere vsque ad ipsius d. archiepi. reditvm.

Źr. drk. Muczkowski: Lib. promot. 128. 161. 175. — Korytkowski: Prałaci i kanonicy katedry gnieźnieńskiej. — Wiszniewski: Historja liter. IX. 495.

Źr. rękp. 1) Metr. Reg. Lb.39. fl. 665, An. 1526.

Tylkowski Wojciech

— Disquisitio physica ostenti duorum puerorum quorum unus cum dente aureo, alter cum capite Gyganteo Vilnae in Lithuania Regni Poloniae Provincia spectabatur. Anno Domini 1673. Ad Illustrissimum et Reverendissimum Dominum Dn. Nicolaum Pac Dei et Apostolicae sedis gratia Episcopum Vilmensem. Authore R. P. Adalberto Tylkowski Soc. Jesu Regente Seminarij Pontificij. Typis Monasterii Olivensis. Anno 1674. — w 12ce.

Na wstępie podaje autor plan dziełka, nadto wyjaśnia powody, dla których pisze po łacinie, [żeby dziełko mogli czytać uczeni za granicą, żeby nie być zrozumianym przez kobiety, na których wyobraźnię opis potworów mógłby wpływać ujemnie]. *Cap. I. Exempla quaedam Ostentorum ac Monstruorum in Polonia et M. D. Lithaniae* [opisuje potwory widziane w różnych czasach w Polsce: cielę o dwu głowach psich; dziecko, które przyszło na świat już z zębami i zaraz po urodzeniu mówiło; dziecko o gęsich nogach i t. p.]. *Cap. II. Exempla quaedam monstruorum extra Regnum Poloniae.* *Cap. III. De causis monstruorum.* [Przyczyny bywają zewnętrzne i wewnętrzne. Wewnętrzne można sprowadzić do czterech głównych: ad defectum materiae: przychodzi na świat dziecko o jednym oku, o trzech palcach; ad materiae abundantiam: np. płód o 12 uszach; in qualitate activam: np. hermafrodyta; in malitiam continentis foetum. Główna przyczyna zewnętrzna: imaginatio matris. Zresztą potwór może powstać za sprawą diabła lub z woli Bożej, zwykle jako kara za grzechy. Przykłady]. *Cap. IV. De generatione auri.* Prima pars: de productione auri per naturam. Pars secunda: de productione auri per artem. *Cap. V. De generatione et natura ossium ac dentium.* *Cap. VI. De viribus maternae imaginationis ad corpus prolis immutandum.* *Cap. VII. De ijs quae possunt intra animal aut ex animali generari.* *Cap. VIII. De viribus astrorum in ordine at auri generationem.* *Cap. IX. Historica narratio de puero cum dente aureo.* [Autor ogłą-

dał osobiście w 1673 r.; potwór przyszedł na świat w Wilnie w 1670 r.]. *Cap. X.* Historica narratio de puero cum capite gyganteo [głowa niezwyklej wielkości]. *Cap. XI.* Causae dentis aurei. *Cap. XII.* Causae praegrandis capitis. *Cap. XIII.* Coniecturae ex dente aureo physicae. *Cap. XIV.* Coniecturae ex praegrandi capite physicae. *Cap. XV.* Coniectura livilis tam ex dente aureo quam ex capite gyganteo. *Additamentum* [autor donosi, że ów ząb złoty w końcu września 673 r. przeistoczył się w ząb zwyczajny].

UBALDINI de RIPA DOMINIK

dr. filozofii i medycyny, 1651 r. był bibliotekarzem nacyi polskiej w Padwie.

Źr. drk. St. Windakiewicz: Księgi nacyi polskiej w Padwie. Archiw. do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. VI.

Umiastowski Piotr

*Lib. promot.*¹⁾ zwie go „Miastowskim P. medic. Kiiivien.“, stopień bakałarza osiągnął w Krakowie 1574 r. — W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu pade-wskiego zapisano²⁾: „12 II. 1582. Petrus Umiastowski de Climenti Polonus fuit examinatus in artibus et medicina“.

Źr. drk. 1) pg. 213. — 2) St. Windakiewicz: Materiały do historyi Polaków w Padwie. Arch. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII.

Ursyn Jan [Krakowianin]. Ursinus.

Lib. promot. zwie go wprost Janem z Krakowa. Pisze o nim Wiszniewski:¹⁾ „Między mężami, którzy się do rozkrzewienia czystiejszego języka łacińskiego przyczynili, pierwsze miejsce trzyma Jan Ursinus. W pierwszej połowie XV wieku jeszcze uczono się języka łacińskiego z Kadłubka i z gramatyk scholastyką zagmatwanych. Pierwszy Jan Ursinus lepszą wycuczenia się czy-

stej łaciny drogę pokazał. Urodził się w Krakowie, nauki odbył w akademii krakowskiej. Potem udał się do Włoch dla dalszego w naukach udoskonalenia; w Padwie około r. 1487 uczył się prawa, a w Rzymie literatury łacińskiej pod Pomponiuszem Letus... Ursinus, powróciwszy z Włoch, bawił na Litwie, ostatecznie osiadł w rodzinnem mieście swoim Krakowie, gdzie miał wielkie u ludzi poważanie jako lekarz, prawnik i humanista. Żyjąc za czasów Jana Olbrachta i Aleksandra, miał ściśle związki z Kallimachem, Drzewickim, Albertem Brutus sekretarzem W X. Aleksandra. Niemniej szczyił się względami królewicza kardynała Fryderyka. Erazm Ciołek (biskup płocki) był blizkim jego żony krewnym. Ursinus, będąc profesorem akademii Krakowskiej, liczył się do medyków, ale uczył najprzód literatury łacińskiej, a później prawa rzymskiego, czyli, jak je wówczas (zapomniawszy o swoim) prawem cywilnem nazywano. Przyłożył się wiele do zaprowadzenia lepszej łaciny i literatury klasycznej w Krakowie... Tych co poetów rzymskich czytać zabraniają, głupcami nazywa, stawiając za przykład papieżów, i chwali naczelników akademii krakowskiej, iż literaturę łacińską wykładać pozwalają. Poetykę i retorykę w późniejszym już wieku w r. 1486 wykładać w akademii począł. W dziele *Modus epistolandi*.. podawszy prawidła rozmaitych rodzajów listów, kładzie za wzór nie listy zmyślone, ale prawdziwe swje do różnych znakomitych wówczas osób, między innymi do kardynała Fryderyka pisane, mające wielką wartość historyczną. Jest to najdawniejszy zbiór listów przez Polaka pisanych, które z wielką przyjemnością czytają się... Poleca on naśladować, a nawet wypisywać Cyncerona, ale Seneki młodym czytać nie każe... Lubi się też chwalić... w liście do Kallimacha powiada, że jego *Modus epistolandi magnam discentibus utilitatem allaturum arbitror, mihi vero multum nominis addere opinor*. Są tu załączone mowy: 1) Oratio de laudibus Erasmi cum Baccalariatus in artibus laurem sumeret 2) Oratio de laudibus eloquentiae. Miał ją r. 1486, rozpoczynając wykład Sallustjusza. 3) Oratio de laudibus

medicinae. 4) Oratio pro doctoribus Gymnasii Cracoviensis ad illustrissimum principem Joannem Albertum Regem Poloniae. 5) Oratio in primam lectionem Institutionum Justiniani Imperatoris. Jest to tylko krótka nader przemowa przed rozpoczęciem wykładu instytucji justyniańskich, w której powiada, że zaniedbawszy prawo przez lat dwanaście, znowu do niego wzięść się postanowił“.

„Mowa jego *de laudibus medicinae* habita Cracoviae Idibus Decembris anno MCCCLXXXVIII (15 grudnia r. 1488) cum pro loco inter Doctores adipiscendo publicam in medicina faceret disputationem. Tu mówiąc o początku medycyny, wywodzi tę naukę od Apollina i opiera się na wierszu w Owidiuszu, w którym Apollo o sobie powiada: *Inventum medicina meum est: Opiferque per orbem dicor et herbarum subiecta potentia mihi.* — Jednakże zdaje mi się, że więcej zbliżają się do prawdy, co przypisują medycynie, a raczej własności lekarskich ziół wynalazek pasterzom i rolnikom; lecz ponieważ Apollin pasał trzodę u Admeta, więc on, albo który inny mógł wynaleźć w ziołach lekarskie ich własności; mówi dalej o Eskulapiuszu i jego dwóch synach Polidaryuszu i Machaonie, którzy z Agamemnonem poszli na wojnę trojańską i tam nie małą pomoc rodakom swym nieśli; dżumy i innych chorób, jak świadczy Homer, leczyć nie umieli, tylko rany opatrywali. Po Hippokratesie podzieliła się medycyna na dyalektykę farmaceutykę i chirurgią. Potem dyetetycy podzielili się na empiryków i racjonalistów. Ursinus nie tylko broni racjonalistów, którzy śledzą utajoną przyczynę choroby i rozrzucając trupy zaglądają w trzewia, ale i empiryków powody, dla których nie lubią w utajone zaciekać przyczyny, bardzo jasno wyklada; dodaje jednakże, iż medykowi dyalektyka i fizyka nieodzownie są potrzebne“.

O tejże mowie pisze Morawski:²⁾ „Kruszy w tej mowie kopię za godność, chwałę lekarskiej nauki. Mówi o jej początkach i rozwoju, o jej pożytku, wreszcie zwraca się do słuchaczy, aby zachęcić do gorliwych studyów i życzliwego pielęgnowania lekarskiej nauki. Rozróżnia on mię-

dzy medici rationales i empirici. Pierwsi chcą dotrzeć do ostatnich przyczyn choroby, uważają krajanie trupów za rzecz konieczną, drudzy ograniczają się na doświadczeniu, praktyce, a raczej na nieuctwie. Dziwi się, jak człowiek, który nie widział dyssekcji ciała, który przytem nie zna filozofii, ani literatury łacińskiej, ośmiela się wykonywać szlachetną sztukę lekarza. Chwali następnie mistrzów tej nauki od Galena począwszy i sięgając w tym przeglądzie najnowszych czasów, sławi swoich nauczycieli Piotra Robonella i Franciszka Bencio, syna Hugona, słynnego niegdyś w Padwie profesora. Żali się w końcu na brak hojności miast i ludzi względem medycyny. Stąd pochodzi, „że tak mało wybitnych tego wydziału profesorów znaleźć można w tych czasach“.

Źr. drk. 1) Wiszniewski: *Historja liter.* T. III. str. 186. 307 — 314; T. IV. str. 198—200. — 2) K. Morawski: *Historja Uniwers. Jagiellońskiego*, II. 96.116. 177. 184. 222.

Ursinus Jan [Lwowianin]

Stopnie filozoficzne osiągnął w Krakowie w 1587 i 1593 r. Adnotacye w *Lib. promot.* nazywają go kanonikiem zamojskim. Na kapłana wyświęcony w 1610 roku. Przybył do Zamościa po otwarciu uniwersytetu (spis profesorów, otwarciu przytomnych, nie wymienia go). Wysłał go następnie Zamoyski do Włoch na naukę. Bawił Ursyn w r. 1599—1601 w Padwie, gdzie, naradzając się z tamecznymi profesorami o kołtunie i zachęcając ich do pisania o tej chorobie, przysyłał prace odpowiednie do Zamościa. Pisze np. w tej sprawie do Zamojskiego pod dn. 31 grudnia 1599 roku: „Jaśnie Wielmożny, miłościwy panie. Służby me naniższe do miłościwej łaski WMści pilnie zalecam. Księgi de Monte pietatis Werońskie WMści posyłam teraz, pošę Padewskie skoro po sejmie Padewskim. Konsultacya o goscju tydzień była od ośmi najprzedniejszych, którą WMści pošę drugą postą Saxonias, Radius i Campilongius i Thomas Minadous chcą w druk dać swe kousultacye.

Pan Saxonias prosił mię, żeby mu pan Rektor na te jego punkta, które posyłam, odpisał. Racz WMść wiedzieć, że Wści ma dedykować swój o kołtunie traktat. Aquapendens WMści czwarte księgi de anatomia ma przypisać. Weneci radzi, że pan rektor zamojski powadził profesory, których oni powadzić nie mogli: będą pisać przeciwko sobie; ja za Saxoniaszem trzymam, który kołtuny przy mnie urzynał i leczył. Poście albo po Wielkiej nocy przez p. Bogusławskiego lekarstwo Saxoniego na kołtuny poślę. Aptekarczyk nasz, teraz dobrze zdrowy, będzie go przy nas robił. Zatem i powtóre służby me naniższe zalecam do miłościwej łaski WMści. Patavii, ultima decembris 1599“.

— Ad Illmum. et Rmum in Xto Patrem et Dominum Joannem Zamojski, Dei favente Gratia Archiepiscopum Leopopolitanum, Primatem Russiae, Carmen panagerycum. Zamości, Typis Academicis. 1612 in 4-to.

— *Κεφάλιαμος* Aristoteli cap. ultimo Topicorum vulgo Mensa Pythagorae, fol. bez daty.

— W swojej gramatyce łacińskiej, wydanej we Lwowie 1592 r., napisał po polsku rzecz o *ortografii polskiej* (str. 51—59).

Źr. drk. Męczkowski: Lib. promot. 233. 241. — Maciejowski: Piśmiennictwo T. II. str. 59. Dod. str. 221. — Wiszniewski: Histor. liter. VI. 185. 402. — Juszyński: Dykcyonarz poetów polskich. — Ks. Wadowski: Wiadomość o profesorach ak. zam. 33. 36. 74. 90. 91. 281. 310. — J. Kochanowski Dzieje Akad. Zamojsk. 24. 28. 29. 32. 33. 51. 54. 59. 86. 91 III. IX. XI. XXII. LI. LXVII. — Wierzbowski: Materiały do dziejów piśmiennictwa polskiego. Warsz. 1900. T. I. str. 321 Nr. 470.

Urzędów, z Urzędowa Marcin

W *Atti del Collegio Medici e Filosofi* uniwersytetu Padewskiego zapisano: 1) „2. VI. 1538. Praesentatio Martini de Urzędów, Poloni f. quondam Simonis. — 10. VI. Examen“.

Podług *Lib. diligent.* [w r. 1525, 1527 — 1533] wykładał na wydziale filozoficznym w Krakowie: „Aristotelis de anima, Metaphysicam, Novam logicam seu II-dam partem logicae, Parva logicalia, Physica, Topica, Veterem artem seu I-am partem logicae; Galii Secundam partem seu syntaxin“.

Znany jako autor *Herbarza polskiego*, do którego napisania skłoniła go ta okoliczność, że lekarze „obrócili się na lekarstwa zamorskie i cudzoziemskie, aby z nich tem ła-twiej pożytek sobie czynili. A ono natura, albo raczey Pan Bóg, sprawca wszystkiej natury, ziółka, drzewka y chro-sciki, dał nam za pewne lekarstwa, ktoremiby się każdy bez nakładu wielkiego ratować mógł“.

J. Rostafiński²⁾ mówi o Marcynie i o jego pracy W literaturze bałamuctwa. Bentkowski znalazł w notatkach Lindego, że dzieło Marcina wyszło 1562 r. Sołtyk-wicz nazywa go Urzędowskim i profesorem nauk lekar-skich w Akademii Krakowskiej. Haller cytuje jego dzieło dwa razy pod dwoma nazwiskami przekreśconemi, bo jedno brzmi: N. Z e d o r a, a drugie — M a r t i n U n z e n - d o r f. Kurt Sprengel poprawia to na Marc. U r z e d o - w a. Arnold... wyznacza śmierć jego na r. 1561, niczem nie poparłszy tego. — Marcin był synem Szymona, miesz-czanina w Urzędowie, miasteczku województwa Lubelskie-go, urodził się około r. 1502, ponieważ już w 1517 r. za-pisany jest na facultas artistarum. W r. 1554 był plebanem w Urzędowie, a we dwa lata potem i w Modliborzycach. Altaryę w Sandomierzu otrzymał od wydziału teologi-cznego zapewne jeszcze przed wyjazdem do Włoch, wtedy również jeszcze przyjął święcenia; od rajców miasta otrzy-mał drugą altaryę w Sandomierzu, gdzie w r. 1513 został kanonikiem. Zmarł 22 czerwca 1573 r.

W książce swojej wykazuje nasz autor rzeczywiście zapoznanie się z literaturą zielniczą, którą na wstępie do dzieła swego wymienił. Wiara w czary uwidocznia się wszędzie. Rośliny są przeważnie dobrze oznaczone. Układ w obu jest alfabetyczny według nazw łacińskich, rzecz po-

spolita w owych czasach i naturalna, gdy nie znano podstaw systematyki. W razach, jeżeli roślina jest powszechnie znana, opis jest opuszczony zupełnie, w innych podany przeważnie w skróconem tłumaczeniu z oryginału Dioskoridesa czy Pliniusza. Pod względem medycznym stoi Marcin na współczesnem stanowisku... Jego dzieło, na czas, w którym było pisane, nie jest niczem znakomitem, nie wskazuje najnowszych kierunków współczesnej wiedzy, ale jest wyrazem tego postępu literatury zielniczej, jaki się we Włoszech w czwartym dziesiątku XVI w. objawił, jest pracą sumienną i bardzo dobrą“.

N. 363. T e s t a m e n t M a r c i n a z U r z ę d o w a.

„In nomine Dni Nostri Jesu Chti. Amen Universis et singulis quibus expedit, signanter reverendissimis in Chto patribus dominis loci ordiuariis ac aliis quibuscumque quos praesens negotium concernit seu quomodolibet in futurum tangere poterit, praesentibus significamus et ad eujuslibet notitiam deducimus tenore praesentium. Quia anno Dni milesimo quingentesimo septuagesimo tertio pontificatus Dni Nostri papae Gregorii tredecimi, anno ejus pontificatus secundo ego Martinus de Urzędow Philosophiae et Medicinarum Doctor ac indignus Dei presbyter Canonicus Ecclesiae Collegiatae Sae Mariae in Sandomia expraebendarius apud Sum Petrum Sandomiriae mente repetens meam propriam mortalitatem, cui lege humana me obnoxium firmissime scio nihilque certius morte, incertius vero mortis hora quae perinde ut fur me oppressura est, recogitans ibidem apud me die ac noctu, quando obtinetur mihi illud (et utinam in gratia omnipotentis): redde rationem villicationis tuae, jam enim non poteris villicare ultra. Haec itaque mecum repetens, hanc ultimam voluntatem seu testamentum meum derebus mihi a Domine Deo collatis, laboribus ac servitiis Magnatorum per artem physicam conquistis dum adhuc vivus possum ordinare ordino ac dispono et instar codicillis facio ad annum post natiuitatem milesimum quingentesimum septuagesimum tertium et tanquam ad alios sequentes tres annos videlicet 1574, et 1575, et 1576, per hos quatuor annos duraturum si mea alia voluntas non intercesserit aut supervenerit. Imprimis itaque Omnipotenti

Deo ac Dno nostro Jesu Chto clementissimo indignam peccatricem animam meam humillime commendo, supplicissime orando divinitatem suam fortissimam ut Dnus Jesus Chtus per suam amarissimam passionem ac fidem firmam sinceram ac inconcussam, qua in Deum Patrem atque Jesum Chtum ac Spiritum Sanctum firmissime credidi eidem animae peccatrici meae misereri et gratiam suam sanctissimam donare dignetur ac suorum sanctorum coetui sociare adjungereque velit, dein corpus meum sceleratissimum terrae mandandum cupio quod quidem in Ecclesia parochiali Sti Petri Sandomiriae, in sacello vero altaris Pontificum Nicolai et Stanislai procurandum more minimi presbyteris Chsti, cupio et opto. Ad id autem officii exequendi eligo et deputo testamenti mei executores et dispensatores, qui habebunt omnimodam auctoritatem ac potestatem eam sepulturam ac rerum inferius descriptarum ordinandi, distribuendi et ad usus suos juxta placitum meum convertendi videlicet: Venerabilem ac Reverendum Dnum Decanum Matthiam Wielicki apud Stam Mariam, Venerabilem D. Petrum vicedecanum in Esia Sae Mariae Sandomiriensi, honorabilem D. Gasparum Verbi Dei ministrum apud Stum Petrum, Stanislaum Zabor Consulem Sandomiriensem, Serafinum servum meum proprium cui omnia do, committo in manus dispensanda et ordinanda et distribuenda. Item Generosum Groczki de Rzeczyca adjungo. Demum ad temporalia me convertendo licet pauca tamen hoc modo ordinaria committo: Imprimis notifico me habere in pecunia mixta moneta florenos 400; floreni ducenti pro censu augendo praedicatori, et ducenti distribuendi in sepultura et pauperibus. Item quantum memoria teneo, non recolo me cuiquam debere aliquid praeter peccatis onustam animam meam Deo omnipotenti. Attamen si quis venerit asserens me illi aliquid debere accepto sufficienti testimonio solvatur illi ex dictis pecuniis. Item consanguineos ac propinquos nullos habeo, nisi pauperes et egenos. Item emi censum pro fundando Altari et praedicatoria in Esia parochiali Sti Petri Sandomiriensi pro ducentis florenis, octo florenos pro singulis annis solvandos apud famatum Joaonem Poramba civem et consulem civitatis Sandomiriae quam pecuniam obligavit in domo suo, quam emit a me et item super maetello, institorum ac propolarum, aliter na Kramnici a quibus tenetur solvere octo florenos pro festo nativitatibus Mariae a tempore currenti usque ad aeviternum, alias ad repositionem summae 200 flor. Super censum consensus

Regius apud me habetur in repositoio. Item emi alium censum pro augendo et fundando eodem altari apud famatum Stanislaum Zabor pro centum florenis, quatuor florenos, quam pecuniam obligavit in lapidea sua et domo noviter erecta. Item tertium censum pro 100 florenis, apud Skoczek, florenos quatuor, quos inscripsit in domo sua et pomario Valentinus Skoczek. Dicti autem census debent addi et adjungi ad altare Pontificum Nicolai et Stanislai fundatum in sacello, in angulo secus sacratissimi Esiae S. Petri cujus fundatio pertinet ad praedicatorem dictae ecclesiae hoc modo, ut dictus praedicator accipiat de pretio marcas decem aut duodecim, de vinea et pomariis decem aut octo, de censu marcas decem; ad haec plebano solitum premium, nam pro plebano laborabit, capiet. Dictus autem praedicator tenebitur ratione fundationis praedicare et annuntiare verbum Dei diebus consuetis in Ecclesia S. Petri Sandom. et ultra id tenetur legere duas missas, unam de die, alteram pro defunctis quavis septimana. Tenebitur insuper post concionem, quam faciet, commemorationem pro animabus facere, orare pro anima etiam mea sceleratissima, ut Dnus Deus pietissimus, de sua benignitate dignaret illi misereri et ad gratiam suam sanctissimam suscipere. Quodsi forte haec fundatio aut donatio propter avaritiam et versutiam malignorum hominum non sortita fuerit suum effectum, tum census iste est convertendus ad altare S. Mariae Assumptionis et S. Joannis Baptistae in Ecclesia parochiali S. Petri, situm sub cruce, cujus altaris census est deperditus in Moravia. Item vestitus ecclesiasticus mihi proprius, quinque ornatus. 1 ornatus ruber de axameto rubro florisatus cum omni apparatu detur ad S. Mariam Sandomiriensem, 2 de axameto virido cum toto apparatu ad S. Petrum Sandomir. 3 de axameto caelestini coloris cum toto apparatu, pro altari S. Nicolai, 4 de axameto nigro cum toto apparatu itidem, pro eodem altari. 5. Quintus de Cimatili nigro cum toto apparatu pro sepultura. Linteola n^o. 2 pro altari ornando Swieczniki, pro altari S. Nicolai et Stanislai superpellicia n^o. 2. Item libri vestis stannum, aes formatum argenteum, cochlearia argentea et omnia instrumenta domestica, item lectisternia, tapetia et cetera utensilia omnia committo danda Seraphino servo meo, qui a puero mihi servivit, cui in consolationem pro servitiis quoque illi ea dono et donari percupio. Item pro sepultura lego et ordino ex summa prius descripta quinquaginta florenos, confero ad distributionem hoc modo: primum

cuidam sacerdotum qui adfuerint sepulturae et processioni committo dari medium thalerum argenteum cum fureterio, item ad tricesimas apud S. Mariam apud S. Spiritum, ad sanctum Petrum quindecim florenos pauperibus erogandos constituo, apud S. Mariam, apud S. Petrum, apud S. Spiritum decem florenos. Item ad hospitale in Urzędow quinque florenos, Item ad bursam pauperum Cracoviae studentibus viginti florenos dare committo ex alia pecunia, scholaribus in pensione per solidum danda, Cantori duodecim grossos, Adolescentibus per grossum, Cantori ad S. Mariam triginta grossos, item Alberto Woylan servulo meo bono, qui a puerulo mihi servivit committo quindecim florenos, ut detur illi servari ad aliquem bonum civem ad annos bonae mentis, item eidem commendo emendam tunicam pro ejus contitione, caligas duo indusia, calcea, mitram et ea quae ei opportuna fuerint, ut honeste tradatur alieno viro bono ad serviendum, dignus siquidem erit servitor pro bono viro. Focariae dentur sexagenae sex ulnae telae, euleci etc. Item cervicalia aliter Węzgłowia n.^o quinque lego ad hospitale pauperibus in infirmaria danda, ut hactenus decumbunt aegroti in eis, praesertim qui in terris decumbunt. Cervicale rubeum novum de axameto rubeo, basternam cum culcitra rubea de Kitajika rubra, utrumque lego ad hospitale S. Spiritus. ad ornandum lectum publicum, in quo imago crucifixi deponitur diebus solennibus ornandum. Item servitoribus in praedio Andreae Economo quatuor florenos, eique Andreae economo adhuc duos florenos Alberto aurigae tres florenos, Annae Economae duos florenos. Item equos, pecora, sues, currus Seraphino, similiter omnia sementa et incrementa, segetes in horreo eidem Seraphino, Item Anna Aptekarka vidua, post mortem olim famati Bartolomei Berger, civis et aromatarii Sandomiriensis, quorum uterque acceperunt apud (?) manu conjuncta centum florenos, quos suprascripta eadem Anna sicut maritus ejus obligavit in aromataria sua et tota sua supellectili etiam quae illi soli propria est obligavit ad annum hunc ad festum Visitationis Mariae solvere, in defectu autem solutionis debet dare intratam in Apotheca et omnia bona mobilia et immobilia, hos centum florenos donavi Seraphino servo meo. Item Andreae bubulco seu pastori peccuo tunicam, calceos, mitram, indusium. Item orphanae Hedvigi tunicam, indusium, calceos, Dno Alberto de pacholca tres floreni sive 6 grossi praecedentis anni salarii dentur. Eidem subductam nigram vulpinam,

panneam, in qua in hieme feriali ad Ecclesiam ambulavi, dono et do. Item Ursulae Knutowa in Urzędow cum filio Nicolao quatuor florenos do et dono propter Deum. Libros de theologia do praedicatori apud S. Petrum pro praedicatori, ceteros omnes do Seraphino; Item Seraphinus solvit mihi totaliter arendam de praedio decem marcas praesentis anni, Item centum floreni dati Dno Stanislao Zabor pro empto censu 4 florenos pro praedicatori et centum floreni dati a Valentino Skoczek pro empto censu aliorum 4 florenorum, sunt hi 200 floreni ex summa 400 florenorum quos dixi me habere circa me. Acta sunt haec anno ut supra, die vero prima mensis Aprilis praesentibus venerabilibus ac reverendis Dnis Mathia Wieliczki Decano Ecclesiae Collegiatae S. Mariae in Sandomierz, Venerabili Dno Nicolao Lubaraczki, vicecustode Esiae Collegiatae Sandom., apud S. Mariam, honorabili Dno Petro de Piotrkow Vicedecano Ecclesiae Coll. apud S. Mariam, Dno Petro de Zavichost, Vicario perpetuo apud S. Mariam Sandomiriae, honorandis dnis Casparo de Szydłowiec, Alberto Zdanowski de Sandomiria. Andrea de Paczanow Mansionariis Ecclesiae Collegiatae S. Mariae in Sandomierz, Joanne Piotrowicz, Syndico Civitatis Sandomierz, publico notario et aliis plurimis testibus ad praedictum testamentum vocatis et requisitis. Et me honorabili Petro Vicedecano Esiae Sandom., sacra auctoritate Apostolica notario publico qui praesentis testamenti factioni, rerum omnium dispositioni, executorum nominationi, ejusdem testamenti publicationi, una cum supranominatis dnis testibus praesens fui omniaq. et singula sic fieri vidi et audivi, ideo manu propria hoc idem testamentum subscripsi, signo et nomine meis solitis consignavi, in signum et testimonium omnium et singulorum, dum sic aegerent communivi rogatus et requisitus. Item monialibus Cracoviae apud S. Spiritum pro edificatione domus quindecim florenes. Item executoribus eundem speciatim per 5 florenos.

Źr. drk. 1) St. Windakiewicz: Materyały do historyi Polaków w Padwie. Archiw. do dziejów literat. i oświaty w Polsce, T. VII. — 2) J. Rostafiński: Nasza literatura botaniczna XVI w. Pamiętn. Akad. um. w Krakowie. Wydział matem. — przyrod. T. XIV, Kraków, 1888.

USZCIANSKI JAKUB

[może U ś c i a ń s k i?] dr. medycyny i filozofii, lekarz z Przemyśla, w r. 1581 przez króla Stefana zaszczycony

godnością szlachecką, a przez Jana Biejkowskiego z Biejkowa, miecznika Ziemi Przemyskiej przyjęty do herbu [*Jastrzębiec*].

N. 364. *Jacobus Vscziański Medicus Praemisliensis nobilitatur.*

[Varschoviae, d. 2 m. Martij, An. Dn. 1581].

In nomine Domini Amen. Ad rei memoriam sempiternam Nos Stephanus Dei gratia Rex Poloniae etc. Notum testatumque facimus, eiusque rei firmam ac perpetuam extunc memoriam volumus. Cum nulli hominum sit dubium nihil esse in vita hominum charius, quam vt veram Nobilitatem consequatur, quam etsi multi ex illustri maiorum suorum origine traxerunt et quasi munias hereditarias a parentibus acceperunt (quae res multo ad nobilitatem facere videtur) verum ij ob vicia degenerant. a maioribus suis inglorij et degeneres sunt habiti, talibus enim amplitudo parentum nihil prodesse censetur, imo quo turpior filiorum vita, eo citius suorum nobilitatem extinguit, solent ij quidem maiorum res gestas commemorare, sed verum est, quod dicit Poeta et genus et Proavos et quae non fecimus ipsi, vix ea nostra voco, Quae quidem nostra esse nemo dubitat, si eos imitati fuerimus, sin secus, non magis nostra quam illorum. Quare necesse est, vt aut nunquam Nobilitas sit, aut illi vere Nobiles sint, qui ingenio, doctrina et industria, magnitudine animi, fortitudine, prudentia in omni vita excellunt, eius enim est proprium recta sequi gaudere officio, cupiditatibus imperare, auaritiam coercere, haec qui sequutus fuerit, etiam infima sorte natus hominum vere Nobilis suo merito haberi et dici debet. Quam ob rem nos quoque reuoluentes animo, egregias singularisque ingenij et naturae dotes quae in Nobili ac Egregio Jacobo Vscziański Philosophiae et Medicinae Doctore, iam inde in teneris annis semper viguerunt et de quibus non dubia. nobis fecerunt fidem cu. multi alij ex Consiliarijs nris. ac Nuncijs Terrar. in eo praesenti Conuentu Regni nri. guali. Varschouien. congregatis, tum vero inprimis ipse Gnosus. Joannes Bieykowski a Bieykow Dapifer Terrae Premi-sliensis, ita vt eum ob id familiae suae imaginu. praerogatiuorunque. et immunitatu. participem habere non dubitauit, quem nos etiam cum Senatorum nostrorum et Nunciorum Terrestrium praenominatorum commendatione, tum

virtute, probitate, ingenijque dexteritate, ac in nos Rempublicam Regni nostri meritis illius in rebus Physicis arteque Medicinae a multis annis tam erga Proceres et Nobiles, tam etiam coeteros homines in diuersis partibus Regni et Dominiorum nostrorum declaratis et probat. Volentes vt virtus praemijs et honoribus decoretur et eo ipso caeteri ad simile parque virtutis sequendae studium accendantur, ipsum Nobilem Jacobum Vsczianski iam suis meritis Nobilitate clarum et apud omnes acceptum, honestisque accionibus exornatum vt nihil ad veram Nobilitatem consequendam, ei desideraretur (bonis alioqui et honestis pijsque parentibus legitime prognatum) eiusque posteritatem legitimam vtriusque sexus, tam masculini quam foeminini, ab eo descendentem, plebeis natalibus deletis et abrogatis, de plenitudine potestatis et authoritatis nostrae Regiae, quae ad hoc maxima est, tum communi omnium Regni et Magni Ducatus nri. Lithuaniae Consiliariorum nostrum et Ordinum ac Nunciorum Terrarum in eo Conuentu Regni nostri generali existentium consilio et assensu commendationeque accedente nobilitandum esse duximus, nobilitamusque et verum Nobilem cum vniuersa stirpe posteritateque et progenie illius creamus, esseque volumus et decernimus perpetue et in aeuum hisce literis nostris no. secus acsi ex auis atausque Nobilibus procreati essent. Et vt imagines siue Arma quae gerit ipse Gnosus. Joannes Bieykowski ac vniuersa ipsius familia communia obtineat, eorumque plenariam et integram ferendi facultatem habeat, quae Jastrzembiecz vulgo nuncupantur, quemadmodum horum imaginum simulachrum ingenio manuque pictoris hic effigiatum vnicuique intuenti cernere licet, ei et posteritati ipsius legitimae vtriusque sexus, tam masculini quam foeminini, eorumque successores perpetuo et aeuiterne in statu. et gratu. Nobiliu. turbae denique sodalicio ac communioni nostrorum militarium nobilium virorum associamus et adiungimus. Praeterea permittimus auctoritate nostra Regia, vt praefatis armis et insignijs in omnibus et singulis honestis Nobilibus et militaribus causis negotijsque serijs et iocosis, in proelijs, duellis, oppugnationibus, torneamentis, hastitudijs, dimicationibus, expeditionibus bellicis, publicationibus, sigillis, signetis, elenodijs, picturis, fenestris, sepulturis atque in alijs locis omnibus pro eorundem necessitate, voluntate et arbitrio vtantur, fruantur et poliantur. Volumus etiam vt in omnibus et singulis actionibus, causis et negotijs spiritualibus et

secularibus pro Nobilibus habeantur, existimentur, nominentur et venerentur atque leribantur, admittantur, denique et suscipiantur ad omnes et singulas dignitates, honores gratias, libertates, Priuilegia, Officiaque superiora et inferiora, Ecclesiastica et secularia, percipien. et suscipien. damus illis potestatem. Et proinde omnibus et singulis Regni Ditionumque nostrarum hominibus, praecipue vero Nobili sanguine natis, id denuncian. serio mandamus, vt supranominatum Nobilem Jacobum Vsczianski omnesque et singulos eius haeredes ac eorum successores vtriusque sexus perpetue circa has omnes praerogatiuas sublimatiom. Nobilitatis plenarie et vbique conseruetis et mauuteneatis, tueamini et defendatis, si quis vero obtrectare illis, et de fama, virtute, Nobilitate insigniue, quod illis datu. est contra hoc Priuilegium nostrum clam vel pala. detrachere ausus fuerit ei nos centum Marcas auri puri vngarici, mulcta. irrogamus, cuius mediu. fisco nro., reliquum autem ei cui obtrectatu. fuerit, numerandu. adiudicamus. Eorum autem omnium vt tanta fides esset, quanta esse oportet, manu nostra hasce literas supscripsimus et sigillo nostro obsignare curauimus. Actum et datum in Castro nostro Varschouiensi in Conuentu Regni nostri generali die secunda Mensis Martij. Anno Dni. M.D.LXXX Primo. Regni vero nostri Anno Qvinto. Stephanus Rex.

Źr. rękp. Metr. Reg. Lb. 123, fl. 723. — Ibid. Lb. 125 fl. 341 v./678.

Valentini Jan Andrzej

Monumentum Cracoviae in Basilica Divi Stanislai:
Joannes Andreas de Valentinis Mutinen: Praepos: Crac:
Sandom: Trocen: artium medicinaeq; Doct: peritis: qui R.
Cardinali Hippol: Esten: atque Sere: Poloniae Regi Sigis-
mundo I et Sere: Reginae Bonae Sfortiae feliciter plurib:
seruiuit annis tandem a Deo Opt: Max: vocatus XX.
Febr: M. D. XVII. ad aeternam migravit vitam.

Taki napis na grobowcu w katedrze na Wawelu po-
daje Starowolski ¹⁾. Łepkowski ²⁾ zaznacza, że grobowiec
ten obecnie nie istnieje, natomiast nie prostuje błędu co
do roku śmierci doktora, przytaczając 1517, kiedy w księ-
gach *Metryki Koronnej* ³⁾ mamy kilka dokumen-
tów, dotyczących Jana Andrzeja V., a pochodzących z lat
późniejszych.

Źr. drk. 1) Monumenta Sarmat. pg. 20—2) Bibl. Warsz.
R. 1856, T. III.

Źr. rękp. 3) Lb. 37, fl. 384 v. An. 1521 [V. zrzeka się
prebendy u św. Jerzego w Krakowie na rzecz Jana Karnkow-
skiego, proboszcza Skarbimierskiego].—Ibid. Lb. 45, fl. 108/
215, An. 1530. [V. staje ze strony kapituły Sandomierskiej
dla zawarcia ugody, która zakończyła spór graniczny pomię-
dzy kapitułą, a Wincentym Grodzkim, rajcą sandomierskim].—
Ibid. Lb. 47A: fl. 1. 7. An 1531. [Piotr Konarski, kustosz
katedralny krakowski, przelał całkowicie na V. prawa swoje

do wsi Gorki i dziesięcin stamtąd, które mu się należały, jako kanonikowi, po śmierci ks. Juljana Chelińskiego].

VALENTINI.

lekarz bataljonowy legionów polskich.

Źr. drk. K. Wł. Wójcicki: Cment. Powąz. T. III. Dodatki i przypisy, str. XXXV.

VANDELAND ANDRZEJ

dr. medycyny, pochodził z Elbląga, w r. 1611 przyjęty z braćmi [Janem aptekarzem i Kacprem chirurgiem] do służby dworskiej:

N. 365. Seruitoratus Joanni Pharmacopolaе Gasparo Chirurgo et Andreae Medicinae Doctori Vandelandanis Fratibus Filiys olim Gaspari Vandeland Ciuis Elbingensis.

[in opido Kielce, d. 17 Februarij, An. Dn. 1661].

Źr. rękp. Sigill. Lb. 3, fl. 193.—Ibid. Lb. 6, fl. 18v/38

C. D. N.

CZYNNOŚCI

Towarzystwa Lekarskiego

WARSZAWSKIEGO

—

PROTOKÓŁY

Rok 1908.

Posiedzenie kliniczne dnia 16 lutego 1909.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 49 i gość 1.

T r e ś ć: 1) *Anastazy LANDAU*: Demonstracja odczynu *CAMMIDGE'a*.
2) *KOZERSKI Adolf*: O dawkowaniu w rentgeno-
terapii.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kol. *ROGUSKIEGO*.

III. Prezes odczytał zawiadomienie kancelaryi Jenerał Gubernatora Warszawskiego o zatwierdzeniu przezeń wybranego w roku bieżącym prezydium Towarzystwa.

IV. Prezes odczytał odezwę komitetu Wystawy Przemysłowo Spożywczej odbyć się mającej w marcu r. b.—o wyznaczenie przez Towarzystwo swego delegata do komitetu sędziów pomienionej Wystawy. Na wniosek Zarządu delegatem takim zostaje kol. *SERKOWSKI*.

V. Kol. SERKOWSKI zawiadamia Towarzystwo o rozpoczęciu zajęć w pracowni Towarzystwa od dnia 22 b. miesiąca, o urządzeniu we wtorki (wolne od posiedzeń klinicznych) wieczorami demonstracji w tejże pracowni metodyki przygotowywań wakcyn do vaccinoterapii, oraz metodyki opsonn; w kwietniu zaś r. b. kol. SERKOWSKI urządzi zajęcia bakteriologiczne z uwzględnieniem cholery i tyfusu.

VI. Do biblioteki Towarzystwa kol. WERNIC LEON nadesłał prace p. t. 1) Sto przypadków leczenia dymienie metodą BIERA. 2) Twardziel skóry i akromegalia i 3) Technika metody WASERMAN'a w syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem aleksyn i glykocholanem sodu.

KOZERSKI wygłosił odczyt w sprawie dawkowania promieni ROENTGEN'a w rentgenoterapii. Liczba zwolenników tej ostatniej rośnie w miarę, im więcej lekarzy zapoznaje się z nią zblizka. Bujnie rozrosła kazuistyka, jak również prace szeregu badaczy stworzyły ściśle dane, podług których można kierować się we wskazaniach, leczeniu i przepowiedni w każdym poszczególnym przypadku.

Zaufanie do rentgenoterapii można mieć tylko, mając przeświadczenie, że jest ona ściśle obliczalną, to jest, że po takim zastosowaniu promieni nastąpi taki a nie inny skutek. Skutki czyli odczyn skóry podzielił HOLZKNECHT później KIENBOECK na 3 ew. 4 stopnie. KIENBOECK pierwszy stwierdził, że stopień odczynu zależy od ilości promieni, od ich dawki. Chromoradiometr HOLZKNECHT'a stworzył erę w rentgenoterapii, wprowadzając na seryo dawkowanie. Po przeglądzie krytycznym dawkomierzów HOLZKNECHT, SABOURAUD - NOIRET'a, BORDIER'a, KIENBOECK'a, FREUND'a, SCHWARZ'a, GUILLEMINOT'a i LURASCHI'ego, Koz. przychodzi do wniosku, że najdokładniejszym jest quantimetr KIENBOECK'a, najpraktyczniejszym jest radiometr SABOURAUD-NOIRET.

Na zasadzie dawkomierzów stwierdzamy dawkę w danym punkcie. Na zasadzie następujących praw obliczamy ją w każdym poszczególnym punkcie na powierzchni ciała. Prawa te brzmią: 1) ilość promieni jest odwrotnie proporcjonalną do kwadratu z odległości; 2) jest proporcjonalną do wstawy kąta, pod którym promień pada. K. przedstawił tablicę, na zasadzie której, zmierzwszy za pomocą przedstawionego przyrządu odległość punktu od antikatody i kąt promienia, odrazu można odczytać dawkę. Objasnił, jak można szybko obliczyć dawkę każdego punktu, każdej prostej i krzywej linii; dalej na czem polega równomierne naświetlenie powierzchni;

na czym polega różnica metody naświetlania oddzielnymi kawałkami, a naświetlania składanego. Do obliczenia dawki w każdym punkcie głębi ciała oprócz powyższych tablic wchodzi w rachubę tablica, zestawiona podług badań PERTES'a i KIENBOECK'a, obliczająca, w jakim stopniu zmniejsza się ilość promieni w miarę drażenia ich wgłęb ciała. Tablica uwzględnia też i różnicę w stopniu twardości rurki, obliczanym podług przyrządów BENOIST lub BENOIST-WALTER'a.

Tablica HOLZKNECHT'a podaje normalne dawki dla zdrowej skóry rozmaitych okolic ciała u dzieci i u dorosłych.

Tablica wrażliwości tkanek zdrowych i patologicznych na promienie podług KIENBOECK'a daje ściśle wskazówki dawkowania w każdym przypadku.

Wreszcie K. zestawił tablicę według literatury rentgenologicznej: w jakich sprawach możemy liczyć na wyleczenie, w jakich na poprawę, w jakich na ulgę tylko w cierpieniach, w jakich zaś próbowano promieni bezskutecznie.

Zestawiając te wszystkie dane, możemy w każdym przypadku zdobyć dokładne wskazówki, czego oczekiwać możemy i jak promienie zastosować.

Odczyt był ilustrowany licznymi obrazami fotograficznymi z zakresu rentgenoterapii.

[Autoreferat].

LANDAU Anastazy demonstruje kryształy CAMMIDGE'a i zaznacza, iż na próbie tej w sprawie rozpoznawania cierpień trzustki, zbyt wiele budować nie należy. Nie wiemy bowiem przedewszystkiem, z jakim ciałem mamy w danym razie do czynienia, a następnie, sądząc z dotychczasowej literatury, reakcyi tej nie można uważać za swoistą, gdyż z jednej strony daje ona wynik dodatni, kiedy klinicznie trzustkę uważamy za zdrową, i odwrotnie. Na dowód powyższego L. wystawił pod mikroskopem kryształy CAMMIDGE'a, otrzymane w moczu osobnika, chorego na lumbago i który żadnych zaburzeń ze strony kanału pokarmowego nie przedstawia. Następnie w epruwecie demonstruje on tę samą próbę z widocznymi makroskopowo kryształami, które otrzymano w moczu diabetyka, mocz ten alkalicznego roztworu miedzi nie redukował i z drożdżami nie fermentował. Jeżeli w ostatnim przypadku możemy podejrzewać jakieś ukryte cierpienie trzustki np. sklerozę jej tętnic (sprawa dotyczy 50-letniego osobnika), to w przypadku lumbago o cierpieniu trzustki mowy być nie może. Technika wykonywania tej próby, którą przytoczył na poprzednim posiedzeniu kol. Rzętkowski, jest nader prosta

i w krótkości następująca: 10 ctm. filtrowanego moczu gotujemy na kąpeli piaskowej z 1 ctm. sz. kwasu solnego, następnie mieszaninę zobojętniamy 4 ctm. sz. węglanu ołowiu, filtrujemy, do filtratu dodajemy octanu sodu i fenylylhydrazyny i po parominutowem gotowaniu zostawiamy na 24 godziny. Jeżeli próba występuje dodatnio, otrzymujemy kryształy w postaci cieniotkich żółtawych igieł, ułożonych zazwyczaj promiennisto. W razie próby dodatniej należy zdaniem CAMMIDGE'a przerobić ją powtórnie, strąciwszy mocz uprzednio nasyconym roztworem sublimatu. CAMMIDGE zachodzi nawet tak daleko, że na mocy swych kryształów rozpoznaje nawet poszczególne cierpienia trzustki, jak ropienie, nowotwór i t. d. Co się tyczy samych kryształów, to oczywiście są one połączeniem feulylhydrazyny z zawartym w moczu węglowodanem nie wiadomo tylko z jakim. Ponieważ mocz należy gotować z kwasem solnym, to przypuścić trzeba, iż zawarty w moczu węglowodan odnośny jest polisacharydem, który podlega rozszczepieniu, lub też wchodzi on w skład jakiegoś złożonego związku, jak to bywa w nukleoproteidach. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Gabszewicz*.

Sekretarz *Antoni Majewski*

Posiedzenie kliniczne dnia 23 lutego 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 45 i gości 2.

T r e ś ć: BYCHOWSKI: O niektórych wskazaniach do radykalnej lub paliatywnej trepanacji przy nowotworach mózgu.

- I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.
- II. Prezes powitał obecnych gości kol. BORNSZTEINA i Wiktora STANISZEWSKIEGO z Brześcia.

BYCHOWSKI wygłosił rzecz p. t. O niektórych wskazaniach do radykalnej lub paliatywnej trepanacji przy nowotworach mózgu. W celu łatwiejszego oryentowania się w poruszonej kwestyi prelegent pokazuje:

1) 24-letniego chłopca z bólami głowy, zawrotami, ogólnymi drgawkami i obustronną tarczą zastoinową. Mamy tu nowotwór mózgu, bez możliwości określenia miejsca, w którym nowotwór się znajduje. Ostatnio u chorego siła wzroku się zmniejsza.

2) 20-letnią dziewczynę z obustronnym zanikiem nerwów wzrokowych po poprzednim neurycie. Cierpienie się zaczęło przed 3 laty bólami głowy, wymiotami neuritis optica i porażeniami niektórych mięśni ocznych. Rozpoznanym był nowotwór mózgu (na podstawie?) bez możliwości radykalnego jego usunięcia. Z biegiem czasu ogólne objawy nowotworu znikły, chora od 2-ch lat niema żadnych objawów, ale rozwinęła się zupełna ślepota.

3) 22-letnią dziewczynę, u której przed dwoma laty wystąpiły objawy nowotworu w okolicy prawej strefy czuciuruchowej, oraz zmiany na dnie oka. Na proponowaną wówczas operację chora się nie zgodziła. Obecnie jest zupełna ślepota wskutek zaniku nerwów wzrokowych i lewostronne połowiczne porażenie.

4) 65-letniego starca, który w przeciągu 6-ciu lat miał częste napady padaczki Jacksonowskiej, bez zmian ze strony dna oka i bez bólów głowy i wymiotów i u którego B. rozpoznawał nowotwór za pomocą trepanacji (D-r RAUM), przed 2¹/₂ rokiem usunięty został endoteliomat twardej opony, który uciskał na strefę czuciuruchową. Została hemipareza, ale napadu drgawkowego więcej nie było.

5) Sarcomat, zajmujący cały prawie prawy zraz czołowy i zlewający się z istotą mózgową. Zaczęło się od bólów głowy i wymiotów. Atrophia e neur. optica. Objawów miejscowych żadnych.

6) Dający się łatwo wyłuszczyć sarcomat mózdzku, zajmujący prawie całą lewą półkulę. Chora przybyła już z zanikiem nerwów wzrokowych (e. neuritide). Na zasadzie objawów miejscowych (zniesienie słuchu, brak odruchu od rogówki) nowotwór można było dobrze umiejscowić. Szalone bóle głowy i nieustające wymioty zniewoliły do trepanacji w wskazanym miejscu (D-r RAUM). Po otwarciu czaszki bóle głowy ustąpiły. Rozmiary sarcomatu uczyniły radykalną operację niemożliwą.

7) Mózg z przerzutowym sarcomatem w lewym zrazie ciemieniowym, który był za życia dobrze umiejscowiony na zasadzie aleksyi.

Trzymając się zwykłego podziału symptomatologii nowotworów mózgu na objawy ogólne i miejscowe, prelegent omawia te przypadki, gdzie na pierwszym planie wyodrębniają się objawy miejscowe i te, gdzie cała sprawa odbywa się tylko przy ogólnych objawach. Przy obecności prawdopodobnych objawów miejscowych są widoki radykalnej trepanacji i wtedy nie należy długo czekać na wystąpienie objawów ogólnych (przyp. 4).

Na rozmaite niespodzianki należy być jednakże przygotowanym. Preparaty 5 i 7 dowodzą, że nawet dokładnie umiejscowiony nowotwór może nie dać się wyłuszczyć; odnosi się to też i do nowotworów podkorowych. Najłatwiejsze do usunięcia są nowotwory strefy czuciuruchowej.

Prelegent zatrzymuje się dłużej nad nowotworami mózdzku, które już obecnie dają zachęcający odsetek skutecznej radykalnej operacji. Wspomina też referent o możliwości dokładnego rozpoznania i radykalnego usuwania nowotworów przysadki mózgu, powołując się na osobiście spostrzegrany i skutecznie operowany przypadek.

Referent następnie przechodzi do tych przypadków, gdzie dominują tylko, lub prawie tylko objawy ogólne. Tu jako najważniejszy objaw prelegent uważa zmiany na dnie oka, które często dosyć szybko mogą doprowadzić do zupełnej ślepoty (przypadki 2, 3, 5, 6). Zamiast tracić czas na leczenie przeciwprzymiotowe, referent radzi we wszystkich przypadkach, gdzie systematyczne okulistyczne badanie ujawnia postępujące osłabienie wzroku, przystąpić do paliatywnej trepanacji. W ten sposób uda się zapobiedz w wielu wypadkach ślepotcie. Jest to tem bardziej ważne, że znamy teraz przypadki, rozpoczynające się przy objawach nowotworu, gdzie zmiany oczne doprowadzają z biegiem czasu do ślepoty, objawy zaś nowotworu ustępują (meningitis serosa, pseudotumor i t. p.). Tacy chorzy skazani są na długoletnią ślepotę (przyp. 2). Tymczasem trepanacja zapobiegawcza z wielkim prawdopodobieństwem ochroniłaby od ślepoty. Referent przytacza z literatury przypadki SAENGER'a, NOSSLEY'a, statystykę HIPPEL'a, LESLIE J., PATONA i t. d., dowodzące, że po trepanacji paliatywnej już po kilku dniach wzrok zaczyna się wybitnie poprawiać. Ostatnie statystyki też dowodzą, że trepanacja sama staje się coraz mniej niebezpiecznym rękoczy-

nem. KOCHER i NOSSLER wprost uważają trepanację za zupełnie niewinny rękoczyn. Referent też omawia rozmaite kwestye sporne, tyżące się techniki trepanacyi, miejsca i t. p. Referent kończy słowami NOSSLEY'a, że ciężka odpowiedzialność pada na każdego lekarza, który przy neuritis optica nie zalecał energicznie trepanacyi i nie zapobiegł w ten sposób ślepcie.

[Autoreferat].

BREGMAN. Warunkiem pomyślnego operowania nowotworów, jest dokładne rozpoznanie i umiejscowienie. Zarówno w pierwszym jak i w drugim względzie napotykamy w praktyce nieprzewyciężone trudności. W przypadkach, w których rozpoznanie nowotworu wydaje się pewnem, przebieg lub badania pośmiertne wykazują, że nie było nowotworu. Mówca miał 2 takie przypadki sekcyjne. W 1-ym na zasadzie objawów klinicznych napadów afazyi i padaczki JACKSON'a rozpoznano nowotwór okolicy Broc'a. W 2 im objawy ogólne uciskowe były bardzo wybitne, szybki rozwój i silny stopień ich, oraz mózdkowa ataxia wskazywały na mózdzek. W obu wynik badania pośmiertnego był ujemny. Są to przypadki znane p. n. tumor rzekomy.

Z 2-ej strony umiejscowienie też nie jest pewnem. Najlepiej rzecz stoi z pasem ruchowym, ale i tu możliwe są błędy. Mówca wraz z kol. ODERFELDEM opisał przypadek, w którym na zasadzie padaczki JACKSON'a i ograniczonego porażenia rozpoznano nowotwór (gumma) ośrodka kończyny górnej, przy operacyi nie znaleziono nic, a sekcyja wykazała gumma zrazu czołowego, w sąsiedztwie przedniego brzegu otworu trepanacyjnego. Szereg przypadków podobnych opisano w literaturze. Jeszcze mniej pewne jest rozpoznanie nowotworów tylnej jamy czaszkowej. Rozpoznanie nowotworów kąta między mostkiem a mózdzkiem, jest piękną zdobyczą ostatnich lat, jednak i tu błędy są możliwe. W jednym przypadku była i głuchota i areflexia corneae, jednak tumor zajmował ciało czworacze i tylnym brzegiem tylko dotykał mózdzku. Mówca zwraca uwagę na te trudności, które czynią, że rozpoznanie nigdy nie jest bezwzględnie pewnem jednak, nie przeczy, że w bardzo wielu przypadkach możliwe jest rozpoznanie i umiejscowienie nowotworu, a wtedy i operacyja jest bezwzględnie wskazana.

Wyniki operacyi nie są świetne, nietylko u nas ale wszędzie. OPPENHEIM ocenia liczbę wyleczonych na kilka procent, STARR podaje 5%. Większość przypadków zostaje ogłoszo-

nych zbyt wcześnie, kiedy jeszcze niema mowy o pewnym wyniku. W przypadku operowanym przez prof. Kosińskiego (mięsak pasa ruchowego), nastąpiła po 1½ roku recydywa i chory zmarł.

Co się tyczy trepanacji paliatywnej, to wskazanie do niej należy, zdaniem mówcy ograniczyć. Przypadków, w których mamy jakiegokolwiek dane lokalizacyjne nie można tu zaliczyć, gdyż trepanacja daje wtedy szanse wyleczenia radykalnego. Samo otworzenie czaszki, jak proponuje FRAZIER, nie zmniejsza dostatecznie ciśnienia wewnątrz czaszkowego, należy przeciąć oponę twardą, a wtedy zwiększa się znacznie niebezpieczeństwo infekcji i wypadnięcia mózgu (prolapsu). Prolaps jest powikłaniem bardzo przykrem i dla chorego bynajmniej nie obojętnem. Mówca widział niedawno przypadek operowany dwukrotnie zagranicą; nowotworu nie znaleziono, natomiast następstwem trepanacji w lewej okolicy ciemieniowej była stała afazia ruchowa i prawostronna hemiplegia i prolaps, stopniowo się powiększający; ślepotą zaś stała się zupełną. Dane, dotyczące tego przypadku, są zupełnie autentyczne, gdyż mówca ma je od kolegi, który operacji dokonał. Trepanacja paliatywna wprawdzie w niektórych przypadkach powstrzymuje rozwój ślepoty, ale bynajmniej nie zawsze, na co zwraca zawsze uwagę OPPENHEIM. Wreszcie mówca zaznacza, że wobec złych wyników, jakie trepanacja dotychczas dawała, publiczność odnosi się do niej z niedowierzaniem i nie chce się zgodzić na nią, nawet w takich przypadkach, gdzie mamy szanse wyleczenia radykalnego i że wobec tego wprowadzenie trepanacji paliatywnej napotka jeszcze większe trudności.

[Autoreferat].

KOPCZYŃSKI Stanisław podnosi ważność trepanacji paliatywnej w przypadkach nowotworów mózgu niedostępnych dla noża wskutek głębokiego umiejscowienia. Powołuje się na własny przypadek nowotworu białej istoty półkuli mózgowej, który w ciągu lat 10 dawał objawy coraz cięższej padaczki Jacksonowskiej, z przejściowym połowicznym niedowładem z niemota. Po pierwszej trepanacji drgawki przez pół roku się nie zjawiały, po drugiej również nie było ich przez kilka miesięcy i chora przez ten czas zdolna była do pracy. Przypadek też dwukrotnie przedstawiony w Towarzystwie (r. 1906) przez mówcę i kolegów BORZYMOWSKIEGO i KRYŃSKIEGO wywołał ożywioną dyskusję.

K. podkreśla też, iż w ostatnich czasach w pismach specjalnych znaleźć można opisy przypadków padaczki samoist-

nej; w której paliatywna trepanacja na czas dłuższy usuwała napady drgawek. Jak twierdzą niektórzy zabiegiem tym usuwano zbyt wielkie wahania w ciśnieniu krwi, w korze mózgowej, co zdaniem ich wywoływało napady drgawek.

Widząc często w przypadkach nowotworów mózgu zejście tarczy zastoinowej w zupełny zanik nerwów ocznych, mówca zalecałby stosowanie w odpowiednich przypadkach trepanacji paliatywnej, która bez wątpienia poprawia krążenie krwi w oczodołach.

[Autorefat].

Prezes zapytuje prelegenta czy w literaturze notowano pogorszenia wzroku w tych przypadkach, gdzie stosowano leczenie przeciw syfilityczne przy nowotworach mózgu, jak to miało miejsce w przypadku przytoczonym przez prelegenta.

BYCHOWSKI odpowiada: wie on zbyt dobrze, że ogół boi się trepanacji, ale nie sądzi, żeby ten wzgląd mógł zaważyć na szali w dyskusji naukowej. Publikacja zawsze się bała. My wszak jeszcze pamiętamy, jak się bano wycięcia wyrostka robaczkowego i obecnie jeszcze nieraz bywa się świadkiem długich wahań, tam gdzie chodzi o zwyczajne wypuszczenie płynu z opłucnej, ale obawa chorych powinna ustąpić przed stanowczością lekarzy. Tej stanowczości mówca nie widzi u kolegi BREGMANA. BYCHOWSKI wspomina, że zaznaczył, iż rozpoznania miejscowe często zawodzi, przedstawił wszak chorego, gdzie ono było niemożliwe, ale tembardziej nie trzeba długo czekać i wycieńczyć chorego preparatami rtęciowymi, i tam gdzie grozi ślepotą nie zwlekać z paliatywną trepanacją, tembardziej że jak zaznaczył i chorą CUKIER w tym celu ilustrował, objawy nowotworu mogą przejść, a zmiany na dnie oka niezależnie do zupełnej ślepoty doprowadzić mogą. Ze wszystkich kalectw ślepotą jest najstraszniejszą i tej okoliczności stanowczo bagatelizować nie wolno. Tu nie chodzi o tygodnie, lecz nierazkto o całe lata ślepoty. O ile mówca jest przeciwnikiem roztrząsania takich spraw za pomocą statystyki, o tyle tu jednak powinniśmy się liczyć z danymi, zebranymi przez SAENGERA, HIPLA i innych, dowodzącymi bezwarunkowo, że pod wpływem trepanacji neuritis optica prawie zawsze ustępuje. Myli się BREGMAN, cytując, że OPENHEIM ilość przypadków, wyleczonych po trepanacji ocenia na kilka procent. To się odnosi do pierwszych publikacji OPENHEIMA. W ostatnim wydaniu swego podręcznika OPENHEIM mówi o dwudziestu kilku odsetkach wyleczenia i tyłuż znacznej poprawy. Ze zdaniem KOCHERA, HORSLEY'a i innych twierdzących,

że trepanacja jako taka nie jest połączona z niebezpieczeństwem trzeba się liczyć. O ile my sami uwolnimy się od lęku przed trepanacją, jak przed czemś śmiertelnie strasznym, to wtedy z większą wiarą i pewnością będziemy naszych chorych do tej operacji namawiać. Wtedy i nasi chirurdzy nabiorą więcej wprawy i pewności, co eo ipso da nam coraz lepsze wyniki. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Gabszewicz*.

Pom. sekretarza. *T. Wilczyński*.

Posiedzenie kliniczne dnia 2 Marca 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych 53 oraz gości 5.

T r e ś ć: 1) **TUCHENDLER**; Demonstracja chorego z brodawczakiem odbytnicy, rozpoznanego drogą wziernikowania odbytnicy.

2) **ŚWIĄTECKI Jan**: Przypadek pyelonephritidis abscedentis miliaris wyleczony odłuszczeniem torebki nerkowej.

3) **ERBRICH**: O stosowaniu tracheo i bronchoskopii i klinicznym znaczeniu tej metody.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kolegów: **Osmólskiego**, **Zielińską**, **Mesza**, **Budzyńskiego** i **Dembowską**.

III. Wiceprezes odczytał protokół z posiedzenia w sprawie przyznania nagrody imienia **Moczutkowskiego** z dnia 19 lutego 1909 r.

TUCHENDLER Antoni przedstawia chorego z ciepieniem odbytnicy, u którego drogą wziernikowania odbytnicy (Rekto-

skopii) rozpoznał brodawczaka odbytnicy. Wziernikując tego chorego T. pokazuje kolegom wyraźnie we wzierniku widocznego brodawczaka wielkości małej wiśni, usadowionego w odbytnicy z lewej strony u dołu w odległości 9 ctm. od otworu stolcowego. Rozpoznanie w tym przypadku możliwe było jedynie drogą wziernikowania odbytnicy. Chorego tego zawdzięcza T. koledze KNASTROWI L., który mając trudności rozpoznawcze po zastosowaniu wszelkich innych metod badania odbytnicy, skierował go do mówcy dla rektoskopii. Chory mężczyzna blisko 70-letni według kol. KNASTRA oddawna skarżył się na stolce zaparte w ostatnich 5—6 tygodniach dolegliwości przy wypróżnianiu się, bóle w odbytnicy, w dolnej części brzucha opasujące, krwawienia z odbytnicy. Wobec dużego wychudnięcia i wieku chorego kol. KNASTER podejrzewał sprawę chorobową odbytnicy natury złośliwej. Badając odbytnicę palcem nie jednak szczególnego nie wykrył, i inny kolega (BRUNER) wówczas badający chorego, podobno również nic w odbytnicy nie wyczuwał. Natomiast jak chory sam opowiada jeden tylko lekarz skonstatował u niego guza w odbytnicy (REICHMAN). Obecnie, kiedy już napewno wiemy, że guz położony jest w odległości prawie 9 ctm. od otworu stolcowego, zrozumieć łatwo, że jedni koledzy mogli go osiągnąć, drudzy nie, w zależności od długości swego palca. Z racji tego przypadku i innych T. poucza o wielkiej wartości badań rektoskopowych w rozpoznawaniu spraw chorobowych odbytnicy, a zarazem wykazuje niedostateczność badania odbytnicy palcem, nawet w przypadku sprawy chorobowej odbytnicy umiejscowionej tak blisko otworu stolcowego. A cóż dopiero, kiedy mamy do czynienia ze sprawą wysoko w odbytnicy położoną, lub jeszcze wyżej w kiszce esowatej, wszak palcem dojść możemy w odbytnicy tylko do pewnej wysokości, najwyżej do 9 ctm. Z tego względu przypadek dziś przedstawiony i rezultat badania rektoskopowego powinien zachęcić kolegów do jaknajszerszego stosowania rektoromanoskopii.

[Autoreferat].

ŚWIĄTECKI Jan wygłosił rzecz pod tytułem: Przypadek Pyelonephritidis abscedentis miliaris, wyleczony odłuszczeniem torebki nerkowej. Prelegent wspomniawszy o dwóch przypadkach ISRAELA, wyleczonych przez nefrotomię i dwóch przypadkach EDEBOHLSA, w których zastosowaną była dekapsulacja nerkii usianej prosówkowymi, ropniami przytacza swój przypadek obserwowany przezeń w szpitalu ujazdowskim. 22-letni żół-

nierz zapisał się na oddział z powodu kilku przetok cewki moczowej, powstałych po szankrze miękkim; d. 26/VII 1908.

Św. zeszył mu przetoki i włożył do pęcherza cewnik á demeure; 31/VII z powodu obfitego ropienia z cewki cewnik usunął i miał nieostrożność zalecić wypuszczanie moczu nadal cewnikiem. 2/VIII chory nagle zaczął po dreszczu wstrząsającym silnie gorączkować i skarżyć się na bóle w okolicy lewej nerki, w moczu pokazała się ropa. Gorączka o typie stałym, trzymała się przez cały tydzień na wysokości 40°C., wobec czego prelegent 9/VIII przez cięcie lędźwiowe naciął wzdłuż torebkę właściwą i odłączył ją palcem od nerki; wtedy na powierzchni nerki w jej części środkowej zauważył dwa ogniska, wielkości każde rubla srebrnego, usiane mnóstwem drobnych ropni; tamponada rany gazą jodoformową. Od chwili operacji znaczne polepszenie samopoczucia i stanu ogólnego; chory w ciągu 3 dni następnych jeszcze gorączkował, aczkolwiek mniej silnie (38°,5—39°0), od czwartego dnia po operacji stan stale bezgorączkowy, w cztery tygodnie później zagojenie rany. Chory znajdował się pod obserwacją aż do 3 listopada i w ciągu tego czasu mocz zawierał ledwie dostrzegalne ślady białka i w bardzo skąnym osadzie nabłonek z miedniczki nerkowej i z rzadka leukocyty. Prelegent ogłasza swój przypadek celem spopularyzowania dekapsulacji nerki przy ostrych sprawach zapalnych; zaznacza przytem, że jeśli nie wycinać torebki, to cała operacja sprowadza się do prostej incyzji i może być zrobiona bardzo szybko, w ciągu paru minut, wycinanie zaś torebki jest rzeczą zgoła zbyteczną.

[Autoreferat].

W dyskusji: KRAUSE twierdzi, iż w przypadku IZRAEŁA, o którym wspomniał prelegent, gdzie miał miejsce dość długo trwający bezmocz, dekapsulacja ma swoje zastosowanie i działanie tego rękoczynu łatwo sobie wytłumaczyć; to samo odnosi się do przypadków EDEBOHLS'a, który zastosował rękoczyn ten przy zapaleniu nerek w ostrym i chronicznym okresie. Mówca sam miał sposobność wykonania dekapsulacji przy chronicznem zapaleniu nerek z dość dobrym wynikiem. W przypadku zaś prelegenta trudno sobie przedstawić działanie i cel dekapsulacji. Małe ropnie nerek jak wiele innych narządów mogą uleść wessaniu i operacja staje się zbyteczną.

[Autoreferat].

STANKIEWICZ Czesław zaznacza, iż przed 8—9 laty usunął drogą cięcia brzuszego nerkę prawą, dotkniętą pyelone-

phritis abscedens miliaris. Nerka była usadowiona w miejscu bifurkacji aorty; przebieg pooperacyjny nie szczególnego nie przedstawiał. Po upływie kilkunastu tygodni chora zmarła przy objawach zajęcia drugiej nerki; oględziny pośmiertne stwierdziły obecność i w tej nerce licznych drobnych ropni. Operacja EDEBOHLS'a nie była jeszcze wówczas znana. W przypadku analogicznym S. wykonałby obecnie zabieg, proponowany przez prelegenta.

SZAWIŃSKI zaznacza, że pyelonephritis abscedens miliaris stanowi częste powikłanie zaburzeń dróg moczowych jak w przypadku prelegenta i stąd nosi nazwę ren chirurgorum. Jestto zwykle sprawa dotycząca obu nerek, oraz wygasająca częstokroć sama przez się. W danym przypadku niewiadomo, dlaczego poddana została operacji jedna nerka. Dalej wyniku pomyślnego niepodobna kłaść na karb danego zabiegu. Obniżenie ciepłoty po dniach kilku i poprawa stanu ogólnego zależeć mogły np. od upustu krwi podczas operacji, jak również wskazywać na uporanie się organizmu z zakażeniem. Wpływ bezpośredni operacji powinien być się uwydatnić na moczu tymczasem o zmianach w moczu po operacji. wiemy to tylko, że w dwa miesiące po operacji mocz zawierał jeszcze ślady białka.

[Autoreferat].

Prezes GABSZEWICZ zaznacza, że odłuszczenie torebki i przy przewlekłym zapaleniu nerek może dawać dodatni wynik, czego dowodem może służyć operowana przez niego chora przed 5 laty, którą demonstrował w naszym Towarzystwie w 1905 roku: chora ta przez 3 lata przeleżała w łóżku, miała ogólny obrzęk ciała, wolny płyn w jamie brzusznej, białka koło 6⁰/₀₀, walczki i czerwone krążki krwi. Wszelkie możliwe stosowane środki nie jej nie pomagały. Po odłuszczeniu torebki na obu nerkach z jej wycięciem, już po paru tygodniach stan chorej zaczął się poprawiać. W 1/2 roku po zabiegu, operowana mogła pracować, czuła się zupełnie dobrze, pomimo, że w moczu wykazywało się białko (koło 1⁰/₀₀) i walczki. Aż do ostatnich czasów G. widuje operowaną; ma się ona zupełnie dobrze, obrzęki nie występują nawet po ciężkiej pracy; w ostatnim roku wykazują się tylko ślady białka w moczu. W danym przypadku przejście od stanu absolutnie złego do znakomitej poprawy, trwającej już koło 5 lat, należy przypisać wyłącznie dokonanemu zabiegowi.

[Autoreferat].

ŚWIĄTECKI Jan w odpowiedzi zaznacza, że tak jak kol. KRAUSE, rozumowali wszyscy chirurgowie przed Israelem, a na-

wet z początku i sam ISRAEL, póki doświadczenie nie nauczyło, że drobne ropnie mogą zniknąć po nacięciu nerki—rzecz prosta, że o opróżnieniu wszystkich ropni przez jedno cięcie mowy być nie może, widocznie ropnie takie wsysać się muszą, tak jak się wsysają i inne produkty zapalne, a nawet i duże ropnie (np. w jamie brzusznej); chodzi tylko o stworzenie odpowiednich warunków.

Opowiedziany tylko co przypadek nie należy do kategorii banalnych pyelitów, charakteryzujących się niewielką bolesnością w okolicy nerki, nie wysoką, nie długo trwającą gorączką, takie przypadki kończą się za zwyczaj wyzdrowieniem przy podawaniu salolu, urotropiny i t. p. Czy w takich przypadkach dochodzi do wytworzenia się ropni w nerce, powiedzieć trudno, boć sekeyi ani operacyi tu nie robimy. Mówca ma wrażenie, że przypadek jego bez operacyi zakończyły się śmiercią, tak jak zakończyły się inne dwa, które obserwował niegdyś na oddziale ś. p. KRAJEWSKIEGO.

SŁAWIŃSKIEMU mówca odpowiada, że klinika poucza, iż sprawa zapalna może się ograniczać tylko do jednej nerki, o czym już w odczycie wspomniałem, cytując przypadki ISRAEL'a; która nerka jest chora poznać łatwo i bez kateteryzacyi moczowodów, rozstrzyga tu bolesność i powiększenie nerki.

[Autoreferat].

ERBRICH wygłosił rzecz pod tytułem: O stosowaniu tracheo- i bronchoskopii i klinicznym znaczeniu tej metody.

Metody badania lekarskiego, oparte na umiejętności bezpośredniego oglądania rozmaitych przestrzeni wewnątrz organizmu za pomocą odpowiednich przyrządów noszą ogólną nazwę: endoskopii. Najpóźniej ze wszystkich endoskopii powstała tracheo i bronchoskopia, t. j. metoda bezpośredniego wglądania do oskrzeli za pomocą odpowiednich rur, wprowadzanych do tchawicy oskrzeli. Właściwie mówiąc, pierwszym, który wprowadził odpowiednią rurę do tchawicy był prof. PIENIAŻEK. Zastosował tę metodę badania tchawicy w 1884 r. na skutek zwężenia tchawicy przez błony dyfterytyczne, wprowadził rurę przez otwór tracheotomijny. Od tego czasu w rozmaitych przypadkach zwężeń tchawicy stosował tracheoskopię. Tracheoskopem dochodził do bifurkacyi, a stąd nieraz zdarzało mu się odpowiednim narzędziem bez oświetlenia (na ślepo) wejść do oskrzela i usunąć tkwiące w nim obce ciało. PIENIAŻEK ograniczył się do wykonania tylko tracheoskopii i do tego tracheoskopii dolnej, t. j. wprowadzał rurę tracheoskopową przez otwór tracheotomijny,

Pierwszy który zastosował tracheo i bronchoskopię górną, był prof. KILIAN z Freiburga. Pierwszy raz wykonał ją w 1897 r. w celu usunięcia obcego ciała z oskrzela. Tracheo i bronchoskopia górną nazywamy sposób wglądania do tchawicy i oskrzeli przez wprowadzenie rur i następne oświetlenie ich przez usta, bez uciekania się do uprzedniej tracheotomii.

Od czasu wprowadzenia w użycie tracheo i bronchoskopii, metoda ta znalazła powszechne uznanie i w wielu bardzo przypadkach nadzwyczajne zastosowanie.

Sposób wykonania tracheo i bronchoskopii górnej również i dolnej pomimo najszczegółowszych opisów nie da się dokładnie przedstawić, trzeba widzieć jej zastosowanie. Dlatego też na czerwcowem posiedzeniu prelegent przedstawił dwa przypadki w których był w stanie wykonać bronchoskopię górną i dolną, jako też pokazać odpowiedni komplet tracheo i bronchoskopów, aparatów oświetlających, narzędzi do wydobywania obcych ciał z oskrzeli, skrobanek i kiuret do usuwania rozrostów, zwężających światło tchawicy i oskrzeli.

Co się tyczy wskazań do zastosowania tracheo i bronchoskopii, to są one dość różnorodne. Przedewszystkiem najważniejszą i nieocenioną wartość bronchoskopii, znajdujemy w wydobywaniu obcych ciał z tchawicy i oskrzeli, usuwaniu rozrostów twardej tkanki z dróg oddechowych, o wiele rzadziej nowotworów, blizn syfilitycznych lub gruzliczych i t. p.

Wydobycie obcych ciał z oskrzeli prelegent miał możliwość wykonać w dwóch przypadkach. Przypadek pierwszy:

Dziewczynka 6-letnia przed siedmiu miesiącami wciągnęła do tchawicy szpilkę, chora umieszczoną została na oddziale chirurgicznym kol. KARCZEWSKIEGO. Prześwietlenie za pomocą promieni RENTGEN'a, wykazało obecność szpilki w tchawicy, łebkiem ku dołowi. Pomimo wykonania dolnej tracheotomii nie udało się wydobyć szpilki. Trzeciego dnia po wykonanej tracheotomii za pomocą bronchoskopu prelegent wydobył szpilkę z lewego oskrzela, dokąd posunęła się po wykonaniu tracheotomii.

Przypadek drugi: Dziewczynka 7-letnia wciągnęła do dróg oddechowych spinę, używaną do spinania arkuszy papieru. Spinka pozostawała w oskrzelach 4 tygodnie i warunkowała powstanie rozległego nacieku górnego płatu lewego płuca. Prześwietlenie za pomocą promieni RENTGEN'a wykazało na kliszy obecność spinaczki w klatce piersiowej między 5 a 6 żebrem w podłużnej linii na lewo od kręgosłupa, po dokonaniu środkowej tracheotomii (crico tracheotomia) zaraz zastosowano bronchoskopię i wydobyto spinaczkę, która znajdo-

wała się w drugorzędnym lewym oskrzelu, zajmując w niem położenie poprzeczne na miejscu podziału drugorzędnego oskrzela na trzeciorzędne. Operacja trwała 3 godziny w uspianiu chloroformowem. Spinaczkę wydobyto za pomocą odpowiedniego haczyka. Dalej prelegent zaznacza, że w jednym przypadku zastosował bronchoskopię u chorego z twardzielą górnych dróg oddechowych, pomimo rurki tracheotomijnej, z którą nosił się chory przeszło dwa lata, w ostatnich dwóch miesiącach zaczęła go trapić stale wzmagająca się duszność. Jak się okazało duszność warunkowaną była rozrostem twardzielowym błony śluzowej na początku lewego oskrzela tuż pod bifurkacją. Po usunięciu rozrostu duszność ustała i chory z rurką tracheotomijną po kilku dniach opuścił szpital. Prelegent wspomina tutaj i to, że w danym przypadku rozrosty twardzielowe umiejscowione w nosie w nosogardzieli i w krtani pod strunami nie objęły błony śluzowej tchawicy, a dopiero powstały w oskrzelu.

Wspomniane przypadki, jako też ogromna ilość różnorodnych innych, opisanych w dość już dzisiaj okazałej literaturze, wyraźnie przemawiają za doniosłym znaczeniem tracheoskopii i bronchoskopii.

[Autoreferat].

KARCZEWSKI uzupełnił pierwsze spostrzeżenie kol. ERBRICHA danemi następującemi: w dniu 31 stycznia 1909 r. właścianin, zamieszkały w pobliżu Warszawy, przywiózł do Szpitala Dzieciątka Jezus swą 6-letnią córkę, która przed 7-ma miesiącami połknęła dużą szpilkę. Wnet po tym wypadku dziecko dostało napadu kaszlu i duszności, trwającego około 3-ch minut, przyczem wykrztusiło sporo śluzu z nieznaczną domieszką krwi. Nazajutrz zawieziono dziecko do lekarza, który zalecał karmić je kartoflami i zwracać uwagę na wypróżnienia. Dziecko polykało zarówno stałe jak i płynne pokarmy bez trudności, unikało zaś pochylania głowy i sypiało stale w położeniu półsiedzącem. Co 2—3 dni, a w ostatnich czasach niemal codziennie, miewało napady duszącego kaszlu, trwające od 1—5 minut. W ciągu ostatnich paru tygodni dziecko straciło apetyt i szybko zaczęło chudnąć.

Dziewczynka blada nędznie odżywiana, z powodu onieśmienia, żadnych wskazówek udzielić nie chce. Swem zachowaniem niesforem uniemożliwia zamierzone badanie laryngoskopowe. Zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność szpilki, ułożonej ukośnie w stosunku do pośrodkowej linii ciała w kierunku z prawej strony od góry na lewo ku dołowi. Ostry

koniec szpilki, zwrócony ku górze, odpowiadał pierwszemu, główka szpilki — piątemu kręgowi grzbietowemu.

Wobec wspomnianych wyżej wywiadów, oraz danych badania promieniami ROENTGENA nie było wątpliwości, że szpilka owa tkwi w drogach oddechowych. Zaproszony na naradę kol. ERBRICH zalecił wykonać przedwstępną tracheotomię.

W dniu 4 lutego KARCZEWSKI wykonał tracheotomię dolną, sądził bowiem, że tym sposobem zdoła może osiągnąć końca szpilki, która, jak to wykazywało zdjęcie rentgenowskie, tkwiła niewątpliwie w tchawicy. Naciąwszy skórę i rozdzieliwszy mięśnie, pokrywające tchawicę, K. spostrzegł, że zpoza mostka wydostają się pęcherzyki powietrza, a jednocześnie powstaje odma podskórna, która w ciągu kilku minut zajęła szyję, twarz i górną część klatki piersiowej. Z chwilą otwarcia tchawicy, dalsze szerzenie się odmy podskórnej ustało. Badanie tchawicy zgłębnikiem metalowym obecności szpilki nie wykryło.

Po tracheotomii dziecko gorączkowało w ciągu dni 7-u (ciepłota wieczorem 38—39,8), odma podskórna zmniejszała się stopniowo. Przedsięwzięte w d. 12-ym przedświetlanie promieniami ROENTGENA wykazała, że szpilka opuściła się znacznie ku dołowi, przesunęła się całkowicie na lewo i przybrała położenie prawie prostopadłe do środkowej linii ciała.

W dniu 13 lutego chorą zachloroformano, rurkę tracheotomijną usunięto i znieczulono tchawicę kokainą. Przy pomocy bronchoskopu kol. ERBRICH szpilkę wydobyl. Bezpośrednio po tym zabiegu wystąpiły objawy lekkiego zatrucia kokainą w postaci szybkiego tętna, sinicy kończyn i potów. Na drugi dzień objawy te ustąpiły i odtąd stan chorej szybko zaczął się poprawiać. W dniu 27 lutego chora wypisała się ze szpitala z zagojoną raną tracheotomijną.

[Autoreferat].

GABSZEWICZ, jako dopełnienie do drugiego przypadku operowanego przez prelegenta, dodaje, że widział raz jedną pacjentkę na 8 dni przed wydobyciem ciała obcego z oskrzela, będąc wezwany przez jednego z kolegów do wypuszczenia płynu z opłucnej; od rodziców dowiedział się, że dziewczyna 3 tygodnie przedtem połknęła spinaczkę, nie doznając żadnych objawów ze strony narządów oddechowych i ciała obcego nie zauważono w kale; po kilku dniach nastąpiło klucie w lewym boku, kaszel i gorączka i przez dwa tygodnie pacjentka stale gorączkowała. Obiektywne badanie wykazało zupełne stłumienie w lewej połowie klatki piersiowej z przodu na 3 że-

brze, a z tyłu poniżej 5 żebra: oddechu nie słyhać i po przekłuciu trójgrańcem w 9 międzyżebżu przyrządem POTAIN'a z łyżką zaledwie surowiczo krwawego płynu i przekłucia w 8 i 7. międzyżebżu dały ten sam wynik. Odgłos jednak opukowy znacznie się wyjaśnił. Nie przypuszczając, że ciało obce w danym przypadku było zainspirowane do oskrzela. G. sądził, że ma do czynienia z zapaleniem opłucny włóknikowym.

[Autoreferat].

Sekretarz stały SOKOŁOWSKI zaznacza, że ciała obce w oskrzelach stanowią jedną z najciekawszych kazuistik dróg oddechowych. O ile te przypadki są bardzo ciekawe, o tyle też stanowią one najtragiczniejsze obrazy w swoim przebiegu, szczególnie u dzieci. Chorzy po niesłuchanie ciężkiej egzystencji z powodu kaszlu, duszności po 5—6 latach wypluwają ciała obce, większość ich ginie po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu wskutek różnorodnych spraw zapalnych w płucach jak to bronchopneumonii, lub cuchnącego bronchitu, lub nawet następczo rozwiniętej chronicznej gruźlicy płuc. W bronchoskopii znaleźliśmy środek nietylko ratujący często życie, ale i oszczędzający nieraz choremu długie lata cierpień.

U KIZIANA mówca widział całe niemal muzeum, wydobytych ciał obcych. Metoda bronchoskopii wymaga wielkiej wprawy i umiejętności. Mówca składa podziękowanie prelegentowi, który z jego namowy zajął się u nas pierwszy tą metodą.

Z. DOBROWOLSKI zaznacza, iż ujemną stroną tracheo-bronchoskopii u dzieci jest to, że uprzednio zawsze należy wykonać tracheotomię, tymczasem po tracheotomii ciało obce bardzo często zostaje wykrztuszone przez chorego i tem samem tracheo-bronchoskopia staje się zbyteczną.

A ciała obce w drogach oddechowych zdarzają się prawie wyłącznie u dzieci. Nieraz nawet bez tracheotomii ciało obce po dłuższem przebywaniu w drogach oddechowych zostaje wykrztuszone przy nieznaczonej interwencji ze strony lekarza.

Na dowód powyższego mówca podaje przypadek spostrzegany przez niego przed 12-tu laty. 6-letnia dziewczynka, gryząc orzechy, zakrztusiła się łupinką, to ciało obce trójkątnego kształtu z ostremi kantami pozostawało w drogach oddechowych około 3-ch miesięcy, powodując objawy zrazikowego zapalenia płuc z gorączką, spazmatycznym kaszlem i krwiopluciem; podejrzewano gruźlicę płuc. Mówca zakokał krtań i ciało obce przy napadzie kaszlu zostało wy-

krztuszone. Nieraz znowu wobec groźnych objawów duszności, wywołanej przez ciało obce w drogach oddechowych nie ma czasu na zastosowanie tracheo-bronchoskopii — zabiegu dość mozolnego i to twierdzenie mówca może poprzeć kilku przypadkami, z których jeden spostrzegany przez D. przed 2-ma laty był następujący: 5-letni chłopiec zakrztusił się ziarnkiem dyni i przywieziono go do szpitala z wielką dusznością. Pomimo natychmiastowej tracheotomii, przy której chory przestał oddychać, oraz szybkiego usunięcia ciała obcego z rozdwojenia tchawicy, pacjentowi już nie można było przywrócić życia. W innym przypadku mówca usunął ziarnko słonecznika z lewego oskrzela po tracheotomii i kilku minutowych mozolnych próbach w obawie, że chory lada chwila przestanie oddychać.

Ten wzgląd, że przy tracheo-bronchoskopii u dzieci przedtem należy wykonać tracheotomię zraża często rodziców do poddania dziecka pierwszemu zabiegowi.

DOBROWOLSKI miał kilka przypadków, gdzie przy ciele obcem w drogach oddechowych pomimo usilnych namów nie mógł skłonić rodziców do zgody na tracheotomię.

Być może, że przy wciąż wzrastającym postępie w tracheo-bronchoskopii, co zaznaczyło się w ostatnim roku dzięki wynalazkom BRUENINKS'a, z czasem uda się wykonywać ten zabieg u dzieci bez poprzedzającej tracheotomii.

Przy esofagoskopii nie potrzeba uprzednio wykonywać krwawych zabiegów i dlatego ta metoda może być łatwiej zastosowaną.

Wielką pomoc omawianym metodom okazuje roentgenoskopia, wykrywając ciała obce i wskazując dokładnie, gdzie ich poszukiwać. Mówca zwraca jeszcze uwagę na charakterystyczny kaszel u chorych z ciałem obcym w drogach oddechowych. Kaszel spazmatyczny podobny, jak przy kokluszu lub zwężeniu dróg oddechowych.

Wreszcie mówca przypomina osobliwy przypadek wędrówki ciała obcego z dróg oddechowych do opłucnej i nazewnątrz:

Mianowicie przed kilku laty kol. A. GRUŻEWSKI opisał przypadek, w którym przy pleurotomii usunął kłos zboża; kłos dostał się do dróg oddechowych i po dłuższem przebywaniu w nich znalazł się w ropnym wysięku opłucnej.

[Autoreferat].

L. LUBLINER. Tracheo, broncho i oesophagoskopia stosowana jest u mówcy na oddziale w odnośnych przypadkach od lat pięciu, gwoli czemu odnośne instrumentarium, również

mówca posiada i w swoim czasie na jednym z posiedzeń szpitalnych zdawał sprawę ze studyów w tym kierunku uczynionych. Również i wszyscy dotychczasowi jego asystenci obeznani są z tymi sposobami badania i leczenia. Przed dwoma laty w towarzystwie laryngologicznym, mówca zdawał sprawę z przypadku oesophagoskopii z powodu zarośnięcia przełyku u dwudniowego dziecka. Dotychczas w wielu przypadkach, których cytować teraz mówca nie chce, stosował te metody badania.

Odnosnie do dwóch przypadków opisanych przez prelegenta zaznacza, że użycie w pierwszym przypadku (gdzie szpilka już tygodnie leżała w oskrzelu) haczyka do podważenia mogło z łatwością dać niepożądany rezultat, gdyż w takim przypadku (igła, szpilka kruszeje), można było z łatwością rozbić ciało obce na drobne fragmenty, co w wysokim stopniu utrudniłoby kol. E. wydobyć cząsteczkami ciała obce.

Narzędzie do odcinania nacisków twardełowych demonstrowane przez prelegenta jest bardzo pożyteczne i dobrze obmyślane.

[Autoreferat].

TUCHENDLER zwraca uwagę na to, że prelegent przedstawwszy w odczycie swym piękne badania i ciekawe własne obserwacje, dotyczące tracheo i bronchoskopii, nie jednakże nie wspomina o wziernikowaniu przełyku, o czem w tytule zapowiada; poczem opisuje spostrzegany przez siebie przypadek ciała obcego przełyku. W przypadku tym żadną inną metodą badania T. nie mógł postawić właściwego rozpoznania. Sondy najgrubsze swobodnie przechodziły do żołądka, co niby świadczyło o drożności przełyku. Drogą wziernikowania udało się jednak wykryć w przełyku ciało obce — protezę z 3-ma zębami, tak usadowioną, że mogła ona swobodnie przepuszczać sondę. Przypadek ten w swoim czasie przedstawiony w Towarzystwie i inne temu podobne zachęcają do szerszego stosowania wziernikowania przełyku tak mało jeszcze u nas rozpowszechnionego.

[Autoreferat],

Adolf MESZ. Nawiązując dyskusję do przypadku kol. TUCHENDLERA, przypomina o przypadku WILDA z Zurychu, demonstrowanym na 8-ym zjeździe południowo niemieckich laryngologów w Heidelbergu w roku 1901 ¹⁾. Dotyczy on mło-

¹⁾ Patrz VIII Varsammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen z. Heidelberg, 1901 str. 45.

dego człowieka, który we śnie aspirował protezę 4—5 cm. długą, 1,5 cm. szeroką z 2-ma siekaczami i 2-ma metalowymi haczykami na końcach. Na roentgenogramie cień w okolicy prawego dużego oskrzela. Badanie płuc natomiast wykazało stłumienie odgłosu opukowego i osłabienie szmeru oddechowego w okolicy górnego płata płuca lewego. Przy pomocy bronchoskopii górnej zdiagnozowano obecność protezy w lewym bronchu. Z obawy, że przy wyjęciu natychmiastowem przez krtani proteza może uwięznąć w głośni między strunami, postanowiono wykonać tracheotomię i usunąć ją przez otwór tracheotomijny.

Po wykonaniu tracheotomii wprowadzono bronchoskop przez ranę tracheotomijną do lewego oskrzela i przy pomocy odpowiednich kleszczyków Kilianowskich, wprowadzonych przez bronchoskop, usunięto protezę wraz z rurą, przez którą przejść nie mogła. Przy ujęciu protezy okazało się, że jeden haczyk uwiązał w błonie śluzowej oskrzela. Posunięto więc protezę więcej w głąb oskrzela i obrócono ją o 90°, poczem łatwo można było ją usunąć.

[Autoreferat].

J. M. JUDT. Przytaczana tu klasyfikacya ciał obcych, wykrywanych w płucach za pomocą promieni ROENTGEN'a nie jest właściwą.

Wiemy, że rentgonografia doskonale określa subtelne zmiany tkanki płuc i oskrzeli, jak nacieczenia wczesne zapalnej, rozgałęzienia naczyń i oskrzeli, powiększone miękkie gruczoły oskrzelowe, antrakozę i t. p.

Et ipso oczekiwać należy, że promienie ROENTGEN'a wykrywać potrafią i ciała obce niemetaliczne, guziczki rozmaite, o ile ich ciężar gatunkowy przewyższał ciężar tkanki płucnej. Dużo zależy od stanu płuc. Płuco silnie nacieczone, wysięki opłucnej, silny rozwój gruczołów, utrudniają wynajdywanie rentgenograficzne ciał obcych.

Zrózniczkowanie ciężaru gatunkowego odgrywa tu rolę pierwszą. Dlatego nie można wykazywać kamieni żółciowych, ponieważ ciężar gatunkowy cholesteryny nie o wiele jest niższy od tkanki wątrobowej. Można natomiast otrzymywać wyraźny kontur nerki, jeżeli torebka tłuszczowa jest bardzo grubą.

Dlatego także, aczkolwiek w przypadkach bardzo rzadkich, można niezauważyć drobnego ciała metalowego w tchawicy i oskrzelach, o ile znajdują się one w płaszczyznach,

łączących mostek z kręgosłupem, i o ile nie skorzystać z prześwietlenia w kierunkach bocznych i ukośnych.

[Autoreferat].

SLAWIŃSKI zwraca uwagę, że przy określaniu położenia ciał obcych za pomocą prześwietlenia potrzebna jest szczególna ścisłość. Przytacza przypadek obserwowany przed laty 12, dotyczący 3-letniego chłopca, który połknął metalowy guzik od szynela. Badanie kilkakrotne zgłębnikiem nie wykryło ciała obcego, zdjęcie zaś rentgenowskie wykazało obecność guzika w II międzyżebżu po stronie lewej i na tej podstawie przypuszczano, że guzik utkwił w lewym oskrzelu. Podczas usypiania chorego do zamierzonej operacji, przypadkowo udało się wyczuć na szyi poszukiwany guzik pomiędzy tchawicą a kręgosłupem i wydobyć go za pomocą oesophagotomii.

[Autoreferat].

POLIKIER z powodu przemówienia SLAWIŃSKIEGO przytacza 2 przypadki z swojej praktyki na prowincyi, w których udało mu się nie tylko wyczuć obce ciało w przetyku przez powłoki zewnętrzne, ale i wydalić je przez usta. Było to w czasach poprzedzających o lat kilkanaście narodziny tracheoskopii, oesophagoskopii i roentgenografii.

W obu przypadkach spostrzeganych u małych dzieci obcem ciałem była moneta miedziana, która naciskała na tylną ściankę krtani, wywołując groźne objawy. Metoda, zastosowana przez P., polegała na staranuem obmacywaniu szyi palcem, głęboko wciśniętym między mięśnie szyi i po napotkaniu obcego ciała, na popychaniu go nieco w tył i do góry: w pierwszym przypadku mówca robił uprzednio i jednocześnie daremne próby wywołania wymiotów przez drażnienie podniebienia: w drugim już wprost przystąpił do palpacji lewej połowy szyi.

Spostrzeżenia te przekonywają, że pomimo głębokiego położenia przetyku, możliwą jest rzeczą w pewnych razach wymacać ciało obce z zewnątrz i wydalić przez usta za pomocą odpowiedniego mięsienia szyi. Od tego czasu mówca nie miał sposobności zastosowania tego sposobu w żadnym przypadku; zaznacza jednakże, iż w jednej z rozpraw (na stopień doktora), w kilka lat po ogłoszeniu tych przypadków znalazł wzmiankę kazuistyczną o wydobyciu w podobny sposób na oddziale chirurgicznym Broca w Paryżu obcego ciała kulistego, połkniętego przez osobnika dorosłego. Przy sposobności więc P. zwraca uwagę kolegów na to, że zabieg w mowie błądzący, jest zbyt prosty i łatwy, aby nie wypróbować go w tego

rodzaju przypadkach przed przystąpieniem do metod bardziej złożonych i więcej czasu pochłaniających.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Gabszewicz.*

Sekretarz *Antoni Majewski.*

Posiedzenie kliniczne dnia 16 marca 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz.*

Członków obecnych na posiedzeniu 40.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił obecnych o śmierci byłego długoletniego Prezesa Towarzystwa Lekarskiego ś. p Teodora DUNINA. Obecni wysłuchali słów prezesa stojąc. Na znak żałoby prezes zawiesił posiedzenie na 10 minut. Po dziesięć minutowej przerwie prezes otworzył posiedzenie i udzielił głosu Władysławowi JANOWSKIEMU, który postawił wniosek przerwania posiedzenia na znak żałoby z powodu śmierci ś. p DUNINA. Wniosek jednomyślnie przyjęto i prezes zamknął posiedzenie.

Prezes *A. Gabszewicz..*

Pom. sekretarza *Tadeusz Wilczyński.*

Posiedzenie kliniczne dnia 30 Marca 1909 r.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

Członków obecnych na posiedzeniu 40.

- T r e ś ć:**
- 1) Stanisław GĘBARSKI: Przedstawienie chorego z icterus syphiliticus praecox.
 - 2) Stanisław GĘBARSKI: Leczenie zwięzienia przełyku po oparzeniu ługiem rozszerzaniem zgłębnikami kauczukowymi i zastrzykiwaniem fibrolizyny.
 - 3) Jan ZAŁUSKA: Przedstawienie chorego ze szkorbutem sporadycznym.
 - 4) Ryszard HERTZ: Bazofilowa ziarnistość przy przyżyciowym barwieniu.
 - 4) Maryan EIGER: Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka (36 tablic).

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes odczytał nadesłane depesze i listy kondolencyjne z powodu śmierci b. Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Teodora DUNINA od Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, od wydziału lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego, od dyrektora sanatorium w Zakopanem Dłuskiego, od Uniwersytetu Jagiellońskiego, od Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, od Przeglądu Lekarskiego, od prof. WICHIERKIEWICZA, od Radomskiego Towarzystwa Lekarskiego, od profesora GŁUZIŃSKIEGO i prof. RYDYGIERA.

III. Prezes zawiadomił, że z kancelaryi Jenerał-Gubernatora przyszło zatwierdzenie D-ra Alfreda SOKOŁOWSKIEGO, oraz że otrzymał podanie, zaopatrzone podpisami kilkunastu kolegów o przedstawienie D-ra Henryka DOBRZYCKIEGO jako kandydata na członka honorowego naszego Towarzystwa.

IV. Redaktor Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Kazimierz Rzętkowski zapytuje skąd ma wziąć fundusze na wydanie w roku bieżącym Przeglądu piśmiennictwa polskiego. Zaznacza, iż w roku zeszłym uzyskał zapomogę z Kasy Mianowskiego i od Sekretarza Stałego A. Sokołowskiego; uważa za najprostszą drogę i w tym roku zwrócić się o pomoc do kasy Mianowskiego. ZWEJGBAUM uważa, że nie należy odgraniczać spra-

wy Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego od Przeglądu Piśmiennictwa Polskiego i proponuje, aby opodatkować się na rzecz Pamiętnika Lekarskiego i w ten sposób uzyskać fundusze na wydawnictwo Przeglądu Piśmiennictwa Polskiego. MUTERMILCH Stanisław proponuje, aby oznaczyć opłatę wyłącznie od Przeglądu Piśmiennictwa Polskiego. Po wyjaśnieniu prezesa, że kwestyę opodatkowania może rozstrzygnąć tylko komplet członków i że sprawa jest palącą, gdyż posiedzenie kasy MIANOWSKIEGO odbędzie się w tych dniach, obecni upoważniają Redaktora Pamiętnika Tow. Lekarskiego, aby się podał do kasy MIANOWSKIEGO o zapomogę na wydawnictwo Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego.

Stanisław GĘBARSKI demonstrował chorego ze zwężeniem przełyku po oparzeniu ługiem, leczonego rozszerzaniem zgłębnikami kauczukowymi i zastrzykiwaniem fibrolizyny.

2-go października r. z. chory wypił z 50 gramów stężonego ługu. Stan chorego był bardzo ciężki: przez kilka dni wymiotował krwią, a przez pierwsze 3 dni bezwładny; połykanie nawet płynów było nader utrudnione; z każdym dniem chory chudł coraz więcej i czuł się coraz słabszym. W 3 tygodnie później przybył do szpitala, z początku na oddział wewnętrzny, skąd po tygodniu przepisano go na oddział chirurgiczny, wówczas objawy zwężenia przełyku były posunięte do tego stopnia, że chory z trudnością mógł być przełykać płyny. Choremu zaproponowano gastrostomię, na którą się nie zgodził, i wtedy przepisano go na oddział wewnętrzny d-ra CHEŁCHOWSKIEGO. Po zbadaniu chorego niezwłocznie przystąpiono do rozszerzania przełyku zgłębnikami kauczukowymi: cienki zgłębnik № 19 dość łatwo przechodził aż do żołądka, grubszy № 22 zatrzymywał się na wysokości 36 ctm., najmniejsza oliwka na wysokości 31 ctm. Takie same wyniki otrzymano przy badaniu chorego na oddziale wewnętrznym d-ra JANOWSKIEGO. Pomimo regularnego rozszerzania, stan taki trwał bez najmniejszej zmiany przez 5 tygodni. 22 grudnia, czyli blisko w 3 miesiące od oparzenia przystąpiono do zastrzykiwania podskórnych fibrolizyny, nie przerywając rozszerzań. Po 4 zastrzyknięciach (7/1) zauważono polepszenie: zgłębnik № 22 dosięgnął głębokości 40 ctm; chory zaczął łatwiej przełykać pokarmy płynne, jako też bułkę rozmoczoną w mleku. Choremu zaczęło przybywać na wadze — po 17 zastrzyknięciach (15/II) zgłębnik № 22 i grubszy nawet № 24 dosięgał żołądka. Chory zaczął już przełykać kaszkę gęstą na wodzie lub mleku i potrochu mięso siekane. Po 20 zastrzyknięciach (20/II) już nawet i zgłębnik № 29 przechodził do 42 ctm. Chory teraz z łatwością

spożywa pokarmy płynne i zupełnie niezłe — mięso siekaue, kaszę, kartofle tarte, chleb, bułki (rozmoczone); gorzej—groch, kapustę. Przez ostatnie 3 tygodnie chory nie bierze zastrzykiwań, to też dalszego postępu poprawy nie widzimy.

Podczas obserwacji chorego zrobiono kilka spostrzeżeń, które zasługują na uwagę.

1) widoczne polepszenie sprawy z chwilą, gdy obok rozszerzań zaczęto stosować zastrzykiwania podskórne fibrolizyny.

2) połykanie w rannych godzinach, zwłaszcza zaraz po przebudzeniu się chorego, było zawsze najbardziej utrudnione, nawet w te dni, kiedy nie zakładano mu zgłębnika.

3) wreszcie, parę razy chory zwracał się do mówcy z powodu nagłego pogorszenia sprawy — zupełnego zamknięcia przetyku (nie mógł nawet wody połykać), zakładanie zgłębnika wówczas nie odnosiło najmniejszego skutku; dopiero silniejszym, lecz nie obfitym strumieniem wody, puszczoneym przez rurkę gumową, udawało się przeszkodę usunąć: było to — raz rozpęczniałe ziarnko pomarańczy, innym razem napęczniały groch z kapusty.

[Autoreferat]

Stanisław GĘBARSKI demonstruje chorego z oddziału d-ra CHEŁCHOWSKIEGO z rozpoznaniem *Icterus syphiliticus praecox*. Choroba ta wielce podobna do żółtaczki kataralnej i zazwyczaj prędko ustępująca pod wpływem specyficznej kuracji, powstaje we wczesnym okresie syfilisu, a mianowicie — we wtórnym okresie, najczęściej współcześnie z wysypką, niekiedy jako zwiastun powtórnie zjawiających się zmian na błonach śluzowych i skórze, a rzadziej jako ich równoważnik. Zdarza się, że żółtaczce tej towarzyszy puchlina wodna brzucha, a jak to miało miejsce u demonstrowanego chorego, z obrzękami na kończynach dolnych.

Patogeneza tego cierpienia do dziś dnia nie jest wyjaśniona. Istnieje wiele najrozmaitszych teorii: jedni tłumaczą powstawanie tej żółtaczki przypuszczalnemi zmianami syfilitycznemi na błonie śluzowej przewodu pokarmowego i dróg żółciowych w rodzaju tych, jakie widzimy na zewnętrznych błonach i skórze w drugim okresie syfilisu; inni — obrzmieniem gruczołów uciskających przewod żółciowy, a nawet żyłą wrotną i inni znów zmianami w naczyniach krwionośnych i chłonnych i t. p.

Przebieg choroby u naszego pacyenta był następujący: 9 lutego r. b. przybył ze skargami na mdłości, odbijanie goryczą, częste wymioty, zaparcie stolca i żółtaczkę. Choroba rozpoczęła się na 5 tygodni przedtem mdłościami, występu-

jącami najczęściej naczezo, w 2 tygodnie później zjawiała się żółtaczka na całym ciele, a nieco później przyłączyły się wymioty. W kwietniu r. z. chory zaraził się syfilisem — odbył 2 kursa specyficznego kuracji: I szy w kwietniu i maju, II-gi rozpoczął we wrześniu, przerwał na miesiąc, a potem wziął 24 frykcy — Pomiędzy pierwszym a drugim kursem (w sierpniu) zjawilo się uparte cierpienie gardła, uważane przez lekarzy za syfilityczne.

W dniu przybycia chorego do szpitala przy obiektywnem badaniu oprócz niewielkiego powiększenia śledziony innych zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono. Chory miał wygląd b. mizerny i przygnębienie malowało się na twarzy i na całym ciele była b. wyraźna żółtaczka. — W moczu, mocno zabarwionym żółcią, o cięż. 1010, — wybitna cylindruria. Żołądek na czczo pusty, po próbnem śniadaniu brak wolnego HCl. Wypróżnienia twarde, niemal zupełnie odbarwione.

Przypuszczaliśmy narazie, że mamy do czynienia z żółtaczką kataralną. Stan jednak chorego coraz więcej się pogarszał, tak, że po 14 dniach od przybycia do szpitala (22 lutego) zjawiała się puchlina wodna brzucha a w parę dni potem obrzęk na stopach — 2-go marca wypuściliśmy choremu z jamy brzusznej 2 litry zabarwionego żółcią płynu przesiękowego o cięż. wł. 1005 (na ciepło), 1006,5 (na zimno). Przez następne parę dni puchlina wodna nanowo wzrastała, a żółtaczka trzymała się uporczywie. Na podstawie powyższych danych zrodziła się myśl, że mamy zapewne do czynienia z jakimś guzem, uciskającym wspólny przewód żółciowy i żyłę wrotną, lecz przed postawieniem dyagnozy nowotworu złośliwego, postanowiliśmy pierwiej spróbować frykcyi. Już po pierwszych frykcyach żółtaczka i puchlina wodna brzucha zaczęła się zmniejszać, a po 8 frykcyach puchlina zniknęła zupełnie. Podczas następnych frykcyi ogólny stan chorego zaczął się szybko poprawiać, tak, że obecnie (po 24 frykcyach) chory czuje się zupełnie zdrow, zyskał kilka funtów na wadze, a z żółtaczki pozostał zaledwie ślad i to tylko na białkach oczu. Z powyższego wnioskujemy, że mieliśmy do czynienia z tą rzadką postacią żółtaczki — *Icterus syfiliticus praecox*. Co zaś do patogenety, to w danym razie najwięcej odpowiadałoby przypuszczenie, że obrzmiałe gruczoły uciskały nietylko wspólny przewód żółciowy i żyłę wrotną, ale także wywierały pewien ucisk i na żyłę główną dolną, przytem żółtaczka wystąpiła tu jako równoważnik powtórnego wybuchu zmian na dostępnych błonach śluzowych i skórze. Że żółtaczkę tę przyjęliśmy za syfilityczną, utwierdza nas w tem przekonaniu niezmiernie

szybka poprawa ogólnego stanu chorego pod wpływem specyficznego leczenia, wobec czego przypuszczenie guza złośliwego upada.

[Autoreferat]

J. ZAŁUSKA przedstawił przypadek szkorbutu sporadycznego na wyzdrowieniu, wskazując pozostałości niedawnych ciężkich zmian (wylewów krwawych podskórnych na całym ciele, deskowatego nacieczenia mięśni zginaczy gołeni prawej, zgrubienia okostnej uda prawego *in portione epicondyloidea*). Chory l. 60, mularz z zawodu przybył na oddział dr. CHEŁCHOWSKIEGO dnia 20/II. 09 r. w stanie b. ciężkim, fizycznie wyniszczony; obecnie dn. 30/III. nie tylko zmiany chorobowe ustąpiły niemal zupełnie, lecz także stan odżywiania podniósł się znakomicie.

W obrazie klinicznym szkorbutu u chorego brakło charakterystycznych zmian na dziąsłach, ale też chory nie posiada wcale zębów.

I. ZAŁ. podkreśla w danym przypadku moment etiologiczny cierpienia: chory od kilku miesięcy nie jadł nic zgoła gotowanego.

Jego menu dziennie było: rano 2 kubki herbaty oraz chleb ze szmalcem; wieczorem — to samo; zaś na obiady — też herbata, chleb, oraz $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ funta wędlin (kiełbasa, golonka, wędzonka, kiszka, salceson, blutwurst):

Na oddziale d-ra CHEŁCHOWSKIEGO jest to już czwarty przypadek, gdzie stałe, długotrwałe, wyłączne spożywanie wędlin, zamiast obiadu wysnuwało się jako główny moment etiologiczny wystąpienia zmian typowych dla szkorbutu. W wypadku obecnym, jak i w 3 poprzednich, środkiem leczniczym całkowicie skutecznym było przejście chorego na dietę zwykłą mieszaną.

Ryszard HERTZ demonstruje preparaty ze krwi anemika z żółtaczką. — W preparatach tych barwionych metodą przyżyciową według CHAUFFARD'a bazofilowa ziarnistość występuje w bardzo wielu czerwonych ciałkach (8,8 %).

Ziarnistość tę nie należy utożsamiać z bazofilową punktacją czerwonych ciałek, która występuje tylko w preparatach utrwalonych.

Ziarnistość CHAUFFARD'a spotyka się w pojedynczych erythrocytach i u zdrowych ludzi, bywa jednakże znacznie zwiększona w ciężkich postaciach anemii — samoistnej i wtórnej — i w żółtacze haemolitycznej w przeciwieństwie do żółtaczki haepatogennej.

[Autoreferat]

Marjan EIGER wygłosił rzecz pod tytułem: „Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka“ (36 tablic).

Streszczając wyniki pracy, autor dochodzi do wniosków następujących:

Wzór topograficzny zwojów, dostrzeżony przez KREHLA i ROMBERGA u królika zastosować się daje w zupełności do myszy białej, świnki morskiej i człowieka.

I. Pole zwojowe wszędzie jest to samo, przyczem lewą granicę pola stanowi lewa żyła płucna, prawą granicę stanowi prawy brzeg żył głównych, górną, resp przednią osierdzie wyściełające *sinus transversus pericardii*, dolną resp. tylną, zaś bródza wieńcowa poprzeczna.

II. Zarówno u myszy, jak u świnki morskiej i człowieka największe nagromadzenie zwojów spotykamy na tylnej ścianie lewego przedsionka; prócz tego zwoje istnieją w przegrodzie, w bródzie poprzecznej i dookoła wpustu żył głównych.

Indywidualna różnica polega głównie na tem, że u myszy znajdujemy jeden wielki zwój na tylnej ścianie lewego przedsionka, u człowieka zaś spotykamy oddzielne, rozsiane zwoje; świnka morska pod tym względem przedstawia typ pośredni:

III. Prócz tych zwojów wewnątrzsercowych zarówno u myszy jak i u świnki morskiej i u człowieka istnieją zwoje wewnątrzsercowe, odpowiadające zwojowi WEISBERGA pod łukiem aorty i zwoju splotu opuszkowego między aortą i tętnicą płucną.

IV. W komorach zwojów specjalnych niema.

V. Wszystkie zwoje, nie wyłączając zwojów leżących w przegrodzie między przedsionkowej, leżą w tkance łącznej podosierdziowej.

VI. W warstwie mięśniowej (*myocardium*) niema zwojów ani komórek nerwowych zwojowych.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes A. Gabszewicz.

Pom. sekretarza. T. Wilczyński.

Posiedzenie kliniczne dnia 5 Kwietnia 1909 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 69 oraz gości 5.

Przewodniczący prezes *Gabszewicz*.

- T r e ś ć: 1) STANKIEWICZ Władysław: Demonstracya nowotworu, wyciętego wraz z całą muszlą.
2) DMOCHOWSKI: Dwa przypadki nabłoniaka kosmkowego.
3) EIGER i SKŁODOWSKI: Przyczynek do kazuistyki kamicy żółciowej.
4) EIGER: Przypadek kamicy trzustkowej (Odczyn CAMMIDGE'a.)
5) CIECHOMSKI—KARWICKA: Czerniak odbytnicy.
6) CZARKOWSKI—KARWICKA: Gruczolaki włókniste macicy.
7) PASZKIEWICZ: Nowotwór przysadki mózgu.
8) MALINOWSKI: Epidermolysis bullosa congenita.
9) JUDT: O Röntgenografii płuc.
10) LANDAU Anastazy: Bazofilowa ziarnistość w zarodki komórek przy zatruciu kwaśnem.
11) TRYJARSKI: Naczyniak chłonny gardzieli.
12) ROZENBERG: Dwa przypadki choroby PAGET'a.
13) MORACZEWSKI (ze Lwowa): Stosunek indykanu do indolu.

Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto. Prezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: ZIELIŃSKĄ, DUNIN KARWICKĄ, DEMBOWSKĄ, JASTRZĘBSKIEGO i WRZEŚNIEWSKIEGO, następnie zawiadomił, że kolega MAJBAUM z Łodzi podał się na członka korespondenta.

W. STANKIEWICZ przedstawia nowotwór wycięty wraz z całą muszlą uszną lewą u chorego lat 60 przybyłego na kurację do szpitala Ewangelickiego. Guz zajmował całą prawie muszlę, nieprzechodząc na ścianę przewodu zewnętrznego; powierzchnia guza nierówna, w części pokryta owrzodzeniem rozpadowem, łatwo krwawiącym. Gruczoły szyjowe nie zajęte. Z powodu tak obszernego zajęcia całej muszli, niepodobna było wykonać odjęcia samego nowotworu i całą muszlę usunięto, brzegi zaś przewodu słuchowego przyszyto do brzegów rany skórnej. Jakkolwiek budowa powierzchowna guza zdradza pewien charakter brodawczaka (papilloma), jednak całość przemawia za formą złośliwą, co badanie mikroskopowe łatwo wykaże.

W każdym razie zajęcie muszli ucha przez nowotwór złośliwy i w tych rozmiarach należy do rzadkości patologicznych.

[Autoreferat].

DMOCHOWSKI przedstawia preparaty z dwóch przypadków nabłoniaka kosmkowego.

EIGER przedstawia preparat makroskopowy dwunastnicy, przedziurawionej kamieniem drążącym z przewodu żółciowego. Wskutek stanu zapalnego wytworzyło się zwężenie dwunastnicy i wskutek tego powstała rostrzeń żołądka.

SKŁODOWSKI: Jako dopełnienie tego, co powiedział kol. EIGER o anatomii przetok żółciowych dodaje jeszcze, że nie należą one wcale do zjawisk rzadkich, spotykają się bowiem — według danych, zawartych w znanej monografii NAUNYNA — nie mniej jak w 4—5% ogółu przypadków kamicy żółciowej, sekcyjnie stwierdzonej.

Przechodzi następnie do strony klinicznej przedstawionego przypadku: Cbora, lat 38, przybyła do szpitala po raz pierwszy w Sierpniu zeszłego roku. Z wywiadów dowiedziano się od niej, że od kilkunastu miesięcy cierpi na odbijanie i zgagę; znacznie w tym czasie schudła; żółtaczkę ani żadnych bólów napadowych nie miała. Ciężej zachorowała dopiero od tygodnia. Obecnie skarży się prawie wyłącznie na wymioty, występujące po wiele razy dziennie, zwłaszcza po jedzeniu, nawet po wypiciu wody. Badanie przedmiotowe, prócz nędznego odżywiania i wielkiego osłabienia, wykazało tylko objawy rostrzeni żołądka bez oznak przerostu jego muskulatury i bez wyraźnej bolesności brzucha w jakimkolwiek punkcie. Przy płukaniach żołądka i dyecie, zrazu czysto mlecznej, potem mieszanej, stan chorej szybko się poprawiał. W pierwszych dniach zaleganie pokarmów było dość znaczne, treść żołądkowa miała barwę zieloną i nie zawierała prawie wcale wolnego kwasu solnego przy zachowanej jednak reakcyi kwaśnej. Lecz już po tygodniu mechanizm żołądka, pomimo coraz obfitszego żywienia, wrócił prawie zupełnie do normy, zielone zabarwienie miazgi znikło, a chemizm wykazywał stosunki prawidłowe. Waga ciała w ciągu 2 tygodni wzrosła o całe 5 kilogramów. Czując się, poza nieznacznymi dolegliwościami dyspeptycznymi, zupełnie dobrze, chora opuściła szpital. Niestety jednak poprawa trwała krótko, bo już po 7 tygodniach dostaliśmy ją z powrotem i to w stanie bardzo ciężkim. Wczasy pobytu w domu zaczęła wkrótce wymiotować i waga jej spadła o 8 kilo. Od paru dni wymioty znacznie się wzmogły i wystąpiły kurcze w rękach i nogach. Przy płukaniu żołądka wydobyto 2 litry cieczy rzadkiej, zielonej; nie zawierającej wcale wolnego HCl;

dość skąpy osad składał się przeważnie z sarcyny. Przez cały czas powtórnego pobytu chorej w szpitalu, mimo zupełnego odstawienia pokarmów, płukań żołądka, żywienia przez odbytnicę i codziennych wstrzykiwań dużej ilości roztworu solnego pod skórę, stan jej stale się pogarszał. Chora wciąż niezupełnie przytomna, jakby odurzona: niektóre mięśnie, głównie żwacze i ściana brzuszna, znajdują się w stanie wzmożonego napięcia. Ustawienie tężyczkowe rąk zauważono tylko raz jeden, na samym początku, innych objawów tężyczki nie było można stwierdzić. *Exitus* po 3 dniach, przyczem tętno prawie do samej śmierci trzymało się stosunkowo nieźle.

Przypadek powyższy wydaje mi się ciekawym głównie z tego powodu, że cały akt wytwarzania się przetoki przebiegał tu niejako w naszych oczach i to dwukrotnie. A jednak właściwa natura sprawy patologicznej pozostała dla nas zupełnie ukryta i w rozpoznaniu nie zdołaliśmy wyjść poza granicę stwierdzenia ubocznych jej skutków, mianowicie rostrzeni żołądka, wywołanej przypuszczalnie przez jakąś niestałą przeszkodę w odźwierniku czy w dwunastnicy. Co się tyczy bezpośredniej przyczyny śmierci, to upatrywać jej należy w samozatruciu i pod tym względem przypadek powyższy zbliża się najbardziej do tężyczki, aczkolwiek nie posiada wszystkich jej cech klinicznych. Dodaje w końcu, że chora mogła być niewątpliwie uratowana przez operację. Niestety jednak w okresie pierwszego jej pobytu w szpitalu wobec szybkiej poprawy nie było wskazania do operacji, a za drugim razem chora przybyła zbyt późno, kiedy już objawy zatrucia górowały w obrazie klinicznym.

[Autoreferat].

CIECHOMSKI przedstawił guz wydobyty z odbytnicy, który Dunin-Karwicka rozpoznała jako mięsak czarny.

Przed przytoczeniem szczegółów, dotyczących przypadku tego, zaznaczył, że mięsak czarny lub czerniaczkowy (*melanosarcoma*) odbytnicy i odbytu pierwotny jest rzadkością u ludzi, u koni zaś jest zjawiskiem dość częstym.

QUENU i HARTMANN zdołali zebrać zaledwie 20 przypadków. W wieku podeszłym i u mężczyzn nowotwór ten jest częstszy, niż w wieku młodszym i u kobiet. Jako guz pierwotny rzadziej ma swe siedlisko w odbycie niż w odbytnicy.

W odbytnicy zazwyczaj sadowi się nisko zaraz nad odbytem lub w odległości kilku centymetrów od niego, najczęściej na szypule jako polip złośliwy, pojedynczy, choć niekiedy bywa ich kilka. Skoro się rozrośnie znacznie, może zamknąć światło kiszki; powierzchnię ma nierówną, zrazikową

lub owrzodziałą, barwę śluzówki lub ciemnowiśniową, na przekroju zwykle czarny.

W przeciwieństwie do innych mięsaków robi przerzuty w gruczołach chłonnych; zresztą łatwo przenosi się do płuc, opłucny, cbrząstek żebrowych, otrzewny i wątroby.

Co do objawów to guzy te zarówno jak i raki robią zaburzenia w trawieniu pod postacią zaparcia stolca, dęcia i krwawienia, nawet wypadają przez odbyt podczas wypróżnień, jeżeli siedzą na szypułach.

Wobec wyżej wymienionych objawów rozpoznanie jest łatwe za pomocą badania odbytnicy palcem, wszakże należy odróżnić ich od polipów dobrotliwych (*adenoma*), które zdarzają się u osób młodych prawie wyłącznie.

Rokowanie przy nowotworach tych jest wogóle złe z uwagi na łatwość przerzutów w innych narządach.

Szczegóły przypadku operowanego przez CIECHOMSKIEGO są następujące: M. A. lat 73 oddawna doświadczała bólów w odbycie i prostnicy z powodu żylaków niekiedy krwawiących. Podczas badania prostnicy w d. 6/X 08 r. C. nie znalazł nic szczególnego; po odpowiednim zaleceniu przez czas jakiś była wyraźna poprawa; dopiero w końcu listopada znowu pogorszenie pod postacią bólu oraz trudności w oddawaniu stolca.

W początkach grudnia kol. KNAPPE stwierdził jakiś guz w prostnicy; w parę dni później C. znalazł guz duży w kształcie polipa wypełniający światło kiszki, usadowiony na przedniej ścianie prostnicy w odległości 3—4 ctm. od odbytu, na powierzchni swej poprzeczynany brózdami dość płytkimi. Szukając miejsca dla siebie w górze, guz pociąga śluzówkę ponad zwieraczem odbytu, która tu napręża się w kształcie pasma. Guz kształtu i wielkości dużej gruszki, jego podstawę można obejść dokoła palcem, jest ona mniejsza niż obwód guza u wierzchołka; powyżej podstawy i więcej na lewo można wyczuć w ścianie kiszki kilka drobnych twardych guzików. Operację wykonano w d. 11 grudnia 08 r., po rozszerzeniu odbytu na tępo udało się zepchnąć guz ku dołowi, nawet wydobyć go nazewnątrz, podłużne nacięcie tylnej ściany pochwy oraz odłuszczenie ściany kiszki jak najdalej od guza; w celu ułatwienia przystępu do kiszki, a zwłaszcza do wyżej pomienionych guzików, usadowionych rzędem i prostopadle do podłużnej osi kiszki—przecięto krocze i odbyt; wówczas rozległe wycięcie kiszki wraz z nowotworem i guzikami było wielce ułatwione. Szew 2 piętrowy na kiszkę, poczem 3 piętrowy na ścianę pochwy, wreszcie zeszyte krocza i odbytu z pozo-

stawieniem rozporoku na kroczu, w który wprowadzono pasek gazy, do kiszki zaś włożono rurkę gumową. Przebieg pooperacyjny był bardzo łagodny, prawie bezgorączkowy, niektóre szwy w pochwie zaraz ponad kroczem puściły. Po 3 tygodniach pacjentka opuściła lecznicę jako uzdrowiona.

[Autoreferat].

DUNIN-KARWICKA demonstruje preparat *melanosarcoma recti*. Pod czarniakiem, melanosarcoma rozumimy, jak wiadomo, mięsak, a więc guz złośliwy łącznotkankowego pochodzenia, posiadający zabarwienie mniej, lub więcej ciemne. Zabarwienie to zawdzięcza on tak zwanym chromatoforom, czyli melanoblastom; są to łącznotkankowe komórki, zawierające brunatny barwnik i znajdujące się normalnie w skórze oraz w oku. Kształt ich bywa rozmaity i obok melanoblastów wrzecionowatych, lub okrągłych, widzujemy postaci gwiazdiste z grubymi, sękatymi rozgałęzieniami. Od zwykłych komórek łącznotkankowych różnią się one nie tylko obecnością barwnika, ale także swymi rozmiarami i kształtem, są bowiem od nich znacznie większe i mocniej rozgałęzione, przyczem wypustki ich, w przeciwieństwie do cienkich, prostych wypustek zwykłych komórek łącznotkankowych, są grube i wstążkowate.

Zawarty w chromatoforach i, jak się zdaje, przez nie same wytwarzany barwnik, nosi nazwę melaniny. Ta ostatnia, w przeciwieństwie do hemosideryny żelaza nie zawiera, zawiera natomiast siarkę, co wskazuje na pochodzenie jej z ciał białkowych komórki. Od hemosideryny, pochodzącej np. z wylewów krwawych, łatwo ją odróżnić także i morfologicznie, gdyż podczas kiedy hemosideryna leży zazwyczaj w szczelinach łącznotkankowych, melanina znajduje się w samych komórkach.

Ilość chromatoforów, wchodzących w skład czarniaków, ulega wahaniom w szerokich b. granicach. Czarniaki, zbudowane z samych chromatoforów, należą do rzadkości i zazwyczaj obok tych ostatnich znajdujemy większe i mniejsze grupy komórek, pozbawionych barwnika. Siedliskiem czarniaków bywa skóra i przechodzące w nią błony śluzowe, oraz oko. Spotykane niekiedy czarniaki odbytnicy dają się objaśnić bliskością, obfitującą w chromatofory, skóry odbytu, tembardziej, iż wszelkie odsznurowania spotykają się najczęściej na granicy różnych tkanek, a więc tutaj na granicy skóry i błony śluzowej.

W naszym wypadku mamy do czynienia z guzem wielkości mniej więcej pomarańczy podstawa 6×6 , wysokość: 4, o powierzchni nierównej, barwy niejednolitej, obok miejsc szarych

widzimy mianowicie miejsca ciemno szyfrowe. Ciemne zabarwienie występuje szczególnie wyraźnie na przekroju. Badanie mikroskopowe guza wykazało, iż składa się on z licznych komórek łącznotkankowych oraz ze skąpej substancji międzykomórkowej. Komórki posiadają różne b. kształty i najrozmaitszą wielkość, tak iż obok komórek zupełnie drobnych znajdujemy komórki olbrzymie; opatrzone są one jednym, lub rzadziej paru jądrami; wiele z nich zawiera brunatny barwnik.

Rozmieszczenie tych komórek barwnikowych, tych „chromatoforów“ jest b. nierównomierne i podczas kiedy w jednych miejscach leżą one pojedynczo, porozrzucane między bezbarwnymi komórkami mięsaka, w innych tworzą one zwarte pola. Ze ściany kiszki widzimy na preparacie jedynie śluzówkę oraz mięśniową śluzówki. Gruczoły błony śluzowej zmian godnych uwagi nie wykazują. natomiast w tkance międzygruczołowej pojawiają się gdzieś tam komórki nowotworowe, zawierające barwnik. Bezpośrednio pod śluzówką znajdujemy wyłącznie już tylko tkankę nowotworową pod postacią wielkiego, niejednolicie zabarwionego pola.

[Autoreferat.]

G r u c z o l a k i w ł ó k n i s t e m a c i c y. Gruczolaki włókniste macicy, zwane zwykle krótko polipami macicy, stoją w tak ścisłym związku z przewlekłymi zapaleniami tego organu, iż przedewszystkiem o tych ostatnich powiedzieć musimy słów kilka. Rozróżniamy, jak wiadomo, *endometritis gland.* i *endom. interst.* *Endom. gland.* dzielimy jeszcze na *endom. gland. hypertroph.*, kiedy istniejące już gruczoły powiększają się, lecz nowe się nie tworzą i na *endom. gland. hyperplastica*, kiedy liczba gruczołów zostaje pomnożoną. Przy *endom. gland. hypertroph.* gruczoły stają się szersze i dłuższe, przyjmuje przebieg kręty; ściany ich wpuklają się niekiedy do światła gruczołu, tworząc małe brodawki. Przy *endom. gland. hyperplast.* nie tylko tworzą się nowe gruczoły, ale i istniejące już mocno się rozgałęziają, tak iż nieraz gruczoł leży przy gruczole, a tkanka międzygruczołowa redukuje się do minimum. Nie mamy tu do czynienia z właściwym zapaleniem, lecz jedynie z rozrostem gruczołów na skutek długotrwałych podrażnień, których źródła mogą być, jak wiadomo, najrozmaitsze. O *endom. interst.* mówimy wtedy, kiedy siedliskiem zmian jest przedewszystkiem tkanka międzygruczołowa: komórki tej ostatniej części ulegają pomnożeniu, części powiększeniu, stając się nawet niekiedy podobne do komórek decidualnych, w innych znów wypadkach komórki te przybierają kształt wrzecionowaty, substancya zaś

międzykomórkowa występuje obficie i nabiera charakteru włóknistego, skutkiem czego tkanka międzygruczołowa przeobraża się w zwykłą tkankę łączną, tracąc charakterystyczny swój wygląd („*cytogenes Gewebe*“); do zwykłych zjawisk, towarzyszących *endom. interst.* należy nacieczenie drobnokomórkowe; co się tyczy gruczołów, to ulegają one zanikowi w większym, lub mniejszym stopniu. Najczęściej mamy do czynienia z *endom. diffusa*, t. j. z kombinacją *endom. gland.* i *endom. interst.* Postać ta prowadzi do najmocniejszych rozrostów bł. śluz. macicy i przy tak zwanej *endom. fungosa* mamy właśnie pod mikroskopem obraz *endom. diffusa*. Tenże sam obraz znajdujemy i w polipach macicy, które zresztą nie są niczem innym jak ograniczonym rozrostem pojedynczych odcinków śluzówki. W ostatnich latach pojawiły się prace, które zachwiały naszymi dotychczasowymi pojęciami o endometritach. Na kongresie w Dreźnie w roku 1907 HITSCHMAN i ADLER przedstawili wyniki swych badań histologicznych nad endometritami. Na podstawie takowych doszli oni mianowicie do wniosku, iż obraz mikroskopowy *endom. gland. hypertroph.* nie jest wyrazem stanu chorobowego bł. śluzowej macicy, lecz obrazem najzupełniej fizyologicznym, właściwym jej w okresie pramenstrualnym (6—7 dni przed menstruacją). We wszystkich badanych przez siebie skrobankach, pochodzących z tego okresu, znaleźli oni właśnie obraz *endom. gland. hypertroph.* Co się tyczy *endom. gland. hyperplast.*, to uważają ją oni za stan patologiczny jedynie w wypadkach zmian chorobowych mięśnia macicznego (*myoma*) lub adneksów, odmawiając jej wszelkiego związku z procesami zapalnymi endometrium. Jedyną postacią chronicznego endometritu jest dla nich *endom. interst.*, dla rozpoznawania której żądają oni jednak nowego kryterium, obalając dawne, a mianowicie obecności komórek plazmatycznych. Badania nieco późniejsze, jak np. badania HENKL'a, (Z. Blat f. Gyn. 1909 — Februar. Prof. HENKEL) przeprowadzone na 300 skrobankach, potwierdziły wyniki HITSCHMAN'a i ADLER'a, co się tyczy obrazu *endom. gland. hypertroph.* bł. śluzowej macicy w okresie pramenstrualnym, ale jednocześnie skonstatowały, iż także po za tym okresem może się ona znajdować w stanie *endom. gland. hypertroph.* czy też *hyperplast* (choćby u kobiet w *climacterium*). Zresztą rozrostowi, lub pomnożeniu gruczołów towarzyszą często zmiany, nienależące bynajmniej do okresu pramenstrualnego, jak np. pojawienie się w bł. śluzowej liczniejszych, niż normalnie naczyń krwionośnych oraz pasem włóknistej tkanki łącznej biegnących tu i tam między gruczołami,

torbielowate rozszerzenie gruczołów. W obecnym stanie naszych wiadomości nie możemy zatem wykreślić *endom. gland.*, jako terminu, oznaczającego pewną postać chron. zapalenia bł. śluzowej macicy, a tylko musimy pamiętać, iż dla słusznego interpretowania obrazu mikroskopowego badanej przez nas skrobanki niezbędną nam jest znajomość daty menstruacji.

Po tym krótkim wstępie ogólnym możemy przejść do naszego wypadku. Jest to wypadek ciekawy tak z punktu widzenia klinicznego jak i anatomopatologicznego. Macica ogromna, wyjęta u młodej dziewczyny z powodu krwotoków. Na przekroju widzimy, iż tak ciało, jak i szyjka macicy wypełnione są polipowatymi guzami najrozmaitszej wielkości. Powierzchnia większości tych guzów pokryta jest drobnymi pęcherzykami. W celach badania mikroskopowego wycięliśmy dwa kawałki, jeden z nich wzięliśmy mianowicie z jednego z polipów, drugi zaś ze skąpej bł. śluzowej trzona między polipami. Preparaty, pochodzące z obu tych miejsc, przedstawiają się pod mikroskopem identycznie. Tak w jednym, jak i w drugim, widzimy mianowicie większe i mniejsze twory gruczołowe, rozmieszczone wśród twardej włóknistej tkanki łącznej. Twory te wysłane są prawidłowym nabłonkiem jednowarstwowym, niektóre z nich są torbielowato rozszerzone. Fakt, iż polipy tych rozmiarów, których nikt nie zawaha się prawdopodobnie zaliczyć już do nowotworów, budową swoją w niczem nie różnią się od znajdującej się w stanie chron. podrażnienia bł. śluzowej organu, jest wysoce pouczający, gdyż wskazuje nam on poglądowo jak b. zatartą jest granica między pewnymi postaciami zapalenia przewlekłego, a właściwymi nowotworami.

[Autoreferat].

Józef CZARKOWSKI odnośnie do przedstawionego przez kol. DUNIN-KARWICKĄ preparatu macicy wyjaśnia, że macicę wyjął drogą brzuszną u 22-letniej panny (*virgo intacta*). Przedoperacyjne badanie chorej wykazało powiększoną o gładkich ścianach, ruchomą macicę, sięgającą dnem poniżej pępka na 3 palce, a badanie przez pochwę ujawniło rozszerzony otwór zewnętrzny macicy i w niem sterzczący miękki, łatwo krwawiący guz.

Rozpoznano: *Myoma uteri submucosum*. W ostatnich dwóch latach chora cierpiała na częste i uporeczywe krwotoki. Pierwsza miesiączka w 15 roku życia. Żadnych chorób z wyjątkiem odry nie przechodziła.

Operację wykonano w uśpieniu chloroformem.

Po nacięciu od przodu macicy o gładkich i niezmiennych ścianach, w celu wyłuszczenia guza, przekonano się, że cała jama macicy wypełniona szeregiem guzów, przypominających polipy, lecz tak ściśle spojonych z mięszem macicy, że oddzielenie ich skończyło się li tylko na bezowocnej próbie. Wobec tego wykonano całkowite wycięcie macicy, przytem pochwę, otrzewną i powłoki zaszyto doszczętnie. Po dwóch tygodniach od dnia operacji chora wypisała się zdrową ze szpitala.

Preparat macicy, wyjętej u tak młodej osoby przedstawia się ciekawym ze strony klinicznej i anatomicznej.

[Autoreferat].

PASZKIEWICZ Ludwik przedstawił kilkanaście preparatów patologiczno - anatomicznych utrwalonych z zachowaniem barwy naturalnej według metod: MELNIKOW-RAZWEDENKOWA, KAISELING, PICKA. Metody te u nas są jeszcze mało znane, a to wskutek zupełnego braku przy szpitalach instytutów anatomii patologicznej.

Z pośród przedstawionych preparatów najwięcej uwagi zasługuje preparat guza przysadki mózgu. Pochodzi on od obserwowanego klinicznie przez kilku lekarzy warszawskich przypadku akromegalji, demonstrowanego parę lat temu w Towarzystwie przez kol. KOELICHEN'a.

W końcu r. z. chora B. przybyła na oddział D-ra Edwar-da ZIELIŃSKIEGO ze wszystkimi objawami, jakie spotykamy w typowych długotrwałych przypadkach akromegalji, a więc: z przerostem kości i części miękkich, na czaszce, na twarzy, na kiściach i stopach, jak to widać na załączonych fotografiach. Skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi. Głos niski i szorstki. Nadmierne pocenie. Wyłysienie pod pachami. Zupełna ślepotą. Przygnębienie umysłowe; bóle i zawroty głowy, niekiedy bezsenność.

Obok tego stwierdzono: guz (rak) szyi macicy, znaczne powiększenie (prerost) środkowego i lewego płatów gruczołu tarczowego, mięszowe chroniczne zapalenie nerek i guz przysadki mózgu, co widać na załączonej roentgenogramie. Śmierć nastąpiła wskutek włóknikowego zapalenia płuc. Badanie postmortalne potwierdziło rozpoznanie przyżyciowe we wszystkich szczegółach.

Na przecięciu sagitalnem (demonstracja), idącym przez podstawy czaszki, widać, że guz znajduje się w jamie czaszkowej na podstawie pod oponą twardą, okrywającą go szczelnie od góry i z boków. Dolna część bezpośrednio styka

się z kością klinową. Zatoka klinowa zredukowana do minimum. Granica między guzem i kością zatarta. Guz zajmuje miejsce siodła tureckiego, które, jak to widać na drugiej połowie czaszki odmacerowanej, jest znacznie rozszerzone na boki i ku tyłowi. Grzbiet siodła przedstawia się w postaci delikatnej, cieniuteńkiej blaszki. Powierzchnia siodła wyboista. Guz o formie więcej owalnej niż kulistej, wielkości dużego kurzego jaja, rozrósł się głównie ku górze i ku przodowi, przez co uciska znacznie spoidło wielkie mózgu i zwoje czołowe. Spoistość guza nadzwyczaj miękka, powierzchnia przekroju lśniąca, wilgotna, szaro-różowa z licznymi wyznaczynieniami, zajmującymi prawie $\frac{3}{4}$ guza.

Na oponie twardej z zewnętrznej strony guza siedzi okrakiem b. znacznie ścięczałe skrzyżowanie nerwów wzrokowych.

Na miejscu ciała szyszkowatego torbiel o cienkiej, zupełnie gładkiej ścianie.

Obrazy mikroskopowe guza są b. różnorodne. Na jednych skrawkach widać wyłącznie komórki okrągłe z wyraźnym bogatym w chromatynę jądrem, i całość przypomina mięsak, na innych zaś wśród małej ilości tych komórek widać duże ogniska tkanki łącznej bogatej w komórki trójkątne z wypustkami, przypominające komórki kory mózgowej, na innych wreszcie masy koloidalne leżące wolno wśród opisanych wyżej komórek, lub okolone jednowarstwowym spłaszczonym nabłonkiem.

Taka różnorodność obrazów drobnowidzowych jest dość charakterystyczną cechą guzów przysadki, a pochodzi stąd, jak twierdzą STRÜMPPELL i BENDA, który wprowadził specjalne utrwalanie i barwienie różniczkowe, że występuje tu parę procesów patologicznych, a mianowicie, najpierw przerost i rozrost gruczołowej części przysadki, a następnie mięsakowe z w y r o d n i e n i e jej. Przemawia też za tem twierdzeniem długotrwały przebieg tego rodzaju cierpienia, brak przerzutów i brak objawów ogólnych ze strony organizmu, jakie występują przy nowotworach złośliwych.

W danym przypadku trzeba się przyłączyć do zdania STRÜMPPELL'a i BENDY.

[Autoreferat].

F. MALINOWSKI przedstawił poniższy nader rzadki przypadek, który jest nadzwyczaj ciekawy ze względu na otrzymane szczegóły przy badaniu anatomo patologicznem, dające pewne światło na patogenezę cierpienia.

Dziecko 2 $\frac{1}{2}$ r. dobrze odżywiane, lecz z wyglądu anemiczne, cierpi od chwili urodzenia na pęcherze, które występują na całej powierzchni skóry i na widocznej powierzchni błony śluzowej jamy ustnej, a przede wszystkim na dłoniach i stopach, często bez żadnej widocznej przyczyny, a niekiedy skutkiem miejscowego podrażnienia. Cierpienie przebiega chronicznie bez podniesień temperatury. Pęcherze szybko się rozszerzają, przeważnie bez obwódki czerwonej, i w ciągu kilku godzin mogą osiągnąć wielkości orzecha laskowego, włoskiego i większej, są napięte, przezroczyste. Zawartość niekiedy po kilku dniach mętnieje lub staje się różową skutkiem przymieszki krwi. Po kilku dniach, a nawet po paru tygodniach pęcherze pękają i odsłaniają przykrytą naskórkiem skórę, na której poczynają się tworzyć nowe pęcherze, — skutkiem tego skóra stopniowo cieńszeje, marszczy się, a paznokcie podlegają zwyrodnieniu i z czasem zanikowi. Nikt w rodzinie nie jest dotknięty podobnym cierpieniem, skutkiem tego M. używa dla określenia nazwy jego nie dotychczas używanego *Cp. bullosa hereditaria*, a *Cp. b. congenita*.

Parokrotnie badano zawartość pęcherzy bakteryologicznie (na preparatach i pożywkach) i nie wykryto żadnych drobnoustrojów.

Badanie krwi wykazało: Hemogl. 65%, Erytr. 2.500.000, Leuk. 18.000. Pomędzy erytr. dość liczne jądrowe erytrocyty.

W hyperleukocytozie biorą udział 45% limf., 45% neutr. wielojądr. Resztę stanowią myelocyty w 5%, formy przejściowe i eozynofile (nadmiar).

Badania anatomo-patologiczne wykazały:

1) Nieznaczne objawy zapalne w brodawkach: nieznaczone rozszerzenie naczyń, pomnożenie jąder naokoło naczyń, obrzęk brodawek.

2) Zdała od pęcherzyka zbiera się w komórkach warstwy podstawowej naskórka płyn. W soplach nabłonkowych płyn zbiera się również u leżących nad warstwą podstawową komórkach koleczastych i nawet pomiędzy nimi.

3) Płyn, zbierając się w większej ilości w komórkach warstwy podstawowej i w komórkach pomiędzy komórkami sopli nabłonkowych, tworzy pęcherzyk pomiędzy naskórkiem i warstwą brodawkową skóry, — tylko resztki sopli nabłonkowych pozostają na dnie pęcherza.

Na mocy tych danych należy odrzucić następujące dotychczasowe hipotezy powstawania pęcherzy: *displasia vasorum* (KLEBS i BLUMER), luźny związek naskórka z tkanką łączną

(KÖBRES) lub nekrozę pierwotną części naskórka. Być może, iż na powstawanie stanu zapalnego wpływa oprócz nieznanych wewnętrznych przyczyn i wrodzona wrażliwość naczyń na czynniki zewnętrzne.

[Autoreferat].

Anastazy LANDAU demonstrował preparaty mikroskopowe wątroby i nerek królików normalnych oraz takich, u których za pomocą głodzenia lub wlewania kwasu solnego do żołądka wywołano zatrucie kwaśne. Przy demonstracyi L. powiedział, co następuje.

Punktów stycznych między anatomią patologiczną i chemią kliniczną jest dotąd niewiele. Z jednej strony stwierdzamy klinicznie wybitne zaburzenia funkcji i przemiany materji, jak to np. widzimy w moczówce cukrowej, a anatomopatolog na sekcji pomimo ciężkich zaburzeń w spalaniu cukru niejednokrotnie utrzymuje, iż zmian w narządach nie wykrył, z drugiej znów strony w marskości wątroby pomimo znacznych spustoszeń w jej mięszu ważniejsze funkcje, jak to wytwarzanie mocznika, tworzenie rozmaitych syntez wybitnym zmianom za życia nie ulegają. Jak więc widzimy, pomiędzy dwiema temi dziedzinami panuje duża jeszcze rozbieżność, a przyczyną jej jest brak metod, które z jednej strony pozwoliłyby anatomowi głębiej wniknąć w funkcję komórki, a klinicyście—ustalić poszczególne etapy t. zw. pośredniej przemiany materji.

Kwestya, którą obecnie w szeregu demonstracyi podnoszę, stoi właśnie na pograniczu między anatomią patologiczną i chemią i odnosi się do tematu, który dwukrotnie już z punktu widzenia chemicznego w Towarzystwie naszym podnosiłem. Mówię w danym razie o zatruciu kwaśnem, czyli o t. zw. acydozie. Brak czasu nie pozwala mi szerzej omówić objawów oraz istoty tego zjawiska, ograniczę się tylko do zaznaczenia, iż acydoza obchodzi klinycystów głównie przez wzgląd na cukrzycę. Znamienną bowiem cechą cukrzycy jest prócz niemożności spalania cukru nagromadzanie się w ustroju ciał acetonowych, które w większej ilości doprowadzić mogą do wybuchu śpiączki, uważanej obecnie za wynik zatrucia kwaśnego.

Badania doświadczalne nad acydozą mają właśnie na celu wyświetlenie mechanizmu tego niezmiernie ciekawego zjawiska. Droga tych doświadczeń zdołałem między innymi ustalić, iż mniej więcej połowa wytworzonych w ustroju lub wprowadzonych weń kwasów łączy się z białkiem narządów ew. komórek. Wówczas wniosek ten wyprowadziliśmy pośre-

dnio, drogą badania krwi, dziś zaś przytoczę dowody bezpośrednie. Jak Panom wiadomo, protoplazma komórek jest co do swego odczynu alkaliczną i dlatego barwi się barwnikami kwaśnym (eozyną), innemi słowy jest ona acydofilową. Jeżeli skutkiem acydozy w komórkach nagromadzi się pewna ilość produktów kwaśnych, to odczyn protoplazmy i jej zdolność barwienia ulegną zmianie. Jeżeli mianowicie wątrobę i nerki królików normalnych barwić będziemy obojętną mieszaniną eozyny i błękitu metyl., to zaródk barwi się jednolicie na kolor różowy z pewnym odcieniem fioletowym, natomiast u królików, u których za pomocą głodzenia lub wlewania kwasu solnego wywołaliśmy acydozę, zaródk zamiast różową staje się fioletową i stwierdzić się w niej dają liczne zabarwione na niebiesko ziarenka bazofilowe, które pierwszy opisał Mossz jako anatomo-patologiczny wyraz zatrucia kwaśnego. Podobny obraz otrzymać się daje przy barwieniu czerwienią obojętną, która jest odczynnikiem na produkty kwaśne i dlatego w warunkach normalnych barwi jądra na kolor czerwony, zaś protoplazmie nadaje ledwie widoczny odcień różowawy. Natomiast w zatruciu kwaśnem, zarówno pochodzenia endo—jak ekzogennicznego jesteśmy w stanie w protoplazmie stwierdzić liczne ziarenka bazofilowe, które barwią się, podobnie jak jądra, na kolor mocny czerwony. O znaczeniu ziarnistości bazofilowej mówić będziemy w innym miejscu.

[Autoreferat].

TRYJARSKI demonstruje preparat naczyniaka chłonnego gardzieli. Przypadek dotyczył chłopca lat 16, wątłej budowy. Uskarżał się na zatykanie w nosie oddawna. Badanie wykazało obecność dwóch guzów: jednego w nosie, zamykającego w zupełności lewy przewód nosowy w tylnej części i drugiego w gardzieli umiejscowionego na lewej bocznej ścianie, grubości palca, przechodzącego do jamy nosogardzielowej.

Kilkakrotnie wykonane próbne przekłucie guza w nosie wykazało obecność angiomat'u, badanie zaś mikroskopowe kawałków, wyciętych z guza gardzieli, stwierdziło lymphangiomat. Preparat był demonstrowany na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

[Autoreferat].

Kol. ROSENBERG przedstawił parę drobnowidzowych preparatów dokładnie ilustrujących zmiany anatomo-patologiczne przy chor. PAGEŃ'a i rzucających pewne światło na sam charakter cierpienia. Choroba ta po raz pierwszy była opisana przez PAGEŃ'a w 1874 r., jako chroniczne cierpienie skóry

brodawki sutkowej i areolae, kończące się zwykle rakiem. Była ona spostrzegana do tej pory w Anglii i Ameryce, rzadziej we Francji, jeszcze rzadziej w innych krajach Europy. Występuje u kobiet w okresie menopauzy albo przynajmniej po 40-ym roku życia; na wierzchołku lub też u podstawy brodawki tworzy się excoriatio pokrywająca się powierzchownym strupkiem, po zdrapaniu którego szybko narasta świeży; sprawa chorobowa szerzy się w kierunku obwodowym i wgłąb, tak że po pewnym czasie otrzymujemy ognisko, dochodzące do wielkości dłoni i wyżej, okrągłe, owalne lub też policykliczne, ściśle odgraniczone od zdrowej otaczającej skóry o brzegach nieco wzniesionych; powierzchnia ogniska bywa czerwona, suchą, pokrytą łuską i delikatnymi strupkami, lub też moknącą, gładką, nieraz delikatnie ziarnistą, przy dłuższym trwaniu cierpienia pergaminowo indurowaną; w środku ogniska na miejscu zanikłej brodawki znajdujemy lejkowate zagłębienie—lub też o gładkich niepodrytych brzegach owrzodzenie; po paru lub więcej latach rozwija się rak sutki z zajęciem gruczołów pachowych.

Chorobę PAGET'a wyjątkowo spostrzegano u mężczyzn: FOREST na sutce, CROCKER i WICKHAM na mosznie, PICK i TOMMASOLI na prąciu, DARIER i CONILAUD na kroczu i na mosznie, RAVOGLI na nosie i w prawym kącie oka. Przy badaniu drobnovidzowem znajdowano w pierwszym okresie zmiany w warstwie nabłonkowej, zdegenerowane formy komórek, podobne do spotykanych przy chor. DARIER'a i *molluscum contagiosum*—okrągłe jednolite ciała pozbawione jąder, które w swoim czasie DARIER, WICKHAM i inni uważali za protozoa—pasorzyty, wywołujące chor. PAGET'a, spostrzegano również liczne komórki wakuolizowane, w *corium* znajdowano nacieczenie zapalne, które składa się przeważnie z komórek plazmatycznych.

Rozwijający się w późniejszym okresie rak według EHRMAN'a niczem się nie różni od innych raków skóry:

Kol. R. przechodzi do spostrzeganych przez siebie przypadków. 1-y przypadek dotyczy 67-letniej J. D., u której cierpienie wystąpiło 2 lata temu. Na lewej sutce znajduje się ognisko nieprawidłowo owalnej formy, którego wymiar większy, idący w kierunku podłużnym ciała, dochodzi do 15 cm., wymiar zaś mniejszy do 12 cm., jest ono ściśle odgraniczone od zdrowej otaczającej skóry, o brzegach nieznacznie wzniesionych; powierzchnia jest pobawioną naskórka, czerwona, po części moknącą, gdzieś tam łatwo krwawiącą, miejscami wysepkowato pokrytą świeżym srebrzystym naskórkiem, pergaminowo indurowaną; w środku ogniska na miejscu za-

nikłej brodawki znajdujemy powierzchowne owrzodzenie o gładkich niepodrytych brzegach i dnie, pokrytem skąpą wydzieliną.

Trudniejszym do rozpoznania był przypadek 2-i.

Dotyczy on 70-letniej kobiety, u której cierpienie wystąpiło 4 lata temu. Obecnie w okolicy *genitalium* i *perinei* znajduje się ognisko, wielkości dużej dłoni, nieprawidłowo okrągłej formy, ściśle odgraniczone od zdrowej otaczającej skóry, o brzegach lekkowzniesionych; powierzchnia jest czerwoną, po części pozbawioną naskórka i cokolwiek moknącą, po części suchą i pokrytą wysepkowato białawym srebrzystym naskórkiem, miejscami spostrzegamy delikatną łuskę lub cienkie strupki; na lewej wardze dużej nacieczonej w górnej połowie znajdujemy dwa małe okrągławe owrzodzenia powierzchowne o gładkich brzegach. Rozpoznanie w tym przypadku nie było zbyt łatwym, już choćby z tego względu, że chor. PAGEŃ'a w okolicy *genitalium* należy do unikatów, po wykluczeniu jednak innych cierpień, które się mogły w pierwszej chwili nasunąć, jak pryszczycza lub *dermatitis*, i na zasadzie całego obrazu klinicznego i przebiegu, rozpoznał kol. R. chor. PAGEŃ'a, co też zostało potwierdzone przez badanie anatomo-patologiczne. Z 3-ch demonstrowanych preparatów 1-y przedstawia cięcie przez skórę wielkiej wargi w znacznej odległości od owrzodzenia; w warstwie rogowej znajdujemy nieco leukocytów, warstwa kolczasta jest prawie normalną, brodawki nacieczone, nacieczenie naokoło rozszerzonych naczyń i nieznaczne nacieczenie *corii*.

2-i preparat przedstawia cięcie przez skórę lewej dużej wargi sromnej w bezpośrednim otoczeniu owrzodzenia.

Komórki warstwy kolczastej i sopli nabłonkowych straciły swój prawidłowy układ, kształt i uległy rozmaitym zwyrodnieniom, znajdujemy komórki z ekscentrycznie położonym jądrem i liczne komórki wakuolizowane; właściwa skóra, przeważnie *pars papillaris* jest mocno nacieczoną.

3-i preparat przedstawia cięcie przez skórę owrzodziłą.

Tutaj widzimy strup, pokrywający dno owrzodzenia, dalej mocno nacieczone *corium*, a w *corium* i w tkance podskórnej liczne ogniska nabłonkowo-rakowate.

Widzimy więc, że przy chor. PAGEŃ'a główne zmiany występują w warstwie nabłonkowej, mianowicie komórki warstwy kolczastej i sopli nabłonkowych ulegają zwyrodnieniu, tracą swój normalny układ, swój kształt i nabierają cech anaplastycznych, o jakich mówi HUASEMAN. Dalej wskutek zapalnych zmian w skórze właściwej szczególnie w warstwie brodawkowej część ich zostaje oddzieloną od ogólnej masy. Dostają się one

w ten sposób w zupełnie obce dla siebie otoczenie i odmienne warunki odżywiania, co według teorii ROBERT'a zupełnie wystarczy, by odsznurowane komórki zaczęły bujać i by dały początek bujaniu nowotworowemu. Obrazy powyższe tłumaczą nam mechanizm powstawania raka przy chor. PAGER'a, niewyjaśnionymi pozostają jednak objawy zapalenia w skórze i stosunek ich do zmian w nabłonku; czyli niewyjaśnionem pozostaje pytanie, czy pierwotnie cierpi nabłonek a objawy zapalenia w skórze są wtórne, czy też odwrotnie, objawy zapalne powstają pierwotnie, a wtórnie dopiero komórki nabłonkowe ulegają anaplazji, odsznurowaniu, i dają początek rakom. Sądząc z pierwszego preparatu, na którym objawy zapalenia są wyraźne, a zmiany w nabłonkach żadne, możnaby zdaje się przypuszczać, że rak przy chor. PAGER'a rozwija się wtórnie na tle jakiego nieznanego nam dotychczas zapalenia.

[Autoreferat].

Kol. MORACZEWSKI ze Lwowa ogłosił odczyt o związkach indolu w ustroju ludzkim. Prelegent stoi na stanowisku, iż źródłem tych ciał nie jest wyłącznie gnicie białka w przewodzie pokarmowym, lecz na równi z BLUMENTAL'em i in. utrzymuje, iż indol powstaje także endogonicznie, z rozpadu białka. Na poparcie tego twierdzenia prelegent podaje wyniki swoich doświadczeń z tyreoidyną, która z jednej strony wzmaga rozpad N., z drugiej zaś wydajność indoksyłu z moczem i indolu z kałem. Z innych doświadczeń MORACZEWSKIEGO na uwagę zasługują te, w których autor usiłował ustalić wpływ diety oraz jakości pożywiania na ilość wydzielanego indolu. Okazało się, iż człowiek wydziela go najwięcej przy pożywianiu, obfitującym w tłuszcz, a najmniej przy diecie węglowodanowej; środek zajmuje dieta białkowa. W końcu prelegent zaznacza, iż ilość oznaczonego w kale i moczu indolu nie daje nam pojęcia o całkowitej jego produkcji, albowiem związki te w znacznym stopniu ulegają wesołaniu i następnie spalają się. Mor. przypuszcza, iż wybitną rolę w danym razie odgrywa wątroba, skóra spala indol prawdopodobnie tak samo, jak i ciała acetonowe.

[Autoreferat].

W dyskusji Anastazy LANDAU zwraca uwagę, iż spalanie się ciał acetonowych w wątrobie obecnie nie jest uważane za fakt bezsporny. Badania bowiem EMBDEN'a i jego współpracowników wykazały, iż wątroba jest środowiskiem, w którym ciała acetonowe nie spalają się, lecz przeciwnie zostają wytworzone. Z ogłoszonych przed paroma laty doświadczeń HALPERN'a i LANDAU'a wynika, iż o spalaniu ciał acetonowych w ustroju stanowią prze-

dewszystkiem mięśnie. Przedstawione przez prelegenta liczby, zdaniem LANDAU'a, nie są w stanie obalić panującego niemal powszechnie poglądu o wyłącznem wewnątrzkiшковem powstawaniu indolu, mimowoli bowiem nasuwa się myśl, iż rodzaj pożywiania musi wpływać na florę kiszki, a więc i na stopień gnicia białka w kiszki.

[Autoreferat].

J. M. JUDR. Pokaz rentgenogramatów z dziedziny badań nad gruźlicą płuc.

Badania te dokonane zostały w pracowni anatomo-patologicznej. Celem ich jest ocena wartości rozpoznawczej rentgenografii. Zestawiając wyniki sekcji z rezultatem zdjęć rentgenograficznych, otrzymać można właściwe kryterium.

Badania tego rodzaju jeszcze nigdzie dokonywane nie były. Dzięki pomocy doktora Dmoshowskiego mogłem zbadać już około 50 trupów.

Zanim praca ukończoną będzie całkowicie, mam zaszczyt przedstawić niektóre przypadki typowe.

1) Mężczyzna l. 28. *Tuberculosis pulmonum*. Rozpadowa forma gruźlicy. U szczytu lewego płuca ogromna kawerna, otoczona mniejszemi. U szczytu płuca prawego również kawerna.

2) Mężczyzna l. 27. *Tuberculosis pulmonis dextrae ulcerosa*. W płacie górnym mnóstwo kawern gruźliczych, w dolnym płacie *pneumonia caseosa*.

3) Kobieta l. 16. *Tuberculosis pulmonum incipiens*. U szczytów maleńkie ograniczone ogniska mas serowatych z domieszką złogów wapiennych. Gruczoły wnek zwapniałe.

4) Mężczyzna l. 68. *Tuberculosis pulmonum*. U szczytu płuca lewego kawerna rozmiarów jaja gęsiego. Poniżej mnóstwo ognisk gruźliczych. Gruczoły wneki miękkie, lecz powiększone.

5) Pokaz płuca gruźliczego lewego, na którym uwidoczony jest *sulcus lobaris pulmonis* oraz *pneumothorax*.

6) Pokaz *bronchiectasiae*.

7) Dziewczyna l. 15. *Tuberculosis pulmonum miliaris*.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes Gabszewicz.

Pom. sekretarza Wilczyński.

Posiedzenie kliniczne dnia 20 kwietnia 1909 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 48.

Przewodniczący Prezes *A. Gabszewicz*.

- T r e ś ć:**
- 1) **KARWACKI:** Demonstracja: 3 przypadki zapalenia opon mózgordzeniowych.
 - 2) **TUCHENDLER i GRUNDZACH:** Demonstracja: Przypadek nowotworu złośliwego, zdiagnozowanego drogą wziernikowania.
 - 2) **OTTO:** Wpływ nikotyny na zasadowość krwi.
 - 4) **RÓBIN:** O wartości rozpoznawczo leczniczej metody **SCHMIDT'a** w cierpieniach kiszek.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadomił, że kolega **LÖWENSZTEIN** podał się na członka czynnego Towarzystwa lekarskiego.

III. Sekretarz stały **SOKOŁOWSKI** zawiadamia, że na ręce jego złożono rb. 500 na potrzeby Pracowni przy Towarzystwie Lekarskim. Zebrani za pośrednictwem Sekretarza stałego składają podziękowanie Ofiarodawcy.

KARWACKI pokazał trzy preparaty ropy z zapaleń opon mózgowych. W pierwszym przypadku wystąpiło zapalenie opon u chorego z *gonitis tbc* po wstrzyknięciu do stawu zawiesiny jodoformowej. Płyn mózgo-rdzeniowy przezroczysty. W osadzie 60% wielojądrowych, brak laseczników **Koch'a** i grube zaokrąglone na końcach laseczki.

W drugim przypadku u dziecka obciążonego dziedzicznie i skrofulicznego wystąpiły objawy zapalenia opon, przedstawiające się klinicznie jako sprawa gruźlicza. Płyn mózgo-rdzeniowy przezroczysty. Osad bardzo skąpy zawiera nieliczne leukocyty wielojądrowe i bardzo dużo ziarników. Laseczników **Koch'a** brak.

W trzecim przypadku płyn mózgo-rdzeniowy wyraźnie ropny zawiera dwoinki TALEMAN-FRÄNKEL'a.

Na zakończenie kol. KARWACKI zaznacza różnorodność bakteriologiczną spraw oponowych i wartość badania przyczynowego dla leczenia tych spraw.

[Autoreferat].

Antoni TUCHENDLER i GRUNDZACH Ignacy przedstawiają chorego z nowotworem złośliwym odbytnicy. GRUNDZACH rozpoznał u chorego raka odbytnicy, dla uzupełnienia swego rozpoznania skierował go T. dla rektoskopii. Drogą wziernikowania odbytnicy T. potwierdza rozpoznanie postawione przez kol. GRUNDZACH'a i pokazuje obecnym na posiedzeniu kolegom obraz wziernikowy u tego chorego. We wzierniku widać wyraźnie zupełnie w odległości 5 ctm. od otworu stolcowego powierzchnię wewnętrzną kiszki wrzodziejącą—kraterowatą, ściany kiszki nacieczone, nie bardzo jednak zgrubiałe, bo światło kiszki nie zwężone. W pierwszych stadyach sprawy rakowatej kiszki często mamy do czynienia z takim nacieczeniem płaskim, które może nie być charakterystycznie twardym—może nie wystawać do światła kiszki i dlatego nie dawać objawu zwężenia. Dolegliwości chorego, jak to i w danym przypadku miało miejsce, zależeć mogą jedynie od sprawy czysto miejscowej (kataralnej - zapalnej), towarzyszącej sprawie nowotworowej.

Z okazji tego przypadku i poprzednio demonstrowanych, T., chcąc zapoznać kolegów z Rekto-romanoskopią jako metodą mało znaną i mało rozpowszechnioną, zwraca uwagę na jej wartość w rozpoznawaniu spraw chorobowych odbytnicy i kiszki esowatej. Drogą wziernikowania całego dolnego odcinka kiszki od otworu stolcowego aż do *Inflexio Romana* tj. do 35 ctm. rozpoznawać możemy: primo najwyżej w odbytnicy usadowione sprawy chorobowe, następnie sprawy kiszki esowatej, a sprawy nisko w odbytnicy położone, choć i dla innych metod badania dostępne, rozpoznawać możemy wcześniej, co szczególnie w przypadkach raka odbytnicy przedstawia dużą wartość. Im wcześniej potrafimy rozpoznać raka odbytnicy, tem lepsze rezultaty otrzymamy drogą operacji. W końcu T. zwraca uwagę, że ze wszystkich metod badania odbytnicy wziernikowanie jej daje rezultaty najpewniejsze. A powracając do sprawy rozpoznawania raka odbytnicy nadmienia, że wywiady i badanie kału dostarczyć mogą nam danych, które krytycznie spożytkowane naprowadzić nas mogą na właściwą myśl o raku; nigdy jednak na ich zasadzie

nie postawimy rozpoznania, tembardziej w początku sprawy. Palpacja daje wyniki pewniejsze, ale za to ograniczone. Wszak palcem dojść możemy w odbytnicy najwyżej do 9 — 10 ctm. Z tej to racji T. uważa, że w każdym podejrzanym na raka przypadku sprawy chorobowej dolnego odcinka kiszek należy nie zadawać się badaniem palcem, a drogą wziernikowania zbadać odbytnicę, a jeśli wypadnie i kiszkę esowatą.

[Autoreferat].

Otto wygłosił odczyt: „Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi“. We wstępie prelegent omawia w krótkości różne metody określania alkaliczności krwi i ostatecznie zatrzymuje się na metodzie miareczkowania krwi zlakowanej (Zuntz-Loewy): Alkaliczność osocza określano metodą KRAUSEGO; alkaliczność krążków białkową i mineralną wyliczano z formuły braci BLEIBTREU, określwszy wpierw N osocza całkowitego i rozcieńczonego, a także N krwi całkowitej. Oznaczano także alkaliczność, reprezentowaną przez białko krążków i osocza (RZĘTKOWSKI). Zestawienie wszystkich cyfrowych danych, zrobiono podług metody A. LANDAU. Dla porównania rezultatów zmian we krwi po nikotynie zrobiono wpierw kilkanaście badań na królikach normalnych i zestawiono cyfry podług szematu A. LANDAU. Co do badań doświadczalnych, to wykonał je prelegent na królikach wstrzykując przez 10 miesięcy do żył rozczyń nikotyny początkowo 1:10000 fizyolog. rozczyń NaCl i stopniowo zmniejszał dawkę aż do 1:1000. Zastrzykiwania robiono co drugi dzień, a wstrzymywano na kilka dni, o ile zwierzęta traciły na wadze. Krew wypuszczano na parownicę, na której uprzednio rozłożono cienką warstwę obojętnego szczawianu sodu. Krew miareczkowano $\frac{n}{20}$ H₂SO₄, używając jako indykator papierek lakmoidowy. Okazało się, że ogólna alkaliczność krwi jest znacznie obniżona w chronicznym zatruciu nikotyną, przyczem głównie obniża się alkaliczność białkowa, natomiast alkaliczność mineralna bardzo nieznacznie. Co do alkaliczności białkowej osocza i krążków, to obniża się przeważnie alkaliczność białkowa krążków, osocza zaś b. nieznacznie; wzajemny jednak stosunek obu tych alkaliczności, w porównaniu z normą, pozostaje bez zmiany.

Anastazy LANDAU zaznacza, iż odczyt kol. OTTA stawia go w położeniu nadzwyczaj trudnem i drażliwem, ale mimo to L. uważa za właściwe zwrócić uwagę na dwie okoliczności. Przedewszystkiem część ogólna odczytu, wstęp, w którym prelegent

omawia metody oznaczania alkaliczności krwi, oraz ich wartość, jest z nader nieznacznymi zmianami wypożyczony z dwóch prac L. o alkaliczności krwi i acydozie. Kol. Otto do tego stopnia trzymał się prac LANDAUA, że nawet omyłka zecerska, która przeoczoną została w pierwszej pracy L., weszła do odczytu kol. O. podaje on bowiem, iż stosował dla oznaczenia stosunku osocza do krążków metodę braci BLEIBTZEN, kiedy powinno być BLEIBTREU. (L. korekty tej pracy nie robił, gdyż był wówczas na wojnie; błąd ten w następnej pracy L. został poprawiony. Dopisek referenta).

Następnie L. zaznacza, iż kol. Otto w odczycie swym nie wspomniał, iż ogólna metodyka badania alkaliczności krwi, jaką prelegent w swych doświadczeniach się posiłkował, zastosowaną została poraz pierwszy przez L.

Odpowiadając LANDAUOWI, prelegent zaznacza, że metodę badań nie uważa za swoją, lecz nie wziął ją z pracy A. LANDAU, o czym tenże wiedział od prelegenta w dniu 6/IV na posiedzeniu demonstracyjnym, że jednak więcej jej nie akcentował wynika stąd, że kol. A. LANDAU wygłosił te prace w tejże sali i wobec tychże słuchaczy, a więc metoda równie jak i prace, były wszystkim znane. Co do błędnego cytowania nazwiska braci BLEIBTREU, prelegent zaznacza, że u RZĘTKOWSKIEGO spotykał braci BLEIBTREU, również jak u CONSTEINA i innych autorów; sądził jednak, że kol. A. LANDAU cytuje prawidłowo nazwiska, tem bardziej, że odbitkę, z której zaczerpnięto tę wiadomość, otrzymał prelegent od jej autora (A. LANDAU), należało więc błędy poprawić samemu, lub też je wskazać. Co do ustępu, który A. LANDAU uważa za wzięty całkowicie z jego prac, prelegent zaznacza, że podobieństwo wynika prawdopodobnie z tego, że A. LANDAU i prelegent posługiwali się temi samymi podręcznikami. Jeżeli zaś jest i coś wzięte od niego, to autora zacytowano.

W odpowiedzi kol. Otto L. dodaje, iż wyżej wspomnianych zarzutów nie stawiałby prelegentowi, gdyby ten w odczycie swym, jak należało, zaznaczył, iż ogólna część odczytu oraz metodyka badań zapożyczone zostały z prac LANDAUA.

Autoreferat.

RÓBIN wygłosił rzecz pod tytułem „O znaczeniu rozpoznawczo-leczniczym diety próbnej SCHMIDT'a w cierpieniach kiszek“.

Przy rozpoznawaniu i leczeniu chorób kiszek, dalecy jeszcze jesteśmy do naukowej ścisłości, gdyż posiadamy mało ściśle naukowych sposobów rozpoznawczych, i wskutek tego kierujemy się

szablonem. Badanie chemiczno-mikroskopowe kału, na ogół nie rozwiązuje trudności, bo nie daje odpowiedzi co do zachowywania się śluzówki kiszek w stosunku do poszczególnych składników pokarmowych, a często nawet w błąd wprowadza. Jedynie racjonalną jest w tym celu metoda czynnościowa, t. j. podawanie „dyety próbnej“, przy pomocy której możemy ustalić trawienie prawidłowe, a zatem i patologiczne.

Taką dyetę próbną, odpowiadającą teoretycznym wymaganiom co do ilości ciepłostek, wprowadził przed kilkoma laty SCHMIDT. Dyeta próbna SCHMIDTA jest następująca: a) rano— $\frac{1}{2}$ litra mleka i 50,0 biszkoptów; b) w południe — pół litra kleiku; c) popołudniu — 125,0 mięsa wołowego i 250,0 puré z kartofli; d) jak a); i e) jak b). Zawiera 102,0 białka, 111,9 tłuszczu i 191,0 węglowodanów. Dyetę tę stosujemy w ciągu 3 dni, przy czym badamy codziennie kał makro- i mikroskopowo, wykonujemy odczyny mikrochemiczne (z kw. octowym, z jodem) i próby: „sublimatową“ i „fermentacyjną“. Technika badania, przy pewnej wprawie, jest łatwa.

R. oznajmił się z powyższą metodą przed 4 laty w pracowni SCHMIDTA w Dreźnie, i od tego czasu stosował ją w 42 przypadkach, starając się ocenić jej wartość praktyczną, rozpoznawczo-leczniczą.

R. podaje kilka ze spostrzeganych przypadków, w których tylko dzięki dyecie próbnej SCHMIDTA udało się rozpoznać cierpienie, do tego czasu nie rozpoznane, lub rozpoznane błędnie (np. brak HCl w żołądku—na zasadzie obecności tkanki łącznej w kale t. zw. „niestrawność fermentacyjną“ kiszek—„Gärungsdyspepsie“—na zasadzie obecności znacznej ilości węglowodanów w kale, nerwice kiszek—na zasadzie prawidłowego zachowywania się składników pokarmowych w kale, niedokładne trawienie mięsa, tłuszczu i t. d.)

Dzięki wykrytym w ten sposób przyczynom cierpienia w każdym poszczególnym przypadku, rozpoznanie, a zatem i leczenie może być postawione na bardziej racjonalnej podstawie

Zdaniem R. metoda SCHMIDTA pozwala rozpoznawać t. zw. „gastrogene Diarrhoe“, t. j. biegunki pochodzenia żołądkowego, które stanowią dość częste zjawisko w patologii kiszek; dalej wyłącznie tej metodzie badania zawdzięczamy poznanie nowej postaci chorobowej, dotąd zupełnie nieznannej, mianowicie „Gärungsdyspepsie“, t. j. niesprawności kiszek, zależnej od utraty zdolności przyswajania węglowodanów; wreszcie tylko metoda SCHMIDTA pozwala z pewnością rozpoznawać nerwice kiszek, w których różnorodne objawy kliniczne skłaniają nas do rozpozna-

wania nieżyttów i t. d., gdy dyeta próbna niewątpliwie wykazuje w tych razach zupełnie prawidłowe trawienie.

R. roztrząsa zarzuty, stawiane tej metodzie przez różnych autorów (PHILIPPSON'a, BASCH'a i innych) i uważa je za niepoważne. „Próba mięsna“ STRAUSSA i „próba z perełkami“ EINHORNA nie wytrzymują porównania z metodą SCHMIDTA, gdyż nie wyjaśniają nam zupełnie sprawności kiszek.

R. sądzi zatem, że w każdym przewlekłym przypadku cierpienia kiszek winniśmy stosować dyetę próbną SCHMIDTA, która ma tu znaczenie dwojakie: a) rozpoznawcze i b) lecznicze (pozwala bowiem przepisywać odpowiednią dla każdego przypadku dyetę).

Obecnie przepisujemy chorym dyetę zupełnie szablonowo, tymczasem każdy przypadek wymaga ściślejszej indywidualizacji.

T. zw. „dyety uproszczonej“, podanej w ostatnim czasie przez SCHMIDTA, R. nie poleca, gdyż jest bardziej dowolna, a zatem wyniki nie są tak ściśle, jak przy stosowaniu całkowitej, nieuproszczonej dyety.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Gabszewicz.*

Pom. sekretarza *T. Wilczyński.*

Posiedzenie kliniczne dnia 27 Kwietnia 1909 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 55 oraz gość 1.

Przewodniczący prezes *Gabszewicz*.

T r e ś ć: 1) **KARWACKI:** Demonstracja: Zakażenie krętkowe (*Spirochaetosis Obermeyeri*) u myszy białej.
2) **BYCHOWSKI:** Rozpoznawanie i chirurgiczne leczenie nowotworów przysadki mózgowej (z pokazem chorych).

Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

Prezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa kolegę **KOPCIA** oraz wręczył dyplom na członka honorowego Towarzystwa Lekarskiego koledze **MAJKOWSKIEMU**.

Prezes podaje pod głosowanie dwa wnioski komitetu konkursowego imienia **KOCZOROWSKIEGO** o wprowadzenie do regulaminu następujących dwóch projektów: 1) Tematy nieużyte w danym roku mogą być powtórzone na następny rok, według uznania komitetu w każdym poszczególnym przypadku za ewentualnem zatwierdzeniem przez Towarzystwo; 2) Każdy członek Towarzystwa ma prawo podawać tematy na konkurs imienia **KOCZOROWSKIEGO** za pośrednictwem komitetu; zgłaszać je należy na ręce Wice-prezesa, nie później niż 1-go kwietnia.

Oba wnioski przyjęto.

Wice-prezes **HEWELKE** odczytał tematy na konkurs imienia **KOCZOROWSKIEGO** na rok 1909, proponowane przez komitet konkursowy.

KARWACKI demonstrował preparat krwi białej myszki z krętkami **OBERMEIER'a**. Po omówieniu prac **UHLNHUTH'a** i **HAENDEL'a**, **RABINOWICZA** prelegent omówił szczegółowo swoje doświadczenia. W jednym przypadku po wstrzyknięciu 1 cm.sz. surowicy chorego z krętkami do otrzewny myszki białej, wystąpiło zakażenie krętkowe, trwające 3 dni. Nawrotów nie było. Mysz pozostała przy życiu. Przeniesienie krętków „mysich” na drugą mysz nie powiodła się. Poza krętkami prelegent znalazł we krwi ziarna, owalne grube laseczki i formy cygarowate, na które zwracał już uwagę w swych poprzednich pracach.

[Autoreferat]

BYCHOWSKI demonstrowuje 1) 17-letnią pannę, u której przed 2 laty wystąpiły bóle głowy, a przed rokiem postępujące osła-

bienie wzroku. Badanie obiektywne wykazało objawy wzmoczonego wewnątrz-czaszkowego ciśnienia *bitemporalis hemianopsia* (lewym okiem rozróżniała tylko palce, a w prawym siła widzenia $\frac{1}{8}$), niedorozwój płciowy, nadmierne tycie i zniszczenie (na roentgenogramie) siodła tureckiego. B. rozpoznał guz przysadki. Chora została operowana przez nos przez prof. EISELSBERGA w Wiedniu, który znalazł torbiel wielkości mniej więcej włoskiego orzecha. Pierwszy tydzień po operacji chora miała się dobrze, potem wystąpiły objawy meningealne, które trwały przeszło miesiąc. Obecnie chora się czuje zupełnie dobrze. W prawym oku ma całe prawie pole widzenia z siłą wzroku $\frac{2}{3}$, w lewym też znaczna poprawa z siłą widzenia $\frac{1}{8}$. Kosmetyczny efekt też nie wiele pozostawia do życzenia.

2) 42-letnią kobietę z bitemporalną hemianopsją i silnym osłabieniem wzroku, z niewielkim powiększeniem twarzy i języka; wybitnym powiększeniem siodła tureckiego. Osoba ta w 36 r. zaprzestała menstruować i uskarża się na bóle głowy od 4-ch lat i ogólne osłabienie. B. rozpoznaje rozpoczynającą się akromegalię w zależności od guza przysadki mózgowej.

3) 19-let. otyłego chłopca o dzieciennym wyglądzie bez zarostu z niedorozwiniętymi narządami płciowymi, dotkniętego bólem głowy, ogólną apatią i słabym rozwojem umysłowym. Roentgenogram i tu wykazuje zmiany w siodle tureckim co wskazuje na powiększenie przysadki. Brak objawów ocznych tłómaczy się tem, że wejście do siodła nie zostało tu zniszczonem, a tylko same siodło jest rozsadzone, co dowodzi, że przysadka rośnie na dół, niema więc ucisku na *chiasma*.

B. omawia naukę o gruczołach o wewnętrznej sekrecyi, do których i przysadka niezawodnie należy, przytacza fakta świadczące o istnieniu jakiejś korelacji między gruczołami rozrodczymi i przysadką, patogenetyczną rolę powiększenia przysadki przy akromegalii i przychodzi do wniosku, że pomimo jeszcze wielu luk w odnośnej naszej wiedzy, można jednakże przypuścić, że przysadka odgrywa wybitną rolę troficzną w gospodarce ustroju, co zresztą dowodzą i wyniki kliniczne, które otrzymuje się po usunięciu nowotworów przysadki, które są wielce zachęcające. B. zwraca dalej uwagę, że dokładne badanie pola widzenia u odnośnych chorych może naprowadzić na istotne rozpoznanie we wczesnych już względnie okresach. Na końcu B. posiłkując się roentgenogramami omawia rozmaite zmiany, które mogą zachodzić przy powiększeniu przysadki w siodle tureckim i jakie z tego wynikają kliniczne wskazania do wczesnego rozpoznania powiększenia przysadki.

[Autoreferat].

W odpowiedzi KOPCZYŃSKIEMU B. potwierdza ważność dokładnego zbadania nosa przed operacją, co też nie ominął uczynić u swojej pacjentki.

W dyskusji KOPCZYŃSKI STANISŁAW podnosił, iż przyczynowość związku pomiędzy zmianami w przysadce mózgu a akromegalią nie jest bezwzględnie dowiedziona, nie można też tu wykluczyć współrzędności objawowej. Na dowód przytacza K. dwa własne przypadki.

a) SZYMCZUK lat 22, garbarz, przedstawiony już raz w Towarzystwie przed 2 laty, a obecnie powtórnie, z nadzwyczaj wybitnymi objawami akromegalii: rozrost skóry i tkanki podskórnej na czole i na części uwłosionej czaszki, całe czoło grubo pofałdowane, nos wybitnie rozrośnięty tak w części kostnej, jak w części mięsistej, dolna szczęka normalna, wybitny rozrost kończyn górnych kiści i przedramion, i kończyn dolnych (stóp i goleni) tak kości jak i części miękkich, silne prężenie się żył, na czole i na dłoniach. Na szczególną uwagę zasługuje brak jakichkolwiek objawów mózgowych: brak bólów głowy, nudności, wymiotów, a specjalnie brak wszelkich zaburzeń ze strony wzroku, tak subiektywnych, jak obiektywnych. Rentgenogram również nie dał danych pozytywnych;

b) Przypadek sekcyjny, pochodzący od chorej ze szpitala Ś-go Ducha, która za życia przedstawiała objawy depresji psychicznej (nawet rzuciła się z balkonu 1 piętra jednak bez szczególnych następstw) zaburzeń wzroku o charakterze nieokreślonym (stan psychiczny utrudniał badania, amblyopia?) i *diabetes insipidus* (mocz o ciężarze właściwym 1001, 6 litrów na dobę). Oprócz zaburzeń wzroku, żadnych objawów ogniskowych mózgowych u chorej nie stwierdzono. Żadnych dystroficznych objawów akromegalii chora również nie wykazywała. Sekcja (prof. PRZEWOŚKI) wykazała nowotwór przysadki, uciskający na skrzyżowanie nerwów wzrokowych, nowotwór ten był wielkości orzecha włoskiego, rósł ku górze i ku dołowi, nosił charakter torbieli dermoidalnej.

W pierwszym przypadku mamy do czynienia z bardzo wybitną akromegalią bez dostrzegalnych zmian w przysadce mózgowej, w drugim widzimy nowotwór przysadki bez jakichkolwiek dystroficznych objawów, właściwych akromegalii.

Co się tyczy operowania metodą EJSLSBERGA, to K. zwraca uwagę chirurgów, iż wszelkie ropienie w nosie i w sąsiednich zatokach stanowi przeciwwskazanie do tej operacji. EJSLSBERG stracił z tego powodu jeden przypadek akromegalii, wskutek następnego ropnego zapalenia opon mózgowych.

K. powołuje się na artykuł francuskiego autora, ogłoszony w ostatnim numerze *Revue Neurologique*, o pomyślnym wyniku leczenia akremegalii drogą naświetlania przez gardziel okolicy przysadki. K. zamierza to zastosować u swego chorego.

[Sprawozdanie własne]

KRYŃSKI. Usiłowania ostatniego dziesiątka lat w celu wyjaśnienia czynnościowej strony przysadki mózgowej nie dały dotychczas wyników rozstrzygających. Droga doświadczalna tych badań poniekąd zawiodła; więcej światła rzuciły nam spostrzeżenia kliniczne wraz z wynikami sekcijnymi, które zdają się ustalać związek przyczynowy pomiędzy funkcją przysadki a akromegalią. Nowy nader ważny krok naprzód stanowią najnowsze zdobycze chirurgii mózgowej. Wyniki pomyślne operacji nowotworów przysadki (HOCHENEGG i EISELSBERG), o których mówił prelegent, stają się najbardziej przekonujące *experimentum in vivo*. Te jednak przypadki, gdzie znaleziono (na sekcji) guz przysadki przy braku objawów akromegalii, staną się zrozumiałe, jeżeli uprzytomnimy sobie budowę histologiczną tego narządu. Składa się on z dwóch części: gruczołowej, której nabłonki pełnią ową czynność wydzielniczą, i nerwową; zależnie więc od tego, która z nich jest siedliskiem sprawy patologicznej — nowotworu, występują lub nie w ustroju objawy, będące następstwem nadmiaru czy też braku owej wydzieliny.

Potwierdzenie tego dają przypadki operowane pomyślnie, w których usunięcie guza hypophyseas wpłynęło na ustąpienie objawów akromegalii; badanie mikroskopowe nowotworu wykazało tam budowę gruczolaka. — Przed laty dziesięciu prowadził KRYŃSKI w ciągu lat paru doświadczenia w pracowni fizjologicznej prof. CYBULSKIEGO nad usuwaniem przysadki mózgowej u psów. Większość zwierząt w następstwie operacji ginęła; natomiast, rzecz bardzo ciekawa, iż u pozostałych przy życiu później na sekcji stwierdzić było można prawie zawsze obecność choć małej części przysadki, która podczas doświadczenia nie została usunięta w zupełności.

Co się tyczy dostępu do tego narządu, to w rzeczonych doświadczeniach KR. obrał sobie drogę od strony stropu gardła poprzez podstawę czaszki: po odpowiednim udostępnieniu pola operacyjnego wycinał specjalnym trepanem otwór okrągły w kości podstawy czaszki, przez który kleszczykami lub żegadłem PAQUELINA usuwał przysadkę.

Rzecz prosta, że operując na tak małym terenie i w takiej głębokości nie zawsze udawało się usunąć narząd cały, jak to wspomniano już powyżej, co zwykle rozstrzygająco wpływało na

losy zwierzęcia. Tej drogi operacyjnej u ludzi dotychczas nie stosowano; byłaby ona niewątpliwie mniej dogodną, niż u psów, gdzie z jednej strony budowa jamy gardłowej, z drugiej brak zasok kości klinowej ułatwiają w tym kierunku dostanie się do podstawy mózgu.

W tych kilku dotąd operowanych przypadkach chirurgowie torowali sobie drogę od strony podstawy nosa poprzez kość sitową i ścianę zatok czołowych, co w rezultacie daje dostęp bardzo ograniczony i ciemny. Czy uda się nam stworzyć drogę lepszą — rzecz to niedalekiej prawdopodobnie przyszłości, za leżna przedewszystkiem od większej liczby odpowiednich do tej operacji przypadków chorobowych, których dostarczenie do operowania u nas winno leżeć na sercu naszym neuropatologom.

KARCZEWSKI Adam omawia szczegółowo technikę operacyjną przy nowotworach przysadki mózgu. Do tej pory znane są cztery drogi operacyjne: 1) przez kość skroniową (HORSLEY). 2) przez zatokę czołową, 3) z odchyleniem nosa przez kość sitową, 4) przez podniebienie miękie.

Najwięcej praktykowany obecnie jest sposób trzeci, a mianowicie przez odchylenie nosa przez kość sitową, zmodyfikowany przez HOEBENEGER'a przez dodanie cięcia wzdłuż brwi.

Operacja technicznie nie przedstawia nic trudnego. Pierwsza część operacji tj. do chwili dotarcia do przysadki nie nastrocza zbyt trudności, w drugiej części zabiegu, gdy przez niewielki otwór w kości wyczerpujemy ostrą łyżeczką nowotwór, robimy na ślepo i nigdy nie mamy kontroli, czy nowotwór został w całości usunięty i czy nie naruszyliśmy samej istoty mózgu lub nerwów. Wynik operacyjny zależy jest przedewszystkiem od wielkości i charakteru samej sprawy chorobowej, wobec czego mówca nie uważa za właściwe skierowywanie tego rodzaju pacjentów do chirurgów zagranicznych.

HIGIER dowodzi na przypadkach własnych, w części demonstrowanych w Sekcji Neurologicznej, że stałość zmian troficznych przy chorobach przysadki jest dość wątpliwą.

Pseudoacromegalia nazywa on te właśnie przypadki, w których brak wszelkich zbożeń natury odżywczej, a *hemianopsia bitemporalis*, *atrophia descendens n. optici* a czasem i objawy uciskowe przemawiają z wszelką pewnością za chorobą przysadki. Przypadki te tłumaczą się prawdopodobnie tem, że czasem dotkniętą jest gruczołowa część przysadki, czasem odcinek, nie wspólnego z wydzielaniem wewnętrznym nie mający. Wogóle korelacja histogenetyczna i histochemiczna gruczołów z sekrecją wewnętrzną jeszcze nie są dokładnie zbadane. Tyle jednak już stwierdzono przy doświadczeniach nad zwierzętami,

że uszkodzenie lub zniszczenie jednego gruczolu wywołuje przerost zastępczy drugiego (jajnik, przysadka mózgowa, nadnercza, grasicca, *glandulae parathyreoideae*).

Co się tycze samej operacji, HIGIER nie znajduje dokładnych wskazówek, jak wydobyto te 2 łyżeczki płynu, czy w samej rzeczy z *cystis hypophysis*, której po ciemku nikt chyba nie widział jako takiej. Przy sposobności HIGIER zwraca uwagę na metodę HIRSCH'a, niedawno demonstrowaną w Wiedniu usunięcia przysadki mózgowej drogą nosową. Pod kokainą na pierwszym posiedzeniu usuwa się muszlę średnią, na drugim oczyszcza się drogę przez przednią i tylną część kości sitowej.

Na ostatniem posiedzeniu również pod kokainą usuwamy przednią część *ossis sphenoidalis* i, otworzywszy t. zw. wzgórek przysadki i otaczającą oponę twardą, znajdujemy się *loco morbi*.

CIECHOMSKI zaznacza, że o ile rozpoznanie cierpienia przysadki mózgowej np. jej guzów zostało ostatniemi czasy należycie opracowane i ustalone, o tyle znowu postępowanie operacyjne pozostawia jeszcze b. wiele do zyczenia, Metoda SCHLOFFER'a powtórzona w kilku przypadkach przez EISELSBERG'a nie może być uważaną jako chirurgiczna od początku do końca; skoro bowiem operujący przedostawszy się do siódła tureckiego i przewierciwszy w niem otwór wielkości ziarnka grochu, chwyta za łyżeczkę i zaczyna nią skrobać oczywiście na ciemno coś miękkiego o niewiadomych mu zupełnie granicach, rodzi się wtedy pytanie, czy postępowanie takie może być uważane za ściśle; wiadomo nam dobrze, że nie wolno wyskrobać za dużo, ale cóż będzie warta operacja, jeżeli wyskrobiemy za mało np. przy nowotworze złośliwym. Co znaczyłoby np. takie skrobanie i gdzie byłby kres jego wobec guza przysadki wielkości prawie pięści, jaki przed paru tygodniami widzieliśmy tu na przekroju czaszki dostarczonym przez kol. E. ZIELIŃSKIEGO.

HOCHENEQ trafił na małeńki gruczolak przysadki, a więc guz dobrotliwy i dlatego przypadek ten został uwieńczony zupełnem powodzeniem; inne przypadki albo skończyły się niepomyślnie, albo dalszy ich wynik jest jeszcze niepewny.

Wogóle, rzec można, operacja drogą nosową wcale nie jest trudna pod względem technicznym, raczej jest jeszcze bardzo niedoskonałą jako zabieg leczniczy.

Powracając jeszcze do sprawy poruszonej przez poprzednich mówców, CIECHOMSKI zapytuje, co powiedziano w Wiedeńskim Towarz. lekarskiem, gdyby wiedeński lekarz chciał demonstrować chorego wysłanego przez siebie do Paryża lub Londynu i tam operowanego? czy wiedeński profesor zdołałby zebrać 5 przypadków, gdyby nie obdarzono go zaufaniem w przypadku 1-m już wtedy, gdy inni operację tę już robili?

[Autoreferat].

PRĘGOWSKI zaznacza, że zabiegi chirurgiczne przy nowotworach przysadki mózgu dają mniej korzyści praktycznych, niż teoretycznych. Chorego nie możemy nigdy upewniać, że całkowicie będzie wyleczony. Co się tyczy zarzutów, jakie stawiają koledzy chirurdzy prelegentowi, to mówca uważa je za niesłuszne: tam gdzie chodzi o namawianie chorego do ciężkiego zabiegu, uważa za słuszne skierowywanie chorego do chirurga, który już podobny zabieg wykonał, choćby to był chirurg zagraniczny.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Gabszewicz.*

Pom. sekretarza *T. Wilczyński.*

R O C Z N I K

Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

URZĘDNICY I KOMITETY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAW-
SKIEGO W R. 1909. CZŁONKOWIE KTÓRZY UBYLI, JAKO TEŻ NO-
WOWYBRANI. LISTA CZŁONKÓW HONOROWYCH, CZYNNYCH I KO-
RESPONDENTÓW TOWARZYSTWA W R. 1909.

[Regul. § 109, A, punkt 1, 2, 3, 4].

1.

Lista Urzędników i Komitetów Towarzystwa.

A) Urzędnicy.

Prezes—Gabszewicz Antoni.
Wiceprezes—Hewelke Otton.
Sekretarz Stały—Sokołowski Alfred.
Sekretarz doroczny—Majewski Antoni.
Podskarbi—Dobroski Konrad.
Bibliotekarz—Bieliński Józef (Członek honorowy).
Redaktor Pamiętnika—Rzętkowski Kazimierz (na lata 1907—1909).
Zarządzający pracownią Towarzystwa—Serkowski Stanisł.

B) Zarząd Towarzystwa.

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy oraz wybrani do
Zarządu:
Guranowski Ludwik (na 1907—1909).
Kozerski Adolf (na 1908—1910).
Winiarski Józef (na r. 1909 czasowo).

C) Pomocnik Sekretarza dorocznego.

Wilczyński Tadeusz

D) Komitety.*1. Komitet Kasy Wsparcia, przy Towarzystwie istniejącej*

Prezes—Gabszewicz Antoni.
 Wiceprezes—Hewelke Otton.
 Zarządzający Kasą Wsparcia—Jakowski Maryan.
 Kasyer—Dobrowski Konrad.
 Sekretarz Stały—Sokołowski Alfred.

Członkowie z grona Towarzystwa wybrani:

Kosiński Juljan.
 Sawicki Bronisław.
 Szumlański Witold.

Członkowie wybrani z grona lekarzy, nie należących do Towarzystwa Lekarskiego.

Sieragowski Paweł.
 Żera Teofil.

Z urzędu będący członkami Kasy Wsparcia:

Wszyscy PP. Inspektorowie lekarscy lub ich zastępcy w guberniach Królestwa Polskiego, oraz P. Inspektor Lekarski miasta Warszawy.

II. Komitet opieki funduszu stypendyjalnego z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Prezes — Gabszewicz Antoni.

Członkowie stale przez Towarzystwo wybrani:

Dobroski Konrad.
 Sekretarz Stały—Sokołowski Alfred.
 Winiarski Józef.

III. Komitet do wybrania stypendysty im. D-ra Ignacego Gołębiowskiego.

(Wymienieni w poprzedzającym punkcie Prezes i 3-ch członków).

IV. Komitet biblioteczny.

Przewodniczący w Komitecie Hewelke Otton (jako Wiceprezes Towarzystwa).
 Majewski Antoni (jako Sekretarz doroczny).
 Rzętkowski Kazimierz (jako Redaktor Pamiętnika).
 Korzon Tadeusz (na lata 1907—1909),
 Neugebauer Franciszek (na lata 1908—1910).
 Giedroyć Franciszek (na lata 1909—1911).

V. Komitet Rewizyjny.

Giedroyć Franciszek (na lata 1907—1909)
 Ciągliński Adam (na lata 1908—1910).
 Zaleski Karol (1909 czasowo).
 UWAGA. Najstarszy wiekiem przewodniczy w Komitecie.

VI. Komitet do oceny prac na konkurs z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego, oraz do zaprojektowania tematów na rok następnny.

Przewodniczący w Komitecie, Wiceprezes Hewelke Otton.
 Chełchowski Kazimierz.
 Dmochowski Zdzisław.
 Flatau Edward.
 Jakowski Maryan.
 Sawicki Bronisław.

VII. Komitet konkursowy imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego (na okres 1905—1908 włącznie).

Przewodniczący w Komitecie, Wiceprezes Hewelke Otton.
Ciechomski Andrzej.
Gajkiewicz Władysław.
Jakowski Maryan.
Przewoski Edward.
Pruszyński Jan.
Sokołowski Alfred.

VIII. Komitet konkursowy imienia D-ra Adama Helbicha (na okres 1907—1909).

Przewodniczący w Komitecie Wiceprezes Hewelke Otton.
Dmochowski Zdzisław.
Flatau Edward.
Janowski Władysław.
Kryński Leon.

IX. Komitet premii psychiatrycznych z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego (wybrany na lata 1909—1910).

Przewodniczący w Komitecie, Wiceprezes Hewelke Otton.
Gajkiewicz Władysław.
Korniłowicz Edward.
Rychliński Karol.
Flatau Edward.

X. Komitet do wybrania delegata na zjazd psychiatryczny (zapomoga z legatu D-ra Płaskowskiego).

(Wyżej pod № X wymienieni Członkowie).

XI. Komitet nagród konkursowych imienia D-ra Leona Konitza (wybrany na lata 1909—1911).

Przewodniczący w Komitecie, Wiceprezes Hewelke Otton.
Borysowicz Teodor.
Neugebauer Franciszek.
Staniszewski Władysław.
Zweigbaum Maksymilian.

2.

Spis członków, którzy przybyli i ubyli.

Nowowabrani członkowie na początku roku 1909.

a) Członkowie honorowi:

Majkowski Julian.
Strzyżowski Antoni.

b) Członkowie czynni:

Bryndza-Nacki Ludwik	Koenigstein Marek
Chybczyński Ludwik	Krąkowski Franciszek
Eiger Maryan	Lorentowicz Leonard
Gantz Mieczysław	Maliniak Izidor
Gurbski Stanisław	Nowacki Ludomir
Hertz Ryszard	Ostaszewski Leon
Hertz Maurycy	Róbin Wilhelm
Hubicki Stefan	Szerszyński Bronisław
Judt Ignacy Maurycy	Wretowski Tadeusz.
Kaliciński Roch Ludwik	

Członkowie zmarli w roku 1908.

Członek honorowy:

Eiselt Bogumił.

Członkowie czynni:

Ficki Feliks.
Koronkiewicz Zygmunt.
Korzeniowski Mieczysław.

Członkowie korespondenci.

Mierzejewski Ignacy w Petersburgu.

3.

Lista Członków Towarzystwa.

a) Członkowie honorowi.

Baranowski Ignacy w Warszawie.
Biegański Władysław w Częstochowie.
Bieliński Józef w Warszawie.
Dybowski Benedykt we Lwowie.

Guyon Feliks Jan Kazimierz w Paryżu.

Jakubowski Maciej Leon w Krakowie.

Kosiński Julian w Warszawie.

Laskowski Zygmunt w Genewie.

Majkowski Juljan w Warszawie.

Retzius Gustaw w Sztokholmie.

Strzyżowski Antoni w Piotrkowie.

b) Członkowie czynni.

Adelt Zygmunt

Anders Ludwik

Apte Markus

Arnstein Feliks

Babiński Leon

Bacciareli Władysław

Barszczewski Czesław

Baranowski Ign. (czł. hon.)

Bauerertz Adam

Bączkiewicz Jan

Bełkowski Jan

Bełżyński Mieczysław

Benni Karol

Bernhardt Robert

Białobrzeski Aleksander

Bieliński Józef (czł. honor.)

Biesiekierski Władysław

Biro Maksymilian

Borsuk Maryan

Boryssowicz Teodor

Borzęcki Tadeusz

Borzymowski Jan

Bregman Ludwik

Brenneisen Leopold

Bronowski Szczesny

Brunner Mikołaj

Bruner Władysław

Brunner Jerzy

Brühl Ludwik

Bryndza-Nacki Ludwik

Bucelski Stanisław

Cetnarowicz Stefan

Chełchowski Kazim.

Chełmoński Adam

Chrostowski Bronisław

Chybczyński Ludwik

Chwat Ludwik

Ciechomski Andrzej

Ciągliński Adam

Ciągliński Kazimierz

Cykowski Stanisław

Czarkowski Józef

Dąbrowski Witosław

Dębiński Bolesław

Dmochowski Zdzisław

Dobrowski Konrad

Dobrowolski Zdzisław

Dobrzycki Henryk

Downarowicz Elżbieta

Drabczyk Teodor

Drozdowicz Grzegorz

Dudrewicz Kazimierz

Dydyński Ludwik

Dymnicki Józef

Dytel Edward

Eiger Maryan

Elsenberg Antoni

Endelman Zygmunt

Endelman Leon

Erbrich Feliks

Ettinger Witold

Feilchenfeld Rafał

Flaum Maksymilian

Flatau Edward

Freudenson Władysław

Fruchtman Aleksander
Fryszman Aleksander
Funk Jakób

Gabszewicz Antoni
Gajkiewicz Władysław
Gantz Mieczysław
Garbowski Józef
Garszyński Wacław
Gepner Bolesław
Gepner Bolesław Ryszard
Gębarski Stanisław
Giedroyć Franciszek
Goldbaum Józef
Goldflam Samuel
Gromadzki Jan
Grosalik Samuel
Grudziński Zygmunt
Grundzach Ignacy
Gruszczyński Aleksander
Grzankowski Bolesław
Guranowski Ludwik
Gurbski Stanisław

Halpern Mieczysław
Hanicki Wacław
Handelsman Józef
Hejman Teodor
Hejman Andrzej
Hertz Ryszard
Hertz Maurycy
Heryng Teodor
Hewelke Otton
Hincz Piotr
Hołub Maryan
Horodyński Witold
Hubicki Stefan

Iwanicki Stanisław

Jakimiak Bolesław
Jakowski Maryan
Jałowiecki Olgierd

Janczewski Stefan
Janczewski Władysław
Jankowski Czesław
Janczurowicz Stanisław
Janowski Władysław
Januszkiewicz Michał
Jasiński Tadeusz
Jaworski Józef
Jeziernski Franciszek
Judt Ignacy Maurycy

Kaliciński Roch Ludwik
Kamieński Stanisław
Kamocki Walenty
Karczewski Adam
Karwacki Leon
Karwowski Konstanty
Kępiński Michał
Kijewski Franciszek
Kielkiewicz Jan
Knappe Wilhelm
Koelichen Jan
Koenigstein Marek
Kołakowski Feliks
Konwerski Stanisław
Kopczyński Aleksander
Kopczyński Stanisław
Kopytowski Władysław
Koral Adolf
Korniłowicz Edward
Korybut-Daszkiewicz Bohdan
Korzon Tadeusz
Kosiński Julian (czł. honor.)
Kosmowski Wiktoryn
Kossowski Cezary
Kossowski Roman
Kozerski Adolf
Kramszyk Julian
Kramszyk Zygmunt
Krause Ludwik
Krąkowski Franciszek
Kryński Leon
Kucharzewski Henryk

Kuczyński Antoni
Kurella Edmund
Kurtz Stanisław

Landau Anastazy
Lande Adam
Landstein Ignacy
Laskowski Józef
Lebensbaum Maksym.
Lehr Władysław
Leśniowski Antoni
Leszczyński Leonard
Lewenstern Eugenjusz
Lorentowicz Leonard
Lubliner Leopold
Luxenburg Józef

Łapiński Teodor
Łapiński Waław
Łazarowicz Klemens
Łogucki Augustyn
Łuczycki Bronisław

Majkowski Julian (czł. hon.)
Majewski Antoni
Majewski Feliks
Maliniak Izydor
Malinowski Alfons
Malinowski Feliks
Markiewicz Stanisław
Markusfeld Stanisław
Mayzel Waław
Messing Zygmunt
Meyerson Stanisław
Męczkowski Waław
Mężyński Jan
Mincer Adam
Monsiorski Zygmunt
Mutermilch Juljusz
Mutermilch Stanisław

Natanson Antoni
Neugebauer Franciszek

Nowacki Ludomir
Nusbaum Henryk

Oderfeld Hipolit
Ołtuszewski Władysław
Orłowski Edward
Orłowski Stanisław
Ostaszewski Leon
Orzeł Kazimierz
Otto Czesław

Pacanowski Henryk
Palmirski Władysław
Pawiński Józef
Peszke Józef
Piotrowski Józef
Polański Waław
Polikier Bernard
Popiel Włodzimierz
Portner Szymon
Pręgowski Piotr
Pruszyński Jan
Przewoski Edward
Przyborowski Adam
Pstrokoński Józef
Puławski Arkadjusz

Radziwiłłowicz Rafał
Rappel Adolf
Raum Jan
Rejchman Mikołaj
Rembieliński Stanisław
Rodys Władysław
Rogoziński Józef
Rontaler Stefan
Rosenthal Albert
Roszkowski Maryan
Rotstadt Julian
Róbin Wilhelm
Rychliński Karol
Ryłko Maryan
Rzeczniowski Leon
Rzętkowski Kazimierz

Sadowski Michał
 Sawicki Bronisław
 Sawicki Władysław
 Sędziak Jan
 Serkowski Stanisław
 Sierpiński Konstanty
 Sikorski Antoni
 Skłodowski Józef
 Skowroński Roman
 Ślaski Julian
 Sławiński Zdzisław
 Śmiechowski Antoni
 Sokółowski Alfred
 Solman Tomasz
 Sommer Feliks
 Srebrny Zygmunt
 Staniszewski Władysław
 Stankiewicz Władysław
 Stankiewicz Czesław
 Sterling Władysław
 Sterling Wacław
 Starkiewicz Władysław
 Stróżewski Konstanty
 Świątecki Władysław
 Świątecki Jan
 Świętochowski Ignacy
 Szerszyński Bronisław
 Szumlański Witold
 Szteyner Władysław
 Szwajcer Jakób
 Szyszło Wincenty
 Szymański Bronisław
 Szybowski Bronisław
 Taczanowski Bronisław
 Tchórznicki Józef
 Thieme Apolinary
 Tokarski Karol

Trzcński Tadeusz
 Tryjarski Eugenjusz
 Tuchendler Antoni

Uliński Henryk

Warszawski Maksymilian
 Watraszewski Ksawery
 Weber Józef
 Wejnert Bronisław
 Wernic Leon
 Wertheim Aleksander
 Wesołowski Wacław
 Wilczyński Tadeusz
 Wielowieyski Stanisław
 Winawer Adolf
 Winiarski Józef
 Wisłocki Kazimierz
 Wiśniewski Juljusz
 Wizel Adam
 Wojciechowski Jan
 Wołyński Julian
 Wretowski Tadeusz

Zaborowski Stanisław
 Zaleski Karol
 Zaluska Jan
 Zawadzki Józef
 Zawadzki Władysław
 Zembrzuski Ludwik
 Zembrzuski Stanisław
 Zieliński Edward
 Zieliński Kazimierz
 Zweigbaum Maksymiljan
 Zenczykowski Władysław
 Żurakowski Aleksander
 Żurakowski Witold

c) Członkowie przybrani.

Mutniański Michał w Warszawie.
 Werner Emil w Warszawie.
 Zórawski Marcyan w Warszawie.

d) Członkowie korespondenci

Babiński Józef w Paryżu.

Bartoszewicz Wacław w Wilnie.

Bartkiewicz Bronisław w Zawierciu.

Białokur Franciszek w Jałcie.

Brudziński Józef w Łodzi.

Bujwid Odo w Krakowie.

Ciechanowski Stanisław w Krakowie.

Chodounsky Karol w Pradze Czeskiej.

Czajkowski Józef w Sosnowcu.

Czarkowski Ludwik w Wilnie.

Dąbrowski Ignacy w Ostrowcu gub. Radomskiej.

Domański Stanisław w Krakowie.

Dogiel Jan w Kazaniu.

Finger Ernest w Wiedniu.

Gałecki Stanisław w Rudce

Garliński Władysław w Łodzi.

Handelsman Józef w Kutnie.

Hassewicz Stanisław w Karlsbadzie.

Huchard Henryk w Paryżu.

Janowski Witold w Pradze Czeskiej.

Jerzykowski Stanisław w Poznaniu.

Jurasz Antoni we Lwowie.

Koliński Józef w Łodzi.

Klikowicz Stanisław w Moskwie.

Kulski Julian w Noworadomsku.

Lesser Władysław w Lipsku.

Lachowicz Antoni w Berdyczowie.

Maixner Emeryk w Pradze Czeskiej.

Michl Franciszek w Pradze Czeskiej.

Mallez Jan Franciszek w Paryżu.

Mendelsohn Maurycy w Paryżu.

Mosler Fryderyk w Greifswaldzie.

Noiszewski Kazimierz w Dźwińsku.

Olechnowicz Władysław w Czerwonym Dworze
w powiecie Radzyńskim.

Openchowski Teodor w Charkowie.
Orłowski Wacław w Wilnie.

Piltz Jan w Krakowie.
Przedborski Ludwik w Łodzi.
Przybylski Jan w Odessie.

Reumont Aleksander w Akwizgranie.
Rogoziński Kazimierz w Radomiu.
Rumszewicz Konrad w Kijowie.
Ruppert Henryk w Aleksandrowie Pogr.
Rybicki Stanisław w Skierniewicach.
Rydygier Ludwik we Lwowie.

Sadkowski Henryk w Łodzi.
Sajou Karol w Filadelfii.
Schiffers Ferdynand w Liège.
Sękowski Władysław w Tomaszowie gub. Piotrkowskiej.
Sorman Józef w Padwie.
Sterling Seweryn w Łodzi.
Stopczański w Krakowie.
Swieżyński Józef w Jeleniewie pod Opatowem.
Szpilman Józef we Lwowie.
Szuman Leon w Toruniu.

Thomayer Józef w Pradze Czeskiej.
Troczewski Antoni w Kutnie.
Wroński Władysław w Otwocku.
Wołkowicz Maksymilian w Sosnowcu.

Zaleski Aleksander w Płocku.
Żłobikowski Tadeusz w Tworkach.
Żebrowski Aleksander w m. Roś, w gub. Grodzieńskiej.

4.

Wykaz posiedzeń klinicznych i klinicznych dodatkowych, odbyć się mających w r. 1909.

	w d n i a c h:		
Styczeń	5	19	26
Luty	3	16	23
Marzec	2	16	30
Kwiecień	6	20	27
Maj	4	18	25
Czerwiec	1	15	22
Lipiec	F e r y e		
Sierpień			
Wrzesień	7	21	28
Październik	5	19	26
Listopad	2	16	30
Grudzień	7	21	28

w Warszawie dnia 1 Maja 1909 r.

Za zgodność, Wiceprezes Towarzystwa Dr. O. Hewelke.

5.

Dosłowny wypis z księgi uchwał, wszelkich postanowień Towarzystwa, jakiegokolwiek zmiany lub uzupełnienia ustawy lub regulaminu stanowiących.

(Reg. § 108. Lit. B. punkt 5).

W roku sprawozdawczym zmian lub uzupełnień ustawy i regulaminu nie było.

6.

SPRAWOZDANIE

*z obrotu funduszków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego
i funduszków pod administracją Towarzystwa zostających, za
rok 1908.*

(Regul. § 116, Lit. B., punkt 6).

A. Fundusze Towarzystwa.

*I. Rachunek z eksploatacji nieruchomości № 7/614L
przy ulicy Niecałej.*

W r. 1908 otrzymano wpływy następujące.

1. Za komorne od lokatorów domu . . .	Rb. 12447 k. 70
2. Opłata od lokatorów za wodę . . .	„ 50 „ —
Ogół przychodu . . .	<u>Rb. 12497 k. 70</u>

Z tej sumy wydano:

1. Na podatki skarbowe i miejskie . . .	Rb. 4274 k. 35
2. Na opłatę procentów od długów hy- potecznych	„ 8605 „ 40
3. Remont domu i lokalów.	„ 521 „ 67
4. Na administrację, mianowicie pła- ca rządcy domu rb. 450, płaca stróża do- mu rb. 198, i gratyfikacja stróżowi za r. 1907—1908 40 rb. łącznie	„ 688 „ —
5. Na utrzymanie porządku.	„ 132 „ 56
6. Na wydatki różne i nieprzewidziane	„ 169 „ 54
7. Asekuracja szyb w sklepach nowo- wybudowanego domu.	„ 215 „ 92
8. Zasilek R-owi własnemu Towarzy- stwa, w budżecie oznaczony	„ 420 „ —
Ogół rozochodu.	<u>Rb. 15027 k. 44</u>
Niedobór	<u>Rb. 2529 k. 74</u>

II. Fundusz własny Towarzystwa.

W roku 1908 otrzymano wpływy następujące:

1. Saldo z r. 1907	Rb.	165 k.	06
2. Składka roczna od członków czynnych za r. 1908 wraz z zaległością z r. 1907	"	4328	" —
3. Wstępne od 38 członków czynnych .	"	228	" —
4. Prowizya z rachunku przekazowego w Banku Handl.	"	380	" 33
5. 10% od czystego dochodu z 12-tu funduszów specjalnych, na koszt administr.	"	579	" 17
6. Z Kasy Wsparcia na płace urzędników Kancelaryi	"	500	" —
7. Przelew składek zgóry w r. 1907 wniesionych na poczet należności r. 1908 .	"	72	" —
8. Zasilek z R-ku eksploatacyi nieruchomości 7/614 L.	"	420	" —
Ogół przychodu	<u>Rb.</u>	<u>6672</u>	<u>k. 56</u>

Z tej sumy spełniono wydatki następujące:

1. Na kancelaryę:

a) płaca Sekretarza kancelaryi	Rb.	850 k.	—
gratyfikacya	"	150	" —
b) płaca Pom. Sek. kancelaryi	"	600	" —
gratyfikacya	"	100	" —
wkład oszczędnościowy	"	75	" —
			Rb. 1775 k. —
c) płaca woźnego Towarzystwa	"	360	" —
gratyfikacya	"	40	" —
			" 400 " —
d) na doraźną pomoc kancelaryjną	"	150	" —
2) Na druki i materiały piśmienne	"	250	" 95
3) Na opał lokalów Towarzystwa, woźnego i stróża domu	"	129	" —
4) Na oświetlenie lokali Towarz. i Pracowni:			
a) gazem	Rb.	479 k.	50
b) elektrycznością	"	69	" 73
			" 549 " 23
do przeniesienia	<u>Rb.</u>	<u>3254</u>	<u>k. 18</u>

	z przeniesienia . . .	Rb.	3254 k.	18
Na sprzęty i porządki w lokalach To-				
warzystwa	"	153	"	98
Na inkaso składek od członków . . .	"	44	"	85
Na porto wezwań na posiedzenia . .	"	98	"	51
Na ubezpieczenie ruchomości i bibl. .	"	147	"	—
Na wydatki różne nieprzewidziane .	"	150	"	36
Do dyspozycji Zarządu	"	58	"	—
Na telefon w lokalu Towarzystwa. .	"	69	"	20
		<u>Rb.</u>	<u>3976 k.</u>	<u>08</u>

Zasiłki funduszom specjalnym:

a) funduszowi Biblio-				
teki	Rb.	1000 k.	—	
b) funduszowi Pa-				
miętnika	"	620	"	—
c) funduszowi Praco-				
wni	"	80	"	—
		<u>Rb.</u>	<u>1700 k.</u>	<u>—</u>

Przelano:

a) do funduszu rezerwowego do-				
mu 7/614L.	Rb.	984 k.	85	
b) do funduszu Płaskowskiego w bi-				
let. premjowych, na asek. premjówek .	"	11	"	63
Ogół rozchodu	<u>Rb.</u>	<u>6672 k.</u>	<u>56</u>	

III. *Rachunek Pamiętnika Towarzystwa.*

Saldo 1907	Rb.	503 k.	32
1. Wpływy z prenumeraty	"	224	" 27
2. Zasiłek z funduszu własnego To-			
warzystwa	"	620	" —
3. Przelew z funduszu im. Koczoro-			
rowskiego na wydawnictwo prac na kon-			
kursie nagrodzonych	"	600	" —
4. Ofiara D-ra A. Sokołowskiego . .	"	100	" —
5. Zasiłek z kasy im. J. Mianowskie-			
go na wydawnictwo Przeglądu Piśmien.			
Lekarskiego polskiego	"	300	" —
Ogół przychodu	<u>Rb.</u>	<u>2347 k.</u>	<u>59</u>

Z tej sumy wydano w r. 1908:

1. Pensya Redaktora wraz z korektą	Rb. 300 k. —
2. Na druk papier i ryciny	" 1647 " 90
3. Na ekspedycyę i korespondencyę	" 101 " 32
Ogół rozchodu	<u>Rb. 2049 " 22</u>
Remanent z końcem r. 1908	<u>Rb. 298 k. 37</u>

IV. *Rachunek Biblioteki Towarzystwa.*

Remanent z r. 1907 Rb. 48 k. 44

W r. 1908 otrzymano:

1. Procent od funduszu Rb. 2000 im. D-ra Kondratowicza	" 85 " 50
2. Zasilek z funduszu własnego To- warzystwa	" 1000 " —
Ogół przychodu z remanentem	<u>Rb. 1133 k. 94</u>

Z tej sumy wydano:

1. Na prenumeratę czasopism i kup- no książek	Rb. 795 k. 72
2. Na pomoc techniczną.	" 300 " —
3. Na drobne wydatki	" 20 " 40
Ogół rozchodu,	<u>Rb. 1116 k. 12</u>
Remanent z końcem r. 1908.	<u>Rb. 17 k. 82</u>

V. *Fundusz stały Pracowni Towarzystwa.*

Fundusz ten wynosił w r. 1907 . . . Rb. 11051 k. 13

W roku 1908 otrzymano:

1) Korzyść na kupnie Listów Za- stawnych	" 31 " —
2) Ofiary jednorazowe od różnych osób	" 17 " 87

Ogół więc tego funduszu z końcem
r. 1908 wynosi Rb. 11100 k. —

i mieści się w L. Z. m. Warsz. i w L. Z.
Ziem.

Procent od funduszu Pracowni.

Remanent z r. 1907	Rb. 139 k. 61
W r. 1908 otrzymano:	
1. Procenty od funduszu stałego Pracowni	" 480 " 69
2. Zasiłek z funduszu własnego Towarzystwa	" 80 " —
Ogół przychodu z remanentem	<u>Rb. 700 k. 30</u>

Z tej sumy wydano:

1. Płaca woźnego	Rb. 204 k. —
2. Gratyfikacya temuż za lata 1907, 1908	" 60 " —
3. Na potrzeby bieżące Pracowni, jako to: narzędzia, przyrządy, chemikalja, żywienie zwierząt do pracowni należących, opał lokalu	" 376 " 21
Ogół rozchodu.	<u>Rb. 640 " 21</u>
Remanent z końcem r. 1908	<u>Rb. 60 k. 09</u>

VI. Fundusz rezerwowy domu Towarzystwa przy ulicy Niecałej pod Nr. 7/614L.

Pozostałość z roku 1907	Rb. 148 k. 03
W roku 1908 przelano z fund. ekspl. nieruchomości 7/614L	" 984 " 85
Razem	<u>Rb. 1132 " 88</u>

VII. Fundusz stały z zapisu D-ra Jana Bączewicza na utrzymanie jego grobu.

Fundusz ten mieści się jak w roku zeszłym, bez zmiany:

a) 4½% L. Zast. M. Warszawy	Rb. 100 k. —
b) w gotowiźnie	" 70 " 25
Razem	<u>Rb. 170 k. 25</u>

Procent od funduszu Bącewicza na utrzymanie grobu.

1. Remanent z końcem r. 1907 . . .	Rb.	18 k. 69
2. W roku 1908 otrzymano procent od funduszu stałego	<u>„</u>	<u>4 „ 28</u>
Razem	Rb.	<u>22 k. 97</u>

Z tego:

1. Przelano do fund. własnego 10% od dochodu, na administrację	Rb.	— k. 42
2. Wydano na utrzy- manie w porządku grobu w roku 1908	<u>„</u>	<u>6 „ — Rb. 6 k. 42</u>
Remanent z końcem r. 1908	<u>Rb.</u>	<u>16 k. 55</u>

VIII. Fundusz stały z zapisu D-ra J. Bącewicza, na wsparcie 5-ciu wdów po lekarzach.

Fundusz ten z końcem r. 1908 mieścił się, tak jak poprzednio, bez zmiany:

a) w papierach procentowych	Rb.	8000 k. —
b) gotowiznie	<u>„</u>	<u>20 „ —</u>
Razem	<u>Rb.</u>	<u>8020 „ —</u>

Procent od funduszu J. Bącewicza na wsparcia.

W r. 1908 wpłynął procent od powyższego kapitału Rb. 342 k. —

Z tego:

1. Przelano do fund. wł. Tow. 10% od dochodu, na administrację	Rb.	34 k. 20
2. Przelano do Kasy Wsparcia na roczne zapo- mogi dla wdów po leka- rzach	<u>„</u>	<u>307 k. 80 Rb. 342 k. —</u>

IX. Fundusz stały nagród konkursowych im. D-ra Tytusa Chałubińskiego.

Fundusz ten, z końcem roku 1908 jak poprzednio, mieścił się bez zmiany:

a) w 4½% List. Zast. Miasta Warszawy	Rb. 1300 k. —
b) w gotowiznie	„ — „ 10
Razem	<u>„ 1300 k. 10</u>

Procent od funduszu Chałubińskiego.

Remanent z r. 1907	Rb. 100 k. 07
W roku 1908 wpłynął procent od funduszu stałego	„ 55 „ 58
Razem	<u>Rb. 155 „ 65</u>

Z tej sumy przelano do funduszu własnego:

10% od czystego dochodu, na administrację	Rb. 5 k. 55
Remanent przeto z końcem r. 1908 wynosi	<u>Rb. 150 k. 10</u>

X. Fundusz stały z zapisu Henryka Michała Czekińskiego

Fundusz ten z końcem r. 1908, tak jak poprzednio, mieścił się bez zmiany:

a) w papierach procentowych	Rb. 2000 k. —
b) w gotowiznie	„ 27 „ 50
Ogółem	<u>Rb. 2027 k. 50</u>

Procent od funduszu H. M. Czekińskiego.

Remanent z końcem r. 1907	Rb. 42 k. 75
W roku 1908 wpłynęło za kupony	„ 85 „ 50
Ogół przychodu z remanentem	<u>Rb. 128 k. 25</u>

Z tego w r. 1908:

1. przelano do Kasy Wsparcia lekarzy, dla udzielenia wsparcia	Rb. 76 k. 96
2. przelano 10% od czystego dochodu do funduszu własnego Towarzystwa, na administrację	„ 8 „ 55 Rb. 85 k. 51
Remanent z końcem r. 1908	<u>Rb. 42 k. 74</u>

XI. Fundusz stały z zapisu Izydora Czekińskiego.

Fundusz ten z końcem r. 1908 mie-
ści się:

a) w papierach procentowych . . .	Rb. 2200 k. —
b) w gotowiznie	„ 64 „ 40
Razem . . .	<u>„ 2264 k. 40</u>

Procent od funduszu Izydora Czekińskiego.

W r. 1908 wpłynął procent za dni 34 Rb. 11 k. 33

Sumę tę przelano do Kasy Wsparcia
lekarzy.

XII. Fundusz stały stypendyalny z zapisu D-ra Władysława Florkiewicza.

Fundusz ten, zapisany Towarzystwu Lekarskiemu w testamencie D-ra Florkiewicza w sumie Rb. 5000, zostaje w dożywotniem posiadaniu P. Kassylidy Florkiewiczówny, siostry testatora.

Fundusz ten w roku 1904 złożony został przez doży-
wotniczkę do depozytu zachowawczego tutejszych Towar-
zystw Kredytowych, jako własność Towarzystwa Lekar-
skiego Warszawskiego, a mianowicie:

1. Do depozytu Towarzystwa Kredy- towego Miasta Warszawy w 5% Listach Zastawnych tegoż Towarzystwa, wartości nominalnej	Rb. 1500 k. —
2. Do depozytu Towarzystwa Kredy- towego Ziemskiego, w 4½% Listach Za- stawnych tegoż Towarzystwa, wartości no- minalnej	„ 3800 „ —
Razem . . .	<u>Rb. 5300 k. —</u>

UWAGA. Procenty odbiera bezpośrednio dożywotniczka.

XIII. Fundusz stały stypendyalny z zapisu Ignacego Gołębiowskiego.

Fundusz ten w r. 1908 tak jak poprze-
dnio, wynosił bez zmiany Rb. 5833 k. 25
mianowicie:

a) w papierach procentowych . . .	„ 5800 „ —
b) w gotowiznie	„ 33 „ 25
Ogółem . . .	<u>Rb. 5833 k. 25</u>

Procent od funduszu Gołębiowskiego

Remanent z r. 1907	Rb. 321 k. 87
W roku 1908 wpłynął procent od kapitału	<u> n 247 n 94</u>
Razem	Rb. 569 k. 81

Z tego funduszu przelano 10% od czystego dochodu do funduszu własnego Towarzystwa, na administrację	Rb. 24 k. 79
Remanent z końcem roku 1908	<u>Rb. 545 k. 02</u>

XIV. Fundusz stały nagród konkursowych im. D-ra Adama Helbicha.

Fundusz ten z końcem r. 1908 wynosił, tak jak poprzednio, bez zmiany, w papierach procentowych Rb. 2300 k. —

Procent od funduszu Helbicha.

Remanent z r. 1907	Rb. 72 k. 45
Wpłynęło za kupony od papierów procentowych	<u> n 98 n 34</u>
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 170 k. 79

Z tego funduszu przelano 10% do funduszu własnego na administrację	Rb. 9 k. 83
Remanent z końcem roku 1908	<u>Rb. 160 k. 96</u>

XV. Fundusz stały z zapisu D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Fundusz ten z końcem roku 1908 wynosił tak jak poprzednio, bez zmiany . . . Rb. 14600 k. 21
do przeniesienia . . . Rb. 14600 k. 21

z przeniesienia . . . Rb. 14600 k. 21

i mieścił się:

a) w zabezpieczeniu hipotecznem . . .	Rb. 4500 k. —
b) w papierach procentowych . . .	„ 10100 „ —
c) w gotowiznie	„ — „ 21
Razem . . .	<u>Rb. 14600 k. 21</u>

Procent od funduszu Jabłonowskiego.

W ciągu r. 1908 otrzymano procenty:

1. Od właściciela dóbr Brzeźno w powiecie Ostrołęckim 5% od sumy hipotecznej Rb. 4500	Rb. 225 k. —
2. Za kupony od papierów procentowych	Rb. 431 „ 76
Ogół przychodu . . .	<u>Rb. 656 k. 76</u>

Z procentów wydatkowano, w myśl woli testatora:

1. Na nabożeństwo za duszę testatora, oraz na ogłoszenie o nabożeństwie i utrzymanie w porządku jego grobu . . .	Rb. 10 k. —
2. Przelano do funduszu własnego Towarzystwa, 10% od czystego dochodu, na administrację	„ 65 „ 67
3. Przelano do Kasy Wsparcia lekarzy, stosownie do zapisu	„ 276 „ 09
4. Udzielono wsparcia dwóm ubogim majstrom: krawcowi i piekarzowi, po Rb. 150 każdemu, stosownie do zapisu . . .	„ 300 „ —
5. Przelano do funduszu reparacyjnego grobu D-ra Jabłonowskiego	„ 5 „ —
Ogół rozchodu . . .	<u>Rb. 656 k. 76</u>

XVI. Fundusz reparacyjny grobu D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Remanent z końcem r. 1907	Rb. 142 k. 05
Przelano z procentów oszczędność za	
r. 1908, jak wyżej	<u> n 5 n —</u>
Remanent z końcem r. 1908 wynosi	<u> Rb. 147 k. 05</u>

XVII. Fundusz stały konkursowy im. D-ra Leona Konitza.

Fundusz ten z końcem roku 1908, tak jak poprzednio, wynosił bez zmiany, w papierach procentowych Rb. 2000 k. —

Procent od funduszu Konitza.

Remanent z r. 1907	Rb. 513 k. —
W roku 1908 wpłynęło za kupony od	
Rb. 2000	<u> n 95 n —</u>
Ogół przychodu z remanentem	<u> Rb. 608 k. —</u>
Z tego funduszu:	
1) Wyplacono 2 nagrody	Rb. 500 k. —
2) Przelano do funduszu własnego Towarzystwa 10% od czystego dochodu, na administrację	n 9 n 50
3) zaplacono za kupon od 5% L. Z. m. W.	2 n 50
Remanent z końcem roku 1908	<u> Rb. 96 k. —</u>

XVIII. Fundusz stały im. D-ra Stanisława Kondratowicza.

Fundusz ten z końcem r. 1908, tak jak poprzednio, wynosił bez zmiany, w papierach procentowych Rb. 2000 k. —

Procent od funduszu Kondratowicza.

W roku 1908 otrzymano za kupony od Rb. 2000	<u> Rb. 85 k. 50</u>
---	-------------------------------

Stosownie do budżetu i aktu darowizny, powyższy procent przelano do Biblioteki Towarzystwa.

XIX. Fundusz stały z zapisu Teofli Koczorowskiej.

Fundusz ten, z końcem 1908 r. tak jak poprzednio, mieścił się bez zmiany:

a) w papierach procentowych . . .	Rb. 1000 k. —
b) w gotowiznie	„ 65 „ —
Razem . . .	<u>Rb. 1065 k. —</u>

Procent od funduszu Koczorowskiej.

W roku 1908 wpłynął % za kupony od papierów %-owych Rb. 42 k. 74

Z tej sumy:

a) przelano do funduszu własnego Towarzystwa, na administrację 10% od czystego dochodu	Rb. 4 k. 28
b) przelano do Kasy Wsparcia, dla rozdzielenia między wdowy i sieroty po lekarzach	„ 38 „ 46 Rb. 42 k. 74

XX. Fundusz nagród konkursowych z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1907 Rb. 1039 k. 80

W r. 1908 przelano z funduszu ogólnego z dochodów domu № 12/13 w Piotrkowie, stosownie do woli testatora	„ 600 „ —
Ogół przychodu	<u>„ 1639 „ 80</u>

Z tej sumy:

1) wypłacono dwie nagrody Rb. 600 k. —	
2) przelano do fund. na wydaw. prac konkursowych	„ 600 „ — Rb. 1200 „ —
Remanent z końcem r. 1908	<u>Rb. 439 k. 80</u>

**XXI. Fundusz na wydawnictwo prac konkursowych, uwień-
czonych nagrodą z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego.**

Remanent z końcem r. 1907 wynosił	Rb. 580 k. 66
W r. 1908 przelano z fun. nagród kon- kursowych W. Koczorowskiego	„ 600 „ —
Ogół przychodu	„ 1180 k. 66

Z tej sumy:

przelano do fund. Pamiętnika Tow. Lekarskiego na wydrukowanie 2 prac kon- kursowych	Rb. 600 k. —
Remanent	Rb. 580 „ 66

**XXII. Fundusz stypendyalny im. D-ra Konstantego Mar-
cinkiewicza.**

Fundusz ten, tak jak w r. 1907 mieścił się bez zmiany, w 24-ch Akcyach Wileń-
skiego Banku Ziemskiego, po Rb. 250 . . . Rb. 6000 k. —

Procent od funduszu Marcinkiewicza.

Remanent z roku 1907.	Rb. 3189 k. 51
W roku 1908 otrzymano za kupony dywidendowe	„ 827 „ 40
Razem	Rb. 4016 k. 91

Z tej sumy:

1) przelano 10% do funduszu własnego Towa- rzystwa, na administrację .	Rb. 82 k. 74
2) zapłacono depozy- towe za lata 1907—1908	„ 12 k. — Rb. 94 „ 74
Remanent z końcem r. 1908 wynosi	<u>Rb. 3922 k. 17</u>

**XXIII. Fundusz stały konkursowy z zapisu D-ra Józefa
Mocutkowskiego.**

Z końcem roku 1908 fundusz ten, znajdujący się w de-
pozycie zachowawczym Warszawskiego Kantoru Banku
Państwa wynosił, bez zmiany:

1. w 3½% Listach Zastawnych Państwowego Szlacheckiego Banku Ziemińskiego	Rb. 1300 k. —
2. w gotowiznie.	„ 10 „ 21
Razem	<u>„ 1310 k. 21</u>

Procent od funduszu Moczutkowskiego.

Remanent z roku 1907 Rb. 40 k. 41

Otrzymano za rok 1908 z Kasy Warszawskiego Kantoru Banku Państwa, procent od wyżej wykazanego funduszu, w kwocie	„ 44 „ 85
Razem	<u>Rb. 85 k. 26</u>

Z tej sumy:

a) przelano do funduszu własnego Towarzystwa 10% na administr. Rb. 4 k. 55	
b) wypłacono nagrodę dr. Świąteckiemu Janowi za najlepszy odczyt w 1908 r.	„ 40 k. 41 Rb. 44 k. 96
Remanent z końcem r. 1908	<u>„ 40 k. 30</u>

XXIV. Fundusz staty premii psychiatrycznych z zapisu D-ra Romualda Płaskowskiego.

Fundusz ten wynosi z końcem 1908 r. tak jak poprzednio, bez zmiany . . . , Rb. 2144 k. 50

i mieści się:

a) w papierach procentowych	Rb. 2100 k. —
b) gotowiznie	„ 44 „ 50 Rb. 2144 k. 50

Procent od funduszu premii psychiatrycznych R. Płaskowskiego.

Remanent z r. 1907	Rb. 173 k. 78
W roku 1908 wpłynęło za kupony.	„ 89 k. 78
Ogół przychodu z remanentem	<u>Rb. 263 k. 56</u>

Z tej sumy:

1) wypłacono dr. Sterliugowi Wład. nagrodę . . .	Rb. 200 k. —	
2) przelano do funduszu własnego Towarzystwa 10% od dochodu na administrację, stosownie do budżetu	„ 8 k. 98	Rb. 208 k. 98
Remanent z końcem r. 1908 wynosi		<u>Rb. 54 k. 58</u>

XXV. Fundusz staty z zapisu D-ra Romualda Płaskowskiego, dla delegatów na zjazdy psychiatryczne.

Fundusz ten z końcem roku 1907 mieścił się:

a) w papierach procentowych	Rb. 2150 k. —	
b) gotowiznie	„ 1 „ 59	Rb. 2151 k. 59

W roku 1908 żadnej zmiany w tym funduszu nie było.

Procent od funduszu R. Płaskowskiego dla delegatów.

Remanent z r. 1907	Rb. 337 k. 41
W roku 1908 wpłynęło za kupony	„ 93 „ 58
Ogół przychodu z remanentem	„ 430 k. 99

Z tej sumy:

1) wypłacono zapomogę d-rowi Sterlingowi Wład. na zjazd psych. . . .	Rb. 250 k. —	
2) przelano 10% od czystego dochodu do funduszu własnego Towarzystwa, na administrację . . .	Rb. 9 k. 36	Rb. 259 k. 36
Remanent z końcem r. 1908 wynosi		<u>Rb. 171 k. 63</u>

XXVI. Fundusz w biletach premjowych z zapisu D-ra Romualda Płaskowskiego.

Remanent z końcem r. 1907 Rb. 316 k. 25

W roku 1908:

1. wpłynęło za kupony od biletów premjowych na Rb. 300	Rb. 14 k. 22	
2 przelano z funduszu własnego Towarzystwa na skompletowanie wydatków	„ 11 „ 63	Rb. 25 k. 85
Ogół przychodu z remanentem		<u>Rb. 342 k. 10</u>

Z tej sumy:

1. zapłacono Bankowi Handlowemu za asekurację pożyczek prem.	Rb. 25 k. 25
2. depozytowe za lata 1907—1908	„ — „ 60 Rb. 25 „ 85
Remanent z końcem r. 1908 . . .	Rb. 316 k. 25
a mianowicie:	
1. w biletach pożyczek premjowych Cesarstwa	Rb. 300 k. —
2. w losach zagranic- znych przez testatora przekazanych	„ 16 „ 25
Razem jak wyżej	<u>Rb. 316 k. 25</u>

XXVII. Fundusz stały z zapisu D-ra Józefa Wszębora.

Fundusz ten, z końcem roku 1908 mieścił się, jak poprzednio bez zmiany:

1. w papierach procentowych . . .	Rb. 1600 k. —
2. w gotowiznie	„ 37 „ 85
Razem	<u>Rb. 1637 k. 85</u>

Procent od funduszu J. Wszębora.

Remanent z r. 1907	Rb. 123 k. 12
W roku 1908 wpłynęło za kupony od Listów Zastawnych 4 ¹ / ₂ % M. Warszawy.	„ 68 „ 40
Razem było	Rb. 191 k. 52
Z tej kwoty przelano 10% do fundu- szu własnego na administrację, stosownie do budżetu	„ 6 „ 84
Remanent z końcem r. 1908 wynosi . . .	<u>Rb. 184 k. 68</u>

**B. Fundusze pod administracją Towarzystwa zo-
stające.**

*XXVIII. Fundusz z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie,
z zapisu D-ra Wulentego Koczorowskiego.*

W r. 1908 wpłynęło:

Z komornego od lokatorów domu . . Rb. 5135 k. —

W r. 1908 dopełniono zostały wydat-
ki następujące:

do przeniesienia Rb. 5135 k. —

	z przeniesienia . . .	Rb. 5135 k. —
1. Na stypendya studentom medycyny . . .	Rb. 1800 k. —	
2. Przelano do funduszu nagród konkursowych, roczną sumę w testamencie oznaczoną. . . .	" 600 " —	
3. Wniesiono do Kasy Wsparcia lekarzy, procent za r. 1908 od kapitału Rb. 5000, obciążającego hipotekę domu	" 300 " —	
4. Procent od kapitału poduchownego, na hipotecę domu lokowanego. .	" 6 " 53	
5. Na podatki, ciężary gruntowe, restaurację zabudowań, utrzymanie porządku, koszta miejscowej administracyi i t. p. . . .	" 2089 " 30	
6. Przelano 10% od czystego dochodu do funduszu własnego Towarzystwa, stosownie do budżetu	" 303 " 91	
7. Przelano do fund. rezer. domu № 12/13 w Piotrkowie	" 35 " 26	Rb. 5135 k. —

XXIX. Fundusz rezerwowy domu Nr. 12/13 w Piotrkowie.

Remanent z końcem r. 1907 wynosił	Rb. 1061 k. 94
W r. 1908 przelano z doch. domu № 12/13 w Piotrkowie, jak wyżej	" 35 " 26
Remanent z końcem r. 1908	<u>Rb. 1097 k. 20</u>

Warszawa dnia 18 Maja 1909 r.

Sekretarz Stały *Dr. A. Sokołowski.*

7. BILANS FUNDUSZÓW I WŁASNOŚCI TOWA ZA ROK

STAN CZYNNY.

1. Rachunek Kasy:			
a) Gotowizna . . .	Rb.	9060 k.	22
b) Losy zagr. z zapisu Płaskowskiego, ocenione na	n	16 n 25	Rb. 9076 k. 47
2. Papiery procentowe w Instyt. finansowych:			
a) 4 ¹ / ₂ % Listy Zast. Towarz. Kred. Ziemińskiego	n	7700	n —
b) Listy Zastaw. Tow. Kredyt. miasta Warszawy:			
5 ⁰ / ₀ na . . .	Rb.	5550 k.	—
4 ¹ / ₂ % . . .	n	45800	n —
	n	51350	n —
c) Poż. premj. I—II Em. oraz Banku Szlacheckiego po rb. 100	n	300	n —
d) Akcje Wileń. Ban. Ziemińskiego	n	6000	n —
e) 3 ¹ / ₂ % L. Z. Szl. Pań. B. Z.	n	1300	n —
	n	66650	n —
3. Suma zabez. hipot. na dobrach Brzeźno w Powiecie Ostrołęckim			
	n	4500	n —
4. Wartość Biblioteki Tow. Lekar.			
	n	37500	n —
do przeniesienia . . . Rb. 117726 k. 47			

RZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

1908.

STAN BIERNY.

1. Rachunek „Biblioteki”	Rb.	17 k.	82
2. Rachunek fund. Bęcwicza grobu	”	170	” 25
3. Rachunek proc. od fund. Bęcwi- cza grobu	”	16	” 55
4. Rachunek fund. Bęcwicza na wsparcia	”	8020	” —
5. Rachunek fund. im. Chałubińskiego	”	1300	” 10
6. Rachunek procentów od fund. im. Chałubińskiego	”	150	” 10
7. Rachunek funduszu z zapisu Hen- ryka Michała Czekierskiego	”	2027	” 50
8. Rachunek procentów od fund. H. M. Czekierskiego	”	42	” 74
9. Rachunek fund. z zap. Izydora Czekierskiego	”	2264	” 40
10. Rachunek fund. z zapisu Florkie- wicza (pod dożywociem)	”	5300	” —
11. Rachunek funduszu styp. z zapisu Gołębiowskiego	”	5833	” 25
12. Rachunek procent. od fund. Gołę- biowskiego	”	545	” 02
13. Rachunek fund. im. Helbicha	”	2300	” —
14. Rachunek proc. od fund. Helbicha	”	160	” 96
15. Rachunek fund. z zapisu Jabło- nowskiego	”	14600	” 21
16. Rachunek fund. na reparację gro- bu Jabłonowskiego	”	147	” 05
17. Rachunek funduszu z zap. T. Koc- zorowskiej	”	1065	” —
18. Rachunek funduszu nagród konk. z zapisu Koczorowskiego	”	439	” 80
19. Rachunek fund. z zapisu Koczoro- rowskiego na wydawn. prac konkursowych	”	580	” 66
20. Rachunek fund. im. Leona Konitza	”	2048	” 50
21. Rachunek procen. od fund. Konitza	”	96	” —
22. Rachunek fund. im. Kondratowicza	”	2000	” —
23. Rachunek Kosińskiego ofiary	”	2000	” —
do przeniesienia	Rb.	51125	k. 91

z przeniesienia . . Rb. 117726 k. 47

5. Wartość ruchomości w lokalu Tow. Lekarskiego	„	4000	„	—
6. Wartość inwen. Pracowni Towarzystwa	„	2772	„	—
7. Wartość domu Tow. Lekarskiego pod № 7/614L w Warszawie	„	239822	„	09
8. Rachunek deficytu z roku 1908.	„	2529	„	74

Razem . . . Rb. 366850 k. 30

	z przeniesienia . . .	Rb. 51125 k. 51
24.	Majątek własny Towarzystwa. . .	" 146094 " 09
25.	Rachunek funduszu imienia Mar- kiewicza	" 6000 " —
26.	Rachunek procentów od fundu- szu Marcinkiewicza	" 3922 " 17
27.	Rachunek fund. im. Moczutkow- skiego	" 1310 " 21
28.	Rachunek procentów od fundu- szu Moczutkowskiego	" 40 " 30
29.	Pożyczka Tow. Kred. m. Warsz. . .	" 79000 " —
30.	Pożyczka Tow. „Przezorność” . . .	" 54000 " —
31.	Pożyczka D-ra Dunina	" 5000 " —
32.	Rachunek fund. Pracowni Towa- rzystwa	" 11100 " —
33.	Rachunek procentów od fund. Pracowni	" 60 " 09
34.	Rachunek funduszu rezerwowego domu № 7/614L w Warszawie	" 1132 " 88
35.	Rachunek funduszu rezerwowego domu № 12/13 w Piotrkowie	" 1097 " 20
36.	Rachunek „Przechodnie sumy” . . .	" 8 " —
37.	Rachunek Pamiętnika Towa- rzystwa	" 298 " 37
38.	Rachunek funduszu im. Płaskow- skiego premij	" 2144 " 50
39.	Rachunek procentów od fund. Płaskowskiego premij	" 54 " 58
40.	Rachunek funduszu im. Płaskow- skiego dla delegatów	" 2151 " 59
41.	Rachunek procentów od fundu- szu Płaskowskiego dla delegatów . . .	" 171 " 63
42.	Rachunek funduszu Płaskowskie- go w biletach premjowych	" 316 " 25
43.	Rachunek funduszu z zapisu Wszębora	" 1637 " 85
44.	Rachunek procentu od funduszu z zapisu Wszębora	" 184 " 68
	Razem	<u>Rb. 366850 k. 30</u>

w Warszawie d. 18 Maja 1909 r.

Sekretarz Stały *Dr. Med. A. Sokołowski.*

S.

Sprawozdanie szczegółowe o nowych zapisach i darowiznach.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo Lekarskie otrzymało następujące zapisy i darowizny:

I. Ś. p. Julia z Czabanów Wiemanowa, zmarła w d. (5) 18 Stycznia 1908 roku, testamentem własnoręcznym z d. 28 Maja 1907, ogłoszonym przez Prezesa 5-go Wydziału Cywilnego Sądu Okręgowego Warszawskiego w dniu (9) 22 Stycznia 1908 roku, zapisała na rzecz Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie rb. 2000. Według dosłownego brzmienia testamentu (punkt 117)—„fundusz ten winien być podług uznania Zarządu Towarzystwa używany na udzielanie pożyczek dwóm młodym lekarzom polakom, odznaczającym się wybitnymi zdolnościami, do wysokości rb. tysiąc każdemu, jednorazowo lub też częściowo, na wyjazd za granicę celem dalszego kształcenia się, pod warunkiem wszakże, że pomoc tę czasową jako prosty dług, obowiązani będą zwrócić Towarzystwu, bez procentu, w przeciągu lat pięciu, ratami rocznymi, na co wystawią odnośne obligi. Ze zwracanych przez byłych stypendystów kwot należy tworzyć nowy fundusz na taki sam cel użyć się mający.

Kancelarya Warszawskiego Jenerał-Gubernatora odezwą z dnia 30 Kwietnia r. 1908 № 10912 zawiadomiła Towarzystwo Lekarskie, że Główny Naczelnik kraju zezwolił na przyjęcie przez Towarzystwo zapisu ś. p. Julii Wiemanowej, na warunkach w testamencie wyszczególnionych.

Sumę rb. 2000 z zapisu ś. p. Wiemanowej Towarzystwo otrzymało w dniu 30 Marca r. 1909.

II. Prof. Dr. Julian Kosiński, Członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego, według dosłownej jego deklaracji z d. 24 Lipca 1908 roku: „na podziękowanie Towarzystwu za uczenie w dniu 30 Czerwca 1908 roku mego 50-cio letniego jubileuszu, składam do kasy Towarzystwa na upamiętnienie tej uroczystej dla mnie chwili, rb. 2000, przeznacząc tę sumę na najpotrzebniejsze urządzenia Pracowni przy Towarzystwie istniejącej, a mającej za zadanie badania anatomopatologiczne i biologiczne”; przyczem jubilat prosił Towarzystwo: aby powyższa suma zostawała aż do jej wyczerpania w dyspozycyi Zarządu Towarzystwa Lekarskiego i była wydawaną na potrzeby urządzenia pracowni,

w miarę przedstawień Zarządzającego pracownią. Zarząd Towarzystwa Lekarskiego na posiedzeniu w d. 22 Września 1908 r. postanowił zaprowadzić oddzielny rachunek funduszu z ofiary Prof. Kosińskiego na potrzeby urzędowania pracowni.

Oprócz wyżej wymienionych sum, otrzymało nadto Towarzystwo Lekarskie ofiary jednorazowe na powiększenie funduszu bieżącego na wydawnictwo Pamiętnika Towarzystwa:

- | | |
|--|--------------|
| 1) od D-ra Alfreda Sokołowskiego . | Rb. 100 k. — |
| 2) z Kasy imienia Dr Mianowskiego | |
| sumę przyznaną Redaktorowi Pamiętnika | |
| jako zasilek na kosztą druku Przeglądu | |
| piśmiennictwa | „ 300 „ — |

Warszawa dnia 18 Maja 1909 r.

Sekretarz Stały *Dr. Med. A. Sokołowski.*

⊖.

Nagrody konkursowe, stypendya i t. d. przyznane w roku 1908 z funduszków pod zarządem Towarzystwa zostających.

A. Co do nagród konkursowych.

1. W roku 1908 na konkurs imienia Walentego Koczorowskiego nadesłano trzy prace, mianowicie:

a) „Wpływ alkoholu na wydzielanie się ciał alloksurowych z moczem” (Godło „Festina lente”).

b) „Studja nad morfologją i biologją krętków Obermayera” (Godło „Treponema”).

c) „Stosunek t. z. arteriosklerozy doświadczalnej królików do miażdżycy tętnic u ludzi” (Godło „Feci quod potui, faciant meliora potentes”).

Komitet konkursowy złożony z kolegów: Dmochowskiego, Dunina, Flataua, Jakowskiego, Sawickiego Bronisława, pod przewodnictwem Wiceprezesa Gabszewicza (kol. Chełchowski nie mógł przybyć na posiedzenie i nadesłał piśmienną ocenę powyższych prac) po wyczerpującej dyskusyi doszedł do następujących wniosków: praca pierwsza pod godłem „Feci quod potui, faciant meliora potentes”—

odpowiada wszelkim wymaganiom, jakie stawiamy oryginalnej pracy naukowej. Przedewszystkiem metody badania i sposób obstawienia doświadczeń są bez zarzutu. Autor badał oddzielnie wpływ alkoholu na kwas moczowy egro i endogeniczny; dalej zamiast nieokreślonego co do swej wartości mięsa, podawał czyste ciało alloksurowe, przez co doświadczenia stały się zupełnie czystymi. Ilość pracy włożona w doświadczenia jest ogromna, literatura cała uwzględniona, a przedstawienie wyników doświadczeń—jasne.

W drugiej pracy, pod godłem „Treponema” traktującej morfologią i biologią krętków Obermayera, autor wprawdzie nie wyczerpuje całkowicie tego co możnaby zrobić w zakresie zwłaszcza biologii pasorzytów gorączki powrotnej, rzuca jednak nowe myśli, zaliczając na zasadzie przytoczonych faktów krętki Obermayera do kategorii pierwotniaków, których formy rozwojowe starał się autor prześledzić w hodowlach i na zwierzętach. Znać w tej pracy obznajmienie autora z przedmiotem i opanowanie metod badania, a przeprowadzenie większej ilości doświadczeń na zwierzętach, których zrobiono stosunkowo niewiele, mogłoby bardzo słusznie poprzeć wnioski autora, zwłaszcza pożądane byłyby doświadczenia na małpach.

Bardzo ciekawe fakty podaje autor odnośnie znaczenia pośrednich roznośców zarazki—pluskiew i wszy. Liczne rysunki popierają rozumowania i wnioski autora.

Z trzeciej pracy na temat „Stosunek t. zw. arteriosklerozy doświadczalnej królików, do miażdżycy tętnic u ludzi” — widać, że autor włożył w nią wiele pracy, a w doświadczeniach swych otrzymał daleko posunięte zmiany w tętnicach królików, częściej niż je widywali u nas badacze; język jednak rozprawy pozostawia dosyć do życzenia; dział literacki opracowany jest niedostatecznie, metody badania są niewystarczające, tłumaczenie widzianych obrazów jest nieraz niezrozumiałe, a wnioski nie zawsze są dostatecznie motywowane, przytem odpowiedź na zadany temat nie jest ściśle usprawiedliwiona.

Rezultat tajnego głosowania na powyższem posiedzeniu Komitetu konkursowego był taki, że nagrody przyznane zostały dwóm pracom: 1) „O wpływie alkoholu na wydzielanie się ciał alloksurowych z moczem (godło „Festina lente”) i pracy „Studja nad morfologią i biologią krętków Obermayer'a (godło „Treponema”).

Po otwarciu na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lekarskiego w dniu 23 Czerwca 1908 roku kopert zabezpieczonych z napisem na wierzchu wyżej wymienionych godeł, okazało się, że autorem pierwszej jest kol. Anastazy Landau, drugiej pracy — kol. Leon Karwacki, obaj członkowie czynni Towarzystwa.

2) Na konkurs imienia d-ra Romualda Płaskowskiego w roku 1908 nadesłaną została jedna tylko praca „O zaburzeniach psychiatrycznych przy nowotworach mózgowia” pod godłem „mens aegrota in corpore aegrota”.

Komitet konkursowy składający się z kolegów Fla-taua, Gajkiewicza, Kornilowicza i Rychlińskiego, pod przewodnictwem kol. Gabszewicza, jako Wiceprezesa Towarzystwa, na posiedzeniu w dniu 19 Czerwca 1908 roku, po wszechstronnej i wyczerpującej dyskusji, oceniając sumienne badanie klinicznej strony i analizy psychologicznej kilku przypadków, a podkreślając niektóre usterki łatwe do usunięcia, przyznał autorowi nagrodę konkursową za powyższą pracę.

Po otwarciu na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa w dniu 23 Czerwca 1908 roku koperty zabezpieczowanej pod powyższym godłem, okazało się, że autorem pracy jest D-r Władysław Sterling, członek czynny Towarzystwa.

3) Z procentów od funduszu z zapisu D-ra Józefa Moczutkowskiego przyznane zostało premium w kwocie Rb. 40 kop. 41 na posiedzeniu Komitetu do przysądzenia tej nagrody wyznaczonego, w dniu 29 Lutego 1908 roku.

Komitet składający się z kolegów: Prezesa Towarzystwa Lekarskiego W. Kamockiego, Wice-prezesa A. Gabszewicza, Sekretarza Stałego A. Sokołowskiego i Sekretarza doręcznego J. Landsteina, po rozpoznaniu wszystkich prac w r. 1907 na posiedzeniach klinicznych Towarzystwa przedstawionych, wyróżnił następujące odczyty: 1) Anastazego Landaua: „Badania doświadczałne nad alkalicznością krwi i zatruciem krwistym”; 2) Bolesława Żebrowskiego: „O stosunku substancji uczulających do precypitynogenu”; 3) Jana Świąteckiego: „O chorobach kesonowych”; 4) Władysława Starkiewicza: „W sprawie patogeny żółtaczki przewlekłej wrodzonej”; 5) Antoniego Leśniowskiego: „W sprawie leczenia ortopedyczno-chirurgicznego porażeń dziecięcych”. Po rozważeniu i szczegółowej dyskusji, Komitet jednogłośnie przyznał powyższą nagrodę kol. Janowi Świąteckiemu za jego pracę kliniczno-eksperymentalną p. t. „O chorobach kesonowych”.

4) O zapomogę z procentów od funduszu im. D-ra Romualda Płaskowskiego dla udania się na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, otrzymano 5 podań, mianowicie: 1) Maurycego Bornsteina, 2) Witolda Chodźko, 3) Bronisława Łuczyckiego, 4) Stefanii Suszczyńskiej i 5) Władysława Sterlinga.

Komitet konkursowy im. R. Płaskowskiego, w składzie wyżej pod Nr. 2 wymienionym, na posiedzeniu w dniu 19 Czerwca 1908 roku, za pomocą tajnego głosowania, przyznał zapomogę na zjazd psychiatryczny w Dijon kol. Władysławowi Sterlingowi, który, po powrocie z tego zjazdu przedstawił Towarzystwu sprawozdanie.

UWAGA. Do przyznania nagród z innych funduszków konkursowych, terminy w roku 1908 nie przypadały.

B) Co do stypendyów.

1) Komitet opieki funduszu stypendyjalnego im. D-ra Walentego Koczorowskiego przyznał stypendya z tego zapisu na rok akadem. 1908/9 po Rb. 300 następującym studentom medycyny:

a) z Uniwersytetu w Dorpacie

1) Granicznemu Wiktorowi, stud. kursu V

b) z Uniwersytetu w Kijowie

2) Grabowskiemu Tomaszowi, stud. kursu V

3) Zamojskiemu Karolowi " " V

4) Kuczyńskiemu Romanowi " " IV

c) z Uniwersytetu w Moskwie

5) Przetakiewiczowi Henrykowi, st. kursu IV

d) z Uniwersytetu w Odessie

6) Sokołowskiemu Ksaweremu, st. kursu V

UWAGA. Z procentów od funduszków: im D-ra Ignacego Gołębiowskiego, D-ra Konstantego Marcinkiewicza i D-ra Polikarpa Girsztowta, stypendya w roku sprawozdawczym nie były przyznane, z powodu, iż stypendya te są przeznaczone dla studentów Uniwersytetu Warszawskiego, który w r. 1908 był zamknięty.

2) Co się tyczy zapomóg, stypendyów i premjów z procentu od funduszu z zapisu D-ra Józefa Chwiećkowskiego, wspomnieć tu wypada o udziale Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w ich zatwierdzeniu.

Na mocy testamentu D-ra Chwiećkowskiego z dnia 5 Czerwca 1879 roku, wykonawcy testamentu: Prof. D-r Ignacy Baranowski, D-r Kazim. Chełchowski i Adwokat przysięgły Dominik Anc przyznali w roku 1908 zapomogi dla uczniów i premja za wydawnictwa popularne, a Zarząd Towarzystwa Lekarskiego zatwierdził je, w ogólnej sumie Rb. 3015, a w szczególności:

1) Z procentu od kapitału stypendyalnego uczniów szkół technicznych i rzemieślniczych, przyznano zapomogi uczniom i uczennicom oraz praktykantom fabrycznym i rzemieślniczym, w wysokości od Rb. 40 do Rb. 100, łącznie Rb. 1440 k. —

2) Uchylono decyzję z dnia 6 Października 1907 roku w przedmiocie udzielenia zapomogi w sumie Rb. 450 na wydawnictwo dziełka Laisanta „Początkowa nauka matematyki“ z powodu, iż książka ta z innych funduszków już została wydana.

3) Z procentu od kapitału na premja i wydawnictwa popularne z dziedziny nauk przyrodniczych, przyznano:

a) M. Brzezińskiemu premium za wydanie książki Karczewskiej o uprawie warzyw Rb. 250 k. —

b) temuż M. Brzezińskiemu zapomogę na wydawnictwa następujące:

do przeniesienia Rb. 250 k. — Rb. 1440 k. —

	z przeniesienia	Rb. 250 k. —	Rb. 1440 k. —
1)	M. Brzeziński „Wstępna nauka rachunków” . . .	Rb. 150 k. —	
2)	Puławski „O suchotach”	„ 100 „ —	
3)	Maciesza „O chorobach oczu”	„ 200 „ —	
4)	Zaleski „O chorobach zakaźnych”	„ 150 „ —	
5)	Jankowski „Mandżurya”	„ 250 „ —	
6)	Morzycka „Grecya”	„ 200 „ —	
7)	Skrzyńska „Na dnie oceanu”	„ 200 „ —	
8)	Umiński „W otchłaniach niebios”	„ 75 „ —	Rb. 1575 k. —
	Ogółem		Rb. 3015 k. —

UWAGA. Dla studentów medycyny w roku 1908 stypendya z zapisu D-ra Chwiećkowskiego nie były przyznane.

Wykonawcy testamentu ś. p. D-ra Józefa Chwiećkowskiego złożyli Zarządowi Towarzystwa Lekarskiego, za pośrednictwem jednego z wykonawców, mianowicie P. Dominika Anca, sprawozdanie ze stanu funduszu wieczystego im. Chwiećkowskiego i obrotu procentów za rok 1908.

Sprawozdanie to jak niemniej cała rachunkowość funduszu wieczystego, sprawdzone były przez Delegację z grona Członków Zarządu Towarzystwa Lekarskiego wyznaczoną, złożoną z D-rów Sokołowskiego, Kozerskiego, Winiarskiego i Ant. Majewskiego i znalezione zostały w zupełnym porządku. Kopja sprawozdania za rok 1908 przesłana została przez Towarzystwo Lekarskie P. Kuratorowi Okręgu Naukowego Warszawskiego.

Warszawa d. 25 Czerwca 1909 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa *D-r med. A. Sokołowski.*

10. 11.

*Zawiadomienie o konkursach i nagrodach wakujących
oraz o zadaniach konkursowych.*

A. Co do nagród konkursowych.

Wakują następujące nagrody konkursowe:

1) Nagroda pieniężna z funduszu zapisanego przez Walentego Koczorowskiego, Rb. 300, z terminem 31 Marca 1910 roku, do składania prac pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Zadania konkursowe i bliższe informacje wydrukowane są w ogłoszeniach przy końcu niniejszego zeszytu Pamiętnika.

2) Nagroda pieniężna w kwocie około Rb. 180 im. Romualda Płaskowskiego za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem, w języku polskim, w terminie od d. 1 kwietnia 1908 do d. 31 Marca 1910 r. bądź też w rękopisie Towarzystwu przedstawioną. (Zob. ogłoszenie przy końcu niniejszego zeszytu).

3) Nagroda pieniężna w kwocie około Rb. 250 imienia Leona Konitza, za najlepszą pracę oryginalną, w języku polskim, poświęconą li tylko chorobom kobiecym lub akuszeryi, i ogłoszoną drukiem w terminie od d. 1 Kwietnia 1908 r. do dnia 31 Marca 1911 roku (Zob. ogłoszenie przy końcu niniejszego zeszytu).

4) Nagroda pieniężna w kwocie około Rb. 250, z funduszu imienia Józefa Wszębora, za najlepszą pracę oryginalną, na dowolny temat z dziedziny patologii ogólnej lub higieny, w języku polskim Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną w terminie do dnia 31 Marca 1910 roku. (Zob. ogłoszenie przy końcu niniejszego zeszytu).

5) Nagroda pieniężna w kwocie Rb. 40 kop. 40 w miesiącu Lutym 1910 przyznać się mająca z funduszu imienia Józefa Moczutkowskiego za najlepszy odczyt z liczby odczytów na posiedzeniach klinicznych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku 1909 wygłoszonych.

6) Zapomoga pieniężna w kwocie około Rb. 180 imienia Romualda Płaskowskiego, udzielić się mająca w Czerwcu 1910 dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą czy to w kraju czy też zagranicą. (Zob. ogłoszenie przy końcu niniejszego zeszytu).

B. Co do stypendyów i zapomóg.

Wakują na rok akad. 1909/10 następujące stypendya:

1) Sześć stypendyów, każde po Rb. 300, z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, religii rzymsko-katolickiej, z pierwszeństwem dla kandydatów pochodzących z rodzin imiennie przez zapisodawcę wskazanych. (Zob. ogłoszenie przy końcu niniejszego zeszytu Pamiętnika).

2) Kilka stypendyów z funduszu imienia D-ra Konstantego Marcinkiewicza, każde po Rb. 300, dla studentów medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. (Zob. ogłoszenie przy końcu niniejszego zeszytu).

3) Jedno stypendyum w kwocie Rb. 225 z funduszu im. D-ra Ignacego Gołębiowskiego, dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, z pierwszeństwem dla krewnych zapisodawcy. (Zob. ogłoszenie przy końcu niniejszego zeszytu).

12.

Wspomnienia pośmiertne o członkach Towarzystwa Lekarskiego zmarłych w roku 1908.

Członek honorowy.

Szczegółowy życiorys Członka honorowego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego D-ra med. Eiselta Bogumiła, Profesora Uniwersytetu Czeskiego w Pradze, zmarłego w temże miesiącu w dniu 22 Sierpnia 1908 r., odczytany został na posiedzeniu klinicznem Towarzystwa Lekar-

skiego w dniu 15 Września 1908 r. (Zob. Pamiętnik T. L. Warsz. Zeszyt IV r. 1908, 1 strona 565).

Członkowie Czynni.

1) Ś. p. D-r Feliks Ficki urodził się w Warszawie w r. 1852. Po ukończeniu kursu nauk lekarskich w r. 1875, ze stopniem lekarza w Uniwersytecie Warszawskim, był w latach 1877 do 1880 pierwszym asystentem przy katedrze akuszerki w tymże Uniwersytecie, zajmowanej przez ś. p. prof. Tyrchowskiego. Wkrótce potem zasłynął jako dobry akuszer i ginekolog, zwłaszcza po ogłoszeniu w r. 1880 w „Gazecie Lekarskiej“ wykonanej przez siebie operacji cięcia cesarskiego sposobem Porro. Przypadek ten ś. p. Ficki ogłosił także w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” w roku 1881.

Na członka czynnego tegoż Towarzystwa wybrany był na posiedzeniu w dniu 7 Stycznia 1890 r. i czynny udział w pracach Towarzystwa przyjmował. Zmarł w Warszawie dnia 26 Stycznia 1908 roku.

2) Ś. p. Zygmunt Koronkiewicz urodził się w gubernii Radomskiej w roku 1875. Kształcił się w gimnazjum Radomskim, otrzymał zaś patent z ukończenia kursu gimnazjalnego w Piotrkowie. Kurs nauk lekarskich ukończył w Uniwersytecie Warszawskim ze stopniem lekarza w roku 1900. W tymże roku wstąpił jako asystent oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus — pozostając na tem stanowisku do końca życia.

Na członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wybrany był Koronkiewicz na posiedzeniu w dniu 7 Stycznia 1908 roku i zaledwie po 2-ch miesiącach zaraziwszy się w szpitalu tyfusem plamistym, zmarł w dniu 17 Marca 1908 r.

3) S. p. Mieczysław Korzeniowski urodził się w r. 1863 w Siedlcach. Po ukończeniu gimnazjum w Białej Siedleckiej, wstąpił w r. 1883 do Uniwersytetu Warszawskiego na wydział lekarski, który ukończył w r. 1889 ze stopniem lekarza. Niezwłocznie zaczął pracować w szpitalu Dz. Jezus, jako asystent oddziału chirurgicznego D-ra Władysława Krajewskiego. W r. 1903 Korzeniowski zamianowany został ordynatorem nadetatowym w tymże szpitalu, a po śmierci D-ra Władysława Krajewskiego objął kierownictwo Oddziału chirurgicznego. Operując wiele

pod kierunkiem Krajewskiego zdobył wybitną technikę w umiłowanej przez siebie chirurgii, zwłaszcza chirurgja jamy brzusznej i kości miała w Korzeniowskim dzielnego wykonawcę. W r. 1893 ogłosił drukiem w „Przeglądzie Chirurgicznym“ pracę pod tytułem „Sześć przypadków rezekecyi stopy podług Władimirow-Mikulicza“. Na członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawsk. wybrany był na posiedzeniu w dniu 3 Stycznia 1899 r. Zmarł w dniu 11 Maja 1908 r.

Członek korespondent.

Dr. Mierzejewski Jan Lucyan urodzony dn. 19 Lutego 1839 r. w Krakowskim — ukończył w r. 1855 nauki gimnazjalne w Lublinie; w r. 1856 wstąpił do Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu, w r. 1861 stopień lekarza otrzymał. Zdolnościami zwrócił na siebie uwagę Władzy, która pozostawiła go przy Akademii dla dalszego kształcenia się. Mierzejewski z zapałem poświęcił się badaniu chorób umysłowych i nerwowych pod kierunkiem prof. Jana Balińskiego. W r. 1864 osiągnął stopień Doktora Medycyny i został mianowany Ordynatorem kliniki chorób umysłowych. W r. 1872 udał się w celach naukowych za granicę; z pożytkiem zwiedzał kliniki i pracownie Westphala i Virchowa w Berlinie, Henle i Merckela w Getyndze, a najdłużej pracował pod kierunkiem Charcot'a i Duchenne de Boulogne w Paryżu. Zwiedziwszy jeszcze Zakłady dla obłąkanych w Kopenhadze i Hamburgu wrócił w r. 1873 do Petersburga i objął zaowu obowiązki ordynatora kliniki psychiatrycznej. Ale już w roku następnym przedsięwziął nową podróż za granicę: pracował u Meynerta i Leidesdorfa w Wiedniu, u Kuehne i Arnolda w Heidelbergu, u Guddena w Monachium, u Charcott'a, Duchenne de Boulogne, Vulpiana i Kl. Bernarda w Paryżu. W Anglii na kongresie w Norwich (1874) przedstawił preparaty zmian anatomopatologicznych w mózgu przy bezwładzie postępowym, zwiedził zakłady i kliniki dla obłąkanych w Londynie i zawiązał stosunki z najznakomitszymi psychiatrami angielskimi. W końcu roku 1876, po ustąpieniu Prof. Balińskiego z Akademii, Mierzejewski został mianowany docentem etatowym psychiatryi, a w Styczniu 1877 roku objął katedrę chorób umysłowych i nerwowych i ster kliniki psychiatrycznej w stopniu profesora zwyczajnego. Nadto był on członkiem Rady Lekarskiej

Cesarstwa Rosyjskiego, Prezesem Towarzystwa psychiatrów w Petersburgu, członkiem Towarzystwa biologicznego, anatomicznego, antropologicznego i lekarsko-psychologicznego w Paryżu, członkiem Towarzystwa psychiatrów belgijskich, członkiem Towarzystwa lekarsko-psychologicznego Wielkiej Brytanii i Hibernii w Londynie, członkiem Towarzystw Lekarskich w Krakowie i Wilnie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie mianowało Mierzejewskiego członkiem korespondentem na posiedzeniu w dniu 6 Listopada 1883 roku.

Z licznych jego prac ogłoszonych drukiem najwybitniejsze są: badania nad budową mózgu normalnego, nierozwiniętego lub patologicznie zmienionego; o mikrocefalii, o niektórych właściwościach mózgu u idiotów; o stosunku szypułki mózgowej do jej czepca w mózgach nieprawidłowo rozwiniętych: „Recherches anatomopathologiques sur l'idiotie“ i t. d. Zmarł w Paryżu w dniu 5 Marca r. 1908.

13. 14. 15.

Odpis protokołu posiedzenia Komitetu Rewizyjnego, obejmujący rezultaty rewizji rachunków oraz uwagi w myśl regulaminu Towarzystwa.

Działo się w lokalu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w Warszawie dnia 11 Marca 1909 roku.

Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, złożony z członków czynnych Towarzystwa: Adama Ciąglińskiego, jako przewodniczącego w Komitecie oraz Franciszka Giedroycia i Karola Zaleskiego, członków tegoż Komitetu, w obecności Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Antoniego Gabszewicza, Sekretarza Stałego Alfreda Sokołowskiego oraz w obecności Podskarbiego Towarzystwa Konrada Dobrskiego, dopełnił w dniu dzisiejszym, w myśl § 112 Regulaminu objaśniającego i rozwijającego ustawę Towarzystwa Lekarskiego, szczegółowej rewizji rachunków Towarzystwa za rok 1908 oraz obecnego stanu obu kas: Towarzystwa i Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, wdów i sierot, przy Towarzystwie istniejącej.

Podskarbi Towarzystwa Dobrski przedstawił Komitetowi następujące książki rachunkowe, mianowicie: kwitariusze do poboru: 1) składek terminowych stałych do Kasy Towarzystwa; 2) ofiar jednorazowych na rzecz Towarzystwa wnoszonych; 3) wpływów z prenumeraty Pamiętnika; 4) wpływów za komorne od lokatorów domu Towarzystwa przy ulicy Niecałej, oraz 5) kwitariusz innych wpływów do kasy Towarzystwa wnoszonych, jak np. wpływów nadsyłanych z dochodu domu stypendyalnego z zapisu D-ra Koczorowskiego w m. Piotrkowie, procentów od kapitałów hipotecznych itd.

Nadto przedstawione zostały Komitetowi Rewizyjnemu:

1) Bilans funduszków i własności Towarzystwa za rok 1908.

2) Wykaz papierów procentowych Towarzystwa Lekarskiego, zdeponowanych w Instytucjach finansowych.

3) Wykazanie stanu Kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy w dniu dzisiejszym.

4) Asygnacje i dowody wypłat na wydatki w roku 1908 z Kasy Towarzystwa Lekarskiego dopełnione.

5) Świadczenia depozytowe: Dyrekcji Głównej Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego, Dyrekcji Towarzystwa Kredytowego Miasta Warszawy, Banku Handlowego i Warszawskiego Kantoru Banku Państwa, na złożone w tychże instytucjach papiery procentowe.

Po szczegółowym sprawdzeniu przedstawionego Bilansu funduszków i własności Towarzystwa Lekarskiego za rok 1908, oraz wykazu papierów procentowych, zdeponowanych w wyżej wymienionych instytucjach finansowych z księgami buchalteryjnymi i dokumentami Kasy Towarzystwa, Komitet Rewizyjny znalazł zupełną zgodność rachunkowości i kasowości Towarzystwa za rok 1908.

Porównyując budżet Towarzystwa na rok 1908 zaświadczony, z Bilansem zamknięcia funduszków poszczególnych za tenże rok, przekonał się Komitet Rewizyjny, że wogóle wszystkie oznaczenia budżetowe, zarówno w dochodach, jak i w rozchodach, wykonane zostały w r. 1908 zgodnie z budżetem, z wyjątkiem rachunku z dochodów domu Towarzystwa przy ul. Niecałej pod № 7/614L, w którym to rachunku okazał się z końcem roku deficyt w sumie Rb. 2529 kop. 74. Deficyt ten, który powstał wskutek zaregulowania do Towarzystwa zaległych po latków z lat ostatnich, szczegółowo został usprawiedliwiony przez Sekretarza Stałego i Podskarbiego na posiedzeniu administracyjnym Towarzystwa w dniu 29 Grudnia 1908 roku.

Następnie sprawdził Komitet Rewizyjny stan obecny obu kas: Towarzystwa i Kasy Wsparcia, przyczem okazał się następujący stan tychże kas, zgodny z Księgami kasowymi obu instytucji, a w szczególności:

I. Co do kasy Towarzystwa Lekarskiego.

Saldo Kasy, w dniu dzisiejszym wynosi:

w gotowiznie:

a) w Banku Handlowym na rachunku przekazowym	Rb. 10168 k. 77	
b) w zachowaniu Podskarbiego w kasie ogniotrwałej, w lokalu Towarzystwa znajdującej się . . .	„ 209 „ 61	Rb. 10378 k. 38
2. w losach pożyczek zagranicznych, bezprocentowych, z zapisu D-ra Płaskowskiego, ocenionych na		Rb. 16 k. 25
	Razem . . .	Rb. 10394 k. 63

wyraźnie Saldo kasy Towarzystwa Rubli dziesięć tysięcy trzysta dziewięćdziesiąt cztery kopiejek sześćdziesiąt trzy.

II. Co do Kasy Wsparcia:

Saldo tej kasy w dniu dzisiejszym wynosi:

1. w gotowiznie:		
a) w Banku Handlowym na rachunku przekazowym	Rb. 3087 k. 69	
b) w zachowaniu Podskarbiego w kasie ogniotrwałej	Rb. 8 k. 51	Rb. 3096 k. 20
2. w papierach procentowych, w tejże kasie w zachowaniu Podskarbiego: a) w $4\frac{1}{2}\%$ Listach Tow. Kredytowego Ziemińskiego, wartości nominalnej	Rb. 400 k. —	
b) w Akcyach Tow. Zakładu Leczniczego w Nałęczowie wartości nominalnej	Rb. 1000 k. —	Rb. 1400 k. —
	Razem . . .	Rb. 4496 k. 20

wyraźnie: Rubli cztery tysiące czterysta dziewięćdziesiąt sześć kopiejek dwadzieścia.

Zdeponowanie w Banku Handlowym w Warszawie wykazanej wyżej gotowizny obu kas, mianowicie: gotowizny kasy Towarzystwa Lekarskiego Rb. 10168 kop. 77 i gotowizny Kasy Wsparcia Rb. 3087 kop. 69, Podskarbi Dobrski usprawiedliwił wykazem przez Bank Handlowy poświadczonym. Gotowiznę i papiery procentowe znajdujące się w kasie ogniotrwałej, w lokalu Towarzystwa Lekarskiego, Rb. 209 kop. 61 i papiery, wartości nominalnej Rb. 16 kop. 25, oraz gotowiznę Kasy Wsparcia Rb. 8 kop. 51 i papiery wartości Rb. 1400 Komitet Rewizyjny przeliczył i napowrót Podskarbiemu do zachowania w kasie wręczył.

Odpowiednie poświadczenia o zupełnej zgodności stanu kasowego obu instytucji — Komitet Rewizyjny w księgach kasowych zamieścił, jak niemniej poświadczenie o zgodności Bilansu za rok 1908—w Księdze Bilansów.

Przewodniczący w Komitecie Rewizyjnym:

(podpisano) *Adam Ciągliński*

Członkowie Komitetu (podpisano) *K. Zaleski.*
F. Giedroyc

Za zgodność kopii Sekretarz Stały *Dr. Med. A. Sokołowski.*

16.

Sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1908.

Na początku roku 1908, a 91-go swego istnienia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie liczyło w swym składzie członków honorowych 9, członków czynnych 240, członków korespondentów 68, oraz członków przybranych 3.

W roku sprawozdawczym zmarł jeden członek honorowy prof. Bogumił Eiselt; z pomiędzy członków czynnych

zmarli: kol. Feliks Ficki, Zygmunt Koronkiewicz i Mieczysław Korzeniowski. Z członków korespondentów na członków czynnych przeszli kol. Feliks Arnstein, Kazimierz Ciągliński, Rafał Feilchenfeld i Arkadiusz Puławski. Z grona członków usunął się kol. Tadeusz Trzeciński. Na posiedzeniu wyborczem w dniu 7 Stycznia 1908 r., weszło do grona Towarzystwa członków czynnych 38, oraz wybrany został na Członka honorowego Prof. D-r Maciej Lon-Jakubowski jubilat z Krakowa.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo odbyło 28 posiedzeń klinicznych (w r. z. 29). Na posiedzeniach klinicznych wygłoszono odczytów 36 (w r. z. 36), w tej liczbie trzy przez nieczłonków (w r. z. 2). Demonstracyi dokonano 28 (w r. z. 56), z tych dwie przez nieczłonków. Ogółem zabierało głos kolegów 102 (w r. z. 88), w tej liczbie trzech nieczłonków.

Gości wprowadzonych ogółem było 63 (w r. z. 76). Najliczniejsze posiedzenie liczyło 111 członków (w r. z. 84), najmniej liczne 31 (w r. z. 11), przeciętnie bywało na posiedzeniach 60 członków (w r. z. 44).

W roku sprawozdawczym największa ilość odczytów przypadła medycynie wewnętrznej, a mianowicie 11. Wygłosili je następujący Koledzy: Gryglewicz (nieczłonek) „Przyczyny dyzenteryi i surowica przeciwdyzenterytyczna”. Halpern „O rozwodnieniu krwi w przebiegu zapalenia nerek”. Sek. Stały Sokołowski „Doświadczenia własne nad działaniem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka, przy leczeniu gruźlicy płucnej”. Arnstein „O nowych źródłach solanki używanej do picia w Ciechocinku, o ich leczniczym znaczeniu i stosowaniu w cierpieniach narządu trawienia”. Rzętkowski „W sprawie leczenia otyłości”. Pyrz „Ciechocińskie kąpiele kwasowęglowe, ich analiza, sposób przyrządzania i wskazania do stosowania leczniczego” Goldbaum Józef „W sprawie fosfaturyi i powstawania kamieni fosforanowych”. Dębiński „Kliniczne znaczenie odczynu Calmette’a”. Halpern „O wpływie soku żołądkowego na procesy gnicia w kiszkaach”. Do tegoż działu zaliczyć należy i odczyty kol. Starkiewicza, który mówił „O teoryi usposobienia mechanicznego do gruźlicy i rozedmy płuc oraz ich leczeniu operacyjnem” i Skłodowskiego „O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacyi w niepowikłanej kamicy nerkowej”. Wkraczają one do t. zw. Grenzgebiet chirurgii i medycyny wewnętrznej, do pogranicza, na którym postęp wiedzy medycznej coraz silniej zaciera znaki grani-

czne. Praca Skłodowskiego tak swą treścią jak i opracowaniem żywo zainteresowała członków i wywołała ożywioną wymianę zdań między chirurgami i internistami; zaznaczyła się tutaj rzadka zgodność w pojęciach na wskazania terapeutyczne i chirurgiczne.

Następne miejsce co do ilości odczytów zajmuje patologia ogólna i biologia, dział, który dotąd rzadka w sprawozdaniach dorocznych bywał notowany. Zaliczyć tu należy 4 prace, które wypowiedzieli następujący koledzy: Henryk Landau „Krew w przewlekłym zatruciu ołowiem” (z pokazami). Otto „Stosunek arteriosklerozy doświadczalnej do arteriosklerozy ludzkiej”. Karwacki „Wiązanie aleksyny jako metoda dyagnostyczna”. Anastazy Landau i Wilczyński „Badania doświadczalne nad powstawaniem obrzęków w zapaleniu nerek”. Ten ostatni odczyt dla swego niezwykle sumiennego i szerokiego opracowania i ogromu pracy w doświadczenie włożonej, spotkał się ze szczerym uznaniem członków, którzy wysłuchali go w liczbie rzadko notowanej na posiedzeniach, poświęconych zagadnieniom medycyny teoretycznej.

Tematy chirurgiczne poruszało dwóch prelegentów w 3 odczytach: Borzymowski, który mówił „O ranach postrzałowych według własnych spostrzeżeń” i przedstawił „Czwarty przypadek zeszyca serca”, i Franciszek Kijewski, który podał „Obecny stan wiedzy chirurgicznej płuc”. Ostatnia ta praca, którą również do pogranicza chirurgii i medycyny wewnętrznej zaliczyć należy, w znacznej mierze opartą została na materyale własnych doświadczeń laboratoryjnych i obserwacji klinicznych prelegenta; wywołała ona zainteresowanie wśród członków i żywą dyskusję.

Bakteryologię, jak to od szeregu lat ma miejsce, niepodzielnie reprezentuje kol. Karwacki, który wypowiedział w różnych okresach czasu 3 odczyty: „Pokaz preparatów hodowlanych spirochaete Obermeyeri” i preparatów tkankowych”; „O zarazku ospowym”; „Szczepienia przeciwcholeryczne”. Na wszystkich posiedzeniach, odczytom tym poświęconych, księga obecności wykazuje większą od przeciętnej ilość członków, co wymownie świadczy o popularności prelegenta w Towarzystwie.

Röntgenografia, najmłodsza bodaj gałąź medycyny, którą dotąd zaledwie parę razy do Towarzystwa wprowadzano, w roku sprawozdawczym była przedmiotem 3 odczytów, z których dwa wypowiedział kol. Barszczewski: 1) Urządzenia i metody badania klinicznego promieniami

X. chorych wewnętrznych“ i 2) „Ortodiagrafia“, a jeden kol. Judt (nieczłonk) p. t. „Roentgenografia kiszek“. Ta ostatnia praca jest poniekąd nowością w tej dziedzinie, prelegent bowiem jeden z pierwszych podjął systematyczne i ściśle badania na tej drodze kiszek.

Przyniosły one sporo nowych zdobyczy tak dla fizjologii jak i patologii przewodu pokarmowego.

Z dziedziny chorób nerwowych mamy do zanotowania jedynie 2 odczyty, oba wygłoszone przez kol. Stanisława Kopczyńskiego. Są to: „Przypadek spondylosis rhizomelica“ i „Przypadek ropnia mózgu, operowanego pomyślnie“.

W równej liczbie były wygłoszone odczyty z dziedziny anatomii i fizjologii chorób dziecięcych i przemiany materji; z każdej kategorii po dwa odczyty.

Żywo zainteresował członków odczyt Higiera (nieczłonek), który na dwóch posiedzeniach mówił „O psychofizjologii fenomenalnego rachmistrzostwa“, demonstrując kilka osobników, obdarzonych niezwykłą zdolnością pamięciowego rozwiązywania najzawilszych zadań rachunkowych. Temat anatomiczny omawiał A. Tuchendler w odczycie p. t. „Fizjologia odbytu i kiszki esowatej według badań rektoskopowych z demonstracją rektoromanoskopu“.

Oba odczyty z dziedziny chorób dziecięcych zawdzięczamy kol. Daszkiewiczowi. Miały one za temat: „Zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci“ i „Powikłania zesrony nerek przy ospie wietrznej“.

Odczyty z dziedziny przemiany materji wygłosili kol. Halpern: „O siarce w przemianie materji“ i Anastazy Landau „O przemianie ciał purynowych w ustroju ludzkim“.

Po jednym odczycie miały: dentystyka, laryngologia, syfilidologia i okulistyka. Leszczyński mówił „O obecnym stanie wiedzy dentystycznej w stosunku do lekarzy praktyków“; Sokołowski „O przyczynku do etjologii i terapii niektórych spraw chorobowych gardzieli, spostrzeganych w przebiegu neurastenii“; F. Malinowski „O znaczeniu metody Wassermana w rozpoznawaniu przymiotu“, wreszcie Cetnarowicz: „O odczynie Calmette'a i wpływie tegoż na łącznicę i organ wzroku“. Ostatnia ta praca była przedmiotem żywej dyskusji, w której przeważało zdanie zbyt szybkiego, a nawet nieogłędnego wyciągania wniosków z tak nieściłych, jak prelegenta obserwacji.

Wśród pokazów, które w roku sprawozdawczym w stosunku do roku poprzedniego zmalały do połowy, najliczniej były reprezentowane choroby skórne, notowano tutaj bowiem 8 demonstracji, co stanowi prawie $\frac{1}{3}$ część ogólnej liczby pokazów. Największą liczbę chorych, bo 5 przedstawił kol. Kozerski. Wszystkie przypadki dotyczyły terapii świetlnej, z którą kol. Kozerski z godną zaznaczenia systematycznością od szeregu lat zapoznaje Towarzystwo. Po jednym chorym demonstrowali kol. Wacław Sterling i Wiśniewski.

Neurologzy pokazali chorych 6; w tej liczbie kol. Bregman 2, St. Kopczyński 2 i koledzy Zenczykowski i Maliniak — po jednym. Szczególniejsze zainteresowanie wzbudził jeden pokaz kol. Kopczyńskiego, dotyczący chorego z embolią IV-ej gałązki art. fossae Silvii i zaburzeniami mowy.

Z dziedziny chirurgii było demonstracji 4, z których 3 zawdzięczamy kol. Wł. Stankiewiczowi i jeden kol. Czarkowskiemu.

Medycyna wewnętrzna miała jedynie 3 pokazy, dwa kol. Bełkowskiego i jeden kol. Starkiewicza. Wybitniejszych jednakże rzeczy z tej dziedziny nie notowano.

Otyatry demonstrowali 2 chorych: kol. Sinołęcki i Alfred Heiman — po jednym; takąż ilość przedstawili i laryngolodzy (Polański i Erbrych); dwa również pokazy były z dziedziny biologii (R. Hertz i Wojciechowski).

Jeżeli do tego dodamy jeszcze jeden pokaz preparatów anatomo-patologicznych kol. Bełkowskiego, to tem wyczerpiemy wszystko, co w ciągu roku przesunęło się przed oczyma członków.

Zestawiając dane powyższe przychodzimy do wniosku, że działalność Towarzystwa w roku sprawozdawczym w porównaniu z rokiem ubiegłym nie zaznaczyła się wybitniejszym postępem. Uderza natomiast fakt, podnoszony już zresztą i w roku ubiegłym, coraz rzadszego ukazywania się na posiedzeniach ogólnych tematów t. zw. specjalnych, które dawniej obficie zasilaty porządek dzienny tych posiedzeń. Próżnobyś szukał odczytów z ginekologii, akuszerji lub dermatologii; od dwóch lat znikły one zupełnie. Tematy chirurgiczne i nerwowe w poważniejszym opracowaniu należą również do rzadkości. Zjawisko to jest niewątpliwie wynikiem zorganizowania się przy Towarzystwie kółek różnych specjalistów, które odciągają prace i prelegentów na swe posiedzenia z wyraźną szkodą Towarzy-

stwa. Jeszcze jaskrawiej zarysował się ujemny wpływ tego podziału na ruch demonstracyjny w Towarzystwie, gdy bowiem w roku ubiegłym liczba pokazów wynosiła 56, w roku sprawozdawczym dosięgła zaledwie 28, t. j. połowy.

Ta dezercya tematów specjalnych, które wszak prawie zawsze silnie się wiążą z medycyną ogólną, z każdym rokiem zmniejsza ruch naukowy w Towarzystwie z wyraźną krzywdą jego rozwoju. Dążenia prezydium do złagodzenia tej krzywdy przez utworzenie jednego posiedzenia w miesiącu, poświęconego tematom z pogranicza różnych specjalności i dyskusyjnym pokazom rozbiły się o niechęć prelegentów specjalistów.

Sprawa to ważna dla Towarzystwa i czem rychlej domagająca się uregulowania.

Druga sprawa, sprawa powołania do życia epidiaskopu, która również od roku zaciążyła na Towarzystwie, została w roku bieżącym rozwiązana szczęśliwie, w sposób rokujący jej trwałe podstawy. Zarząd Towarzystwa wniósł do budżetu na rok 1909 sumę rb. 50, jaką przeznaczył dla kierownika epidiaskopu, którym już odtąd stale prelegenci rozporządzać będą mogli.

Składając z dniem dzisiejszym urząd sekretarza do-rocznego, kończę swe sprawozdanie gorącym życzeniem pomysłnego rozwoju Towarzystwa we wszystkich dziedzinach jego zadań i dążeń.

Ignacy Landstein.

17.

Sprawozdanie Bibliotekarza za rok 1908.

W końcu roku 1907 znajdowało się w Bibliotece:

1. Dzieł, broszur i odbić osobnych . . .	26103
2. Foliantów	361
3. Dzieł w szafie Placzkowskiego . . .	117
4. Słowników w szafie Płaskowskiego .	54
5. Rękopisów	89
6. Czasopism prenumerowano	24

26748

W roku sprawozdawczym przybyło:

1. Dzieł, broszur i odbić osobnych	958
2. Foliantów	3
	Ogółem 961

W końcu roku 1908 było w Bibliotece 27709.

Prócz powyższych znajduje się w Bibliotece:

a) Map	54
b) Medali	20
c) Albumów	4

Do katalogu repozytoryalnego zapisano dzieł 958, tomów 1028; do księgi darów zapisano 1188 dzieł, 1796 tomów.

Takie wzbogacenie Biblioteki zawdzięczamy hojnym ofiarodawcom, Biblioteka bowiem, dla braku funduszu nie czyniła zakupu książek.

W roku sprawozdawczym najhojniejszymi okazali się: Akademia lekarska wojskowa w Petersburgu, ta — nadesłała 143 rozprawy doktorskie. Panna Jadwiga Bernard ofiarowała pozostałe po ojcu jej doktorze Henryku Bernardzie, 16 dzieł w 44 tomach. Na szczególną uwagę zasługuje zbiór: Medicorum graecorum opera, ze względu na oprawę stylową. Zbiór ten został umieszczony w Bibliotece. Kolega Dobrski nadesłał 61 dzieł w 72 tomach, brat ś. p. Aleksandra Heinricha ofiarował dla Biblioteki kosztowny zbiór nowszej literatury lekarskiej, złożony z 325 dzieł w 489 tomach; kolega Kamocki ofiarował 37 dzieł, 44 tomy. Redakcja „Gazety Lekarskiej“ nadesłała przeważnie czasopisma i odbitki rozpraw drukowanych w Gazecie — ogółem 424 numera, 749 tomów. Cennym jest zbiór odbitek, poszukiwanych przez pracowników, a na którym zbywało dotychczas Bibliotece.

Fundusze Biblioteki stanowiły.

1. Procent od funduszu imienia Kondratowicza na rok 1908	Rb. 85 k. 50
2. Zasiłek z rachunku własnego Towarzystwa	„ 1000 „ —
	Ogółem Rb. 1085 k. 50

ROZCHÓD

1. Bibliotekarzowi za czynności techniczne	Rb. 300 k. —
2. Prenumerata czasopism	„ 700 „ —
3. Drobne wydatki	„ 85 „ 50
Ogółem rozchodu	Rb. 1085 k. 50

W roku sprawozdawczym prenumerowała Biblioteka: Chemik polski, Czasopismo lekarskie, Farmacja, Gazeta lekarska, Głos lekarzy, Kosmos, Kronika dentystyczna, Medycyna i Kronika lekarska, Nowiny lekarskie, Poradnik językowy, Postęp okulistyczny, Przegląd chorób skórnych i wenerycznych, Przegląd felczerski, Przegląd higieniczny, Przegląd lekarski, Przewodnik zdrowia, Ruch, Tygodnik lekarski, Wiadomości farmaceutyczne, Wszechświat, Zdrowie. Lancet, Archives générales de médecine, Journal de médecine et de chirurgie pratiques, La nouvelle médecine moderne, Revue de médecine, Revue de chirurgie, Semaine médicale, Archiv Virchow'a, Arch. f. Augenheilkunde, Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, Archiv f. Gynäkologie, Arch. f. Kinderheilkunde, Archiv f. Physiologie Pflüger'a, Archiv f. Experim. Pathol. u. Pharmacologie, Centralblatt f. Chirurgie, Centralbl. internat. f. Laryngologie, Centralbl. f. allg. Patholog. u. Anatom. Schmidt's Jahrbücher, Wochenschrift Berliner, Wochenschrift Münchener, Wochenschrift Wiener, Wochenschrift Deutsche, Zeitung allgem. Wiener medicin.

Bibliotekarz *Józef Bieliński.*

18.

**Sprawozdanie Redaktora „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego
Warszawskiego za rok 1908.**

W roku sprawozdawczym Pamiętnik redagowany był przez Kazimierza Rzętkowskiego, członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Drukowano Pamiętnik w 450 egzemplarzach w drukarni K. Kowalewskiego w Warszawie.

Ogółem Pamiętnik zawierał z górą 41 arkuszy druku, t. j. prawie tyleż co w roku ubiegłym, z czego na prace oryginalne przypada arkuszy 26, nieco więcej niż w roku ubiegłym, reszta zaś na część urzędową, jako to na protokoły posiedzeń Towarzystwa, sprawozdanie z czynności rocznych zarządu Tow., ogłoszenia od Zarządu i Komitetów konkursowych i t. p.

Część literacka Pamiętnika zawierała 8 prac oryginalnych, z których 6 napisanych przez członków czynnych Tow. Lek. Warsz.

Tytuły prac tych są następujące:

1. Fr. Giedroyć.—Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

2. D. Hellin.—Rak i jego leczenie w świetle biologii.

3. L. Karwacki —Badania nad morfologią i biologią krętków Obermeyer'a (z 12 tablicami). Praca nagrodzona na konkursie im. Koczorowskiego.

4. An. Landau. Przemiana ciał purynowych w ustroju ludzkim i wpływ na nią alkoholu. Przyczynek do nauki o powstawaniu dny. Praca nagrodzona na konkursie im. Koczorowskiego.

5. St. Lewinson. Spostrzeżenia nad neutrofilowymi leukocytami w niektórych sprawach chorobowych.

6. B. Łuczycki. Przyczynek do nauki o wpływie chorób zakaźnych na powstawanie zaburzeń umysłowych. Dwa przypadki obłądów przy influency.

7. Cz. Otto. Zmiany anatomopatologiczne w kiszkiach i gruczołach krezkowych w tyfusie brzuszny.

8. J. Pawiński. „Angina pectoris” w świetle przeszłości.

Pamiętnik rozsyłany był w r. 1908 w 427 egzemplarzach, posiadał mianowicie:

A) Prenumeratorów płatnych 71 (o 11 mniej niż w roku ubiegłym. Są to ci którzy stale zalegali w opłacie prenumeraty; na kilkakrotne ekscytacje zgoła nie odpowiedzieli), a mianowicie:

a) w Warszawie 30.

b) w Królestwie i Cesarstwie 39.

c) zagranicą 2.

B) Bezpłatnie rozsyłano egzemplarzy 356 (t. j. o 17 więcej niż w r. ubiegłym), mianowicie:

- a) Redakcyom pism i instytucyom naukowym w Warszawie—10.
 b) Redakcyom i Towarzystwom naukowym w Cesarstwie i Królestwie—37.
 c) Redakcyom i instytucyom naukowym zagranicznym—34.
 d) członkom czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego—275.

Wykonanie budżetu Pamiętnika przedstawia się w sposób następujący:

PRZYCHÓD:

Pozostałość z r. 1907	Rb. 503 k. 32
1. Wpływy z prenumeraty oraz za nabywane częściowo dawniejsze egzemplarze Pamiętnika	" 224 „ 27
2. Zasiłek z fuuduszu własnego Towarzystwa Lekarskiego, budżetem na rok 1908 oznaczony	" 620 „ —
3. Ofiary jednorazowe:	
a) D-ra Alfreda Sokołowskiego	Rb. 100 k. —
b) z kasy pomocy imienia J. Miąnowskiego za pośrednictwem K. Rzętkowskiego	" 300 „ —
4. Przelew z rachunku budżetu Towarzystwa Lek. „na wydawnictwo prac konkursowych im. Koczorowskiego”—na wydanie prac D-ra L. Karwackiego i D-ra A. Landau, w r. 1908 nagrodzonych	" 600 „ —
Razem	Rb. 2347 k. 59

ROZCHÓD:

1. Druk, papier i ryciny (w tej sumie Rb. 280 za ryciny)	Rb. 1647 k. 90
2. Koszta redakcyi i korekty	" 300 „ —
3. Ekspedycya i korespondencya	" 101 „ 32
Razem	Rb. 2049 k. 22

Remanent przeto na rok 1909 wynosi 298 rb. 37 kop.

Do zeszytu II dołączony został Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego za rok 1906. W opracowaniu Przeglądu Piśmiennictwa wzięło udział 33 kolegów, a mianowicie: Bełżyński M., Bernhardt R., Bieliński J., Dąbrowski W., Groszlik S., Jakimiak B., Jakowski M., Kaczkowski St., Kamiński St., Kijewski St., Kołakowski F., Korybut-Daszkiewicz B., Korzon T., Landau An., Landstein Ign., Leśniewski A., Łapiński W., Łuczycki Br., Majewski An., Mutermilch St., Puławski A., Rzętkowski K., Starkiewicz W., Szumlański W., Świętecki W., Wernic L., Wertheim Al., Winiarski J., Zaleski K., Zembrzuski St., Zweigbaum M., Żurkowski Al.

Wszystkim tym kolegom za ich wzorową pracę bezinteresowną, Redakcja Pamiętnika składa na tem miejscu najserdeczniejsze podziękowanie.

Co się tyczy środków, za które wydano Przegl. Piśm. Lek. pol. za rok 1906, to złożyła się na nie ofiarność prywatna kol. Al. Sokołowskiego, naszego obecnego Sekretarza Stałego oraz zapomoga z kasy im. Mianowskiego (porównaj wyżej wykonanie budżetu). Na wydanie Przeglądu Piśm. Lek. Polskiego za rok 1907, który jest już całkowicie gotowy w rękopiśmie, redaktor Pamiętnika, prócz obiecanej łaskawie przez kol. Stanisława Mutermilcha kwoty rb. 100, żadnych innych funduszków nie posiada. To spowoduje znowu zwłokę w wydaniu tego ze wszelkich miar pożytecznego wydawnictwa, które najgoręcej polecam ofiarności Szanownych kolegów.

Kazimierz Rzętkowski.

19.

Sprawozdanie z czynności Pracowni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1908.

W pracowni Towarzystwa pracowali w r. 1908:

Dr. Fr. Kijewski nad zmianami histologicznymi w nowotworach u człowieka, w zależności od wprowadzonych do ustroju fermentów.

Dr. Wojciechowski—nad reakcją Wassermann'a.

St. med. panna Ehrlich—nad składem żółci ludzkiej.

St. med. Krug-nad składem żółci ludzkiej.

St. med. Szulc-nad zmianami we krwi pod wpływem adrenaliny.

St. med. Jasiobędzki nad substancją chromochłonną.

Dr. Pruszyński nad ciśnieniem osmotycznym i przewodnictwem cieczy ustroju.

Wydatki na Pracownię w roku 1908

wyniosły Rb. 640 k. 21

a w szczególności:

1. Płaca woźnego rb. 204, gratyfikacja za lata 1907—1908 i zapomoga z powodu choroby rb. 90 łącznie „ 294 „ —

2. Chemikalia do badań mikroskopowych „ 103 „ 17

3. Żywienie zwierząt, utrzymywanych do użytku Pracowni, oraz różne drobne wydatki przy doświadczeniach „ 130 „ 54

4. Opał lokalu Pracowni „ 92 „ —

5. Opłata Warszawskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń, za ubezpieczenie od ognia ruchomości Pracowni „ 5 „ 42

6. Reparacja i utrzymanie w porządku narzędzi „ 15 „ 08

Razem Rb. 640 k. 21

b. Zarządzający Pracownią *J. Pruszyński*.

20.

Sprawozdanie z czynności Komitetu bibliotecznego.

Komitet biblieczny, składający się z kolegów Hewelkiego, Korzona, Landstejna, Neugebauera i Rzętkowskiego, pod przewodnictwem Gabszewicza, odbył w dniu 22 Grudnia posiedzenie, na którym załatwiono czynności następujące:

1. Sprawdzono na wrywki pewną ilość numerów katalogu repozytoryalnego z kartkami w katalogu kartko-

wym, oraz, czy odpowiednie książki znajdują się na półkach biblioteki; znaleziono wszystko w porządku.

2. Kol. bibliotekarz zawiadomił Komitet, że katalog główny z końcem 1908 roku obejmuje 27061 numerów; przybyło przeto w roku sprawozdawczym 958 dzieł, tomów 1028. Czasopism prenumerowaao 46.

3. Ułożono wspólnie z kol. Bibliotekarzem katalog pism lekarskich polskich, zagranicznych, które mają być zaprenumerowane do czytelnicy Towarzystwa Lekarskiego na rok 1909.

A. Gabszewicz.

OGŁOSZENIA.

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

1) Badanie chemiczne płynu mózgodzeniowego w stanie normalnym i chorobowym.

2) Doświadczenia psychofizjologiczne nad znużeniem uczniów w szkołach.

3) Pomiary antropometryczne na uczniach szkół.

4) Grzybek liszaja strzygącego (*Trichophyton tonsurans* i *microsporon Audouin'a*), jego stanowisko biologiczne i patologiczne.

5) Włókna Dürck'a w ścianach naczyń krwionośnych, ich rola i zmiany, jakim ulegają przy miażdżycy naczyń.

6) Sprawdzić, o ile surowica krwi zwierząt, u których sztucznie został wywołany zastępczy przerost nerki, wpływa na powstawanie przerostu nerek u innych zwierząt.

7) Sprawdzić doświadczalnie, jakie ma znaczenie dla wątroby i dróg żółciowych łączenie jelita z przewodem wspólnym (*Choledochoenterostomia*) i z mięszem samej wątroby (*Hepatocholango-enterostomia*).

8) Związek anatomiczny i fizjologiczny pomiędzy przysadką mózgową, gruczołem tarczowym, nadnerczem i grasicą. Zbadać, o ile, stan chorobowy jednego z tych narządów wywołuje zmiany anatomiczne i fizjologiczne w narządach pozostałych.

9) O drogach limfatycznych w ośrodkowym układzie nerwowym.

10) O zmianach kory mózgowej w sprawach zapalnych ośrodkowego układu nerwowego; różniczkowanie tych zmian.

11. O zmianach w układzie sympatycznym w cierpieniach organicznych ośrodków nerwowych (*Tabes*, *sclerosis multiplex*, *Lues cerebro-spinalis* i inne).

12) Przeszczepianie nerki i jego następstwa dla czynności i budowy narządu.

13) Wszczepianie tętnic do żył, zmiany w ścianach naczyń i tkankach przez nie odżywianych.

14) O znaczeniu odczynu biologicznego krwi z zastosowaniem do medycyny sądowej.

15) Zbadać zmienność jednej lub kilku postaci drobnoustrojów, uznawanych obecnie za stałe.

16) Ziarnistość zasadochłonna krążków czerwonych krwi świeżej nie utrwalonej (Chauffard'a). Jej pochodzenie i stosunek do ziarnistości Askanazy'ego.

17) Przemiana chloru w zapaleniu płuc włóknikowem przy sztucznem wprowadzeniu soli do ustroju.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 Marca 1910 r. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczoną jest nagroda 300 rub.

Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Tow. Lekarskiego, w 300 egzemplarzach, które stanowiąć będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Sekretarz Stały *Dr. Med. A. Sokołowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z zapisu D-ra Romualda Płaskowskiego przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1910 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od d. 1 Kwietnia 1908 do d. 31 Marca 1910 r. 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 1910 r. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około Rb. 180. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ul. Niecała № 7) z zachowaniem co do prac w rękopisach,

zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zabezpieczonych i opatrzonych stosownymi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Sekretarz Stały Towarzystwa *Dr. Med. A. Sokołowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chir. Leona Konitza przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1911 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie około Rb. 250 za najlepszą pracę oryginalną w języku polskim, poświęconą li tylko chorobom kobiecym lub akuszeryi z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1-go Kwietnia 1908 r. do dnia 31 Marca 1911 roku. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne jako też i laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności lub podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dn. 31 Marca 1911 r. przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zabezpieczoną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ul. Niecała № 7) lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożona zostaje Towarzystwu na konkurs imienia Leona Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Sekretarz Stały Towarzystwa *Dr. Med. A. Sokołowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza, że z funduszu imienia Józefa Wszeborą przyznaną będzie w roku 1910, w Kwietniu, nagroda konkursowa w kwocie około rb. 250, za najlepszą pracę oryginalną, na dowolny temat z dziedziny patologii ogólnej lub higieny, w języku polskim napisaną i Towarzystwu Lekarskiemu nadesłaną.

Praca nagrodzona będzie wydrukowaną w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego, o ile się to okaże możliwym, ze względu na rozmiary pracy i t. p. warunki. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Tow. Lekarskiego Warszawskiego (Niecała № 7) z podaniem nazwisk autorów i miejsca ich zamieszkania w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Sekretarz Stały *Dr. Med. A. Sokółowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z zapisu ś. p. D-ra Romualda Płaskowskiego udzieloną będzie w miesiącu Czerwcu r. 1910 zapomoga pieniężna w kwocie około Rb. 180 dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku, odbyć się mogą, czyto w kraju, czy też za granicą. Delegat, w myśl woli zapisodawcy, obowiązany będzie po powrocie, w jaknajkrótszym terminie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ul. Niecała № 7) do dnia 1 Kwietnia r. 1910, z oznaczaniem zjazdu, na który kandydat pragnie wyjechać, z podaniem dokładnego swego adresu i z wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychiatryi.

Sekretarz Stały *Dr. Med. A. Sokółowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z zapisu śp. Julji Wiemanowej wakuje fundusz pożyczkowy rb. 2000, — na warunkach, określonych w akcie darowizny, t. j. „fundusz ten winien być według uznania Zarządu Towarzystwa Lekarskiego używany na

udzielanie pożyczek 2 młodym lekarzom, polakom, odznaczającym się wybitnymi zdolnościami, do wysokości rb. 1000 każdemu, jednorazowo lub częściowo, na wyjazd zagranicę, celem dalszego kształcenia się, pod warunkiem wszakże, że czasową tę pomoc, jako prosty dług, obowiązani będą zwrócić Towarzystwu bez procentów, w przeciągu lat 5-iu ratami rocznymi⁷⁾.

Kandydaci winni podania z dołączeniem curriculum vitae i wymienieniem kierunku, w jakim zamierzają pracować zagranicą, wniesić do Towarzystwa Lekarskiego, na imię Sekretarza Stałego, (Niecała 7) w ciągu 2-ch miesięcy, t. j. nie później jak 1-go października 1909 r.

Sekretarz Stały Dr. Med. *A. Sokołowski.*

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za wiadomia, że w październiku r. b. przyznana będzie zapomoga w kwocie rb. 400, z funduszu imienia doktora medycyny Alfreda Sokołowskiego, na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego (przedewszystkiem w sanatorjum w Rudce) młodemu lekarzowi, polakowi, bez różnicy płci i wyznania, dotkniętemu poczynającemi się okresami gruźlicy.

Pierwszeństwo do zapomogi mają asystenci szpitali cywilnych w Warszawie. W braku odpowiednich kandydatów, z zapomogi tej mogą korzystać i inni lekarze, dotknięci gruźlicą lub nawet studenci medycyny z 2-ch ostatnich kursów.

Podania wraz z załączeniem curriculum vitae składać należy na imię Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w kancelaryi Towarzystwa (Niecała 7).

Sekretarz Stały Dr. Med. *A. Sokołowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1909/10 zawakuje sześć stypendyów, każde po rubli 300 rocznie z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imie-

nia Koczorowskich; b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali; c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion—stypendya nadane być mają innym pilnym studentem medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymskokatolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała № 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się;—2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Sekretarz Stały Towarzystwa

Dr. Med. A. Sokołowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1909/10 wakować będzie stypendyum w kwocie rub. 225 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Ignacego Gołębiowskiego, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, Powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta wydziału lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane ma być innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. Życzący ubiegać się o rzeczony stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubó-

VII

stwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczony dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Sekretarz Stały Towarzystwa

Dr. Med. A. Sokołowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że na rok uniwersytecki 1909 na 1910 wawować będzie kilka stypendyów imienia Konstantego Marcinkiewicza po rubli 300 każde, przeznaczone dla studentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, katolików, pochodzenia polskiego, niezamożnych, czyniących dobre postępy w naukach, z wyjątkiem studentów kursu pierwszego.

Pierwszeństwo do otrzymania stypendyów mają:

- a) krewni nieżyjącego Doktora Konstantego Marcinkiewicza;
- b) urodzeni w powiecie Nowogródzkim gubernji Mińskiej;
- c) urodzeni w innych powiatach gubernji Mińskiej;
- d) urodzeni w guberniach Grodzieńskiej, Kowieńskiej, Mohylowskiej, Wileńskiej i Witebskiej, bez wszelkiego między wymienionemi guberniami pierwszeństwa.

Ubiegający się o stypendyum złożyć winni, przed 16-ym Września r. b. podanie do Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (Niecała 7) i załączyć:

- 1) świadectwo władzy uniwersyteckiej z ostatniego egzaminu przejściowego;
- 2) metrykę urodzenia;
- 3) opis biegu życia;
- 4) wiarogodny dowód niezamożności.

Pragnący korzystać z praw pierwszeństwa składają, nadto, akty stanu cywilnego stwierdzające pokrewieństwo z nieżyjącym Konstantym Marcinkiewiczem.

Kandydaci wybrani przez Towarzystwo Lekarskie ulegają zatwierdzeniu przez władzę uniwersytecką.

Sekretarz Stały Towarzystwa

Dr. Med. A. Sokołowski.

Regulamin przyznawania pożyczek z funduszu zapisanego Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu przez ś. p. Julję Wiemanową, (przyjęty przez Zarząd Towarzystwa na posiedzeniu w dniu 6 Lipca 1909 r).

I

Pochodzenie funduszu

Śp. Julja z Czabanów Wiemanowa testamentem własnoręcznym z dnia 23 Listopada 1907 r. zapisała na rzecz Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie rubli 2000 (dwa tysiące) na warunkach następujących: „Fundusz ten winien być, według uznania Zarządu Towarzystwa, używany na udzielanie pożyczek 2 młodym lekarzom polakom odznaczającym się wybitnymi zdolnościami, do wysokości rubli tysiąc każdemu, jednorazowo lub też częściowo, na wyjazd za granicę, celem dalszego kształcenia się, pod warunkiem wszakże, że pomoc tę czasową, jako prosty dług obowiązani będą zwrócić Towarzystwu bez procentu w przeciągu lat pięciu ratami rocznymi, na co wystawią odnośne obligi. Ze zwracanych przez byłych stypendystów kwot należy tworzyć nowy fundusz na taki sam cel użyć się mający”.

II.

Do powyższego zapisu Zarząd Towarzystwa dołączył następujący regulamin.

1) Pierwsza wiadomość o istniejącym funduszu pożyczkowym podaną będzie w Lipcu roku 1909 w warszawskich pismach lekarskich, po przytoczeniu dosłownem powyżej zacytowanego ustępu z aktu darowizny.

2) Kandydaci winni podania z dołączeniem *curriculum vitae* oraz wymienieniem kierunku w jakim zamierzają pracować za granicą, wnieść do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w ciągu 2 miesięcy, t. j. nie później jak 1-go Października 1909 r.

3) Z liczby podanych kandydatów Zarząd Tow. Lekarskiego na Październikowym posiedzeniu Zarządu wybiera przez tajne głosowanie (Regul. fund. Helbicha § 7 dział III), dwóch najbardziej odpowiadających duchowi legatu.

4) Biorący pożyczkę wystawia odnośny rewers, że zobowiązuje się, w rok po otrzymaniu ostatniej raty, pożyczkę w ciągu lat pięciu ratami spłacić.

5) Gdyby kandydat nie spłacił w terminach pożyczki bez powodów usprawiedliwiających, Zarząd winien po odpowiednich przypomnieniach, nawet na drodze sądowej domagać się zwrotu, o ile okaże się, że kandydat jest w odpowiednim położeniu materialnym.

6) Pożyczka wypłaci się w ratach, których wysokość i terminy określa Zarząd Towarzystwa Lekarskiego w każdym przypadku. Przed wypłatą raty kandydat opisuje przebieg swoich studyów.

7) Gdyby Zarząd posiadał dane, że kandydat nie korzysta w myśl zapisu z przyznanej zapomogi, przysługuje prawo Zarządowi odmówić kandydatowi reszty pożyczki.

8) Pożyczający obok obligu winien również podpisać, że zgadza się na powyższe w regulaminie zamieszczone warunki.

9) Skoro ze zwrotów pożyczek zbierze się fundusz, wystarczający na wyjazd, ogłoszone będzie ponowne zawiadomienie o wakującym funduszu pożyczkowym.

10) Wzór obligu winien brzmieć tak: „Ja niżej podpisany, zaciągnąwszy pożyczkę od Warsz. Towarzystwa Lekarskiego z funduszu imienia Julji Wiemanowej w sumie rub. 1000 (tysiąc), na wyjazd za granicę w celu dalszego kształcenia się w obranej przezemnie specjalności, zobowiązuję się dług ten spłacić Towarzystwu Lekarskiemu ratami w ciągu lat pięciu, zaczynając pierwszą ratę nie później, jak w rok po otrzymaniu ostatniej raty pożyczki. W razie niedotrzymania zobowiązania, poddaję się wszelkim rygorom w tych razach przez prawo przewidywanym.

Za zgodność

Sekretarz Stały *Dr. Med. Sokołowski.*

Regulamin przyznawania zapomóg z funduszu imienia Doktora Medycyny Alfreda Sokołowskiego (przyjęty przez Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego na posiedzeniu w dniu 6 Lipca 1909 r.)

I.

Pochodzenie funduszu.

Doktor Alfred Sokołowski Sekretarz Stały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w dniu 22 Stycznia 1909 roku aktem darowizny, sporządzonym przed rejentem Wasiutyńskim w Warszawie, złożył Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu sumę 10400 rubli (dziesięć tysięcy czterysta rubli) w 4½% Listach Zastawnych Tow. Kredytowego M. Warszawy, na warunkach, szczegółowo omówionych w powyższym akcie, z których podstawowe brzmią jak następuje:

Darowizna nosić będzie nazwę: „Fundusz z darowizny Doktora Medycyny Alfreda Sokołowskiego na zapomogi dla lekarzy dotkniętych gruźlicą. (§ 1 aktu dar.)

Z corocznego czystego dochodu przeznaczają się rubli srebrem 400 na zapomogę, t. j. na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego jednej z osób wymienionych poniżej w artykule 7, dotkniętej poczynającą się gruźlicą, której stan pozwala rokować wyleczenie, a przynajmniej odzyskanie sprawności zawodowej (§ 5 i 7).

Do zapomogi mają prawo przede wszystkim lekarze w ciągu pierwszych lat dziesięciu po ukończeniu uniwersytetu, a między nimi pierwszeństwo przysługuje asystentom szpitali cywilnych warszawskich. W braku odpowiednich kandydatów z zapomogi korzystać mogą inni lekarze również i studenci medycyny z 2 ostatnich kursów bez różnicy uniwersytetów, wszyscy tak lekarze jak studenci, polacy bez różnicy wyznania i płci (§ 7).

Zapomoga przyznana służyć będzie na opłatę bezpośrednio przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie należności za leczenie w sanatorium, przede wszystkim w Rudce, według uznania Zarządu Towarzystwa Lekarskiego (§ 9).

Zapomogi mają charakter warunkowo zwrotny (§ 11).

Po raz pierwszy zapomoga przyznana zostanie w końcu roku 1909 z procentów zebranych od kapitału za rok 1909. (§ 12).

II.

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego ustanowił do powyższej darowizny następujący regulamin:

1) Stypendyum ma być przyznawane przez Zarząd corocznie na Październikowem posiedzeniu Zarządu.

2) Ogłoszenia o wakującym stypendyum Zarząd Towarzystwa Lekarskiego umieści w pismach lekarskich polskich, nie później jak 15 Sierpnia każdego roku, podania zaś kandydatów winny być składane w kancelaryi Towarzystwa najpóźniej do 1-go Października każdego roku.

3) Podanie, złożone na imię Sekretarza Stałego Towarzystwa, winno być zaopatrzone w szczegółowe *curriculum vitae*.

4) Na najbliższem posiedzeniu Zarząd, na wniosek jednego z upoważnionych członków Zarządu, dokonywa wyboru na temże posiedzeniu, lub w razie wątpliwości na następnem, o ile zajdzie potrzeba dokładniejszego zbadania sprawy.

5) Po przyznaniu zapomogi danemu kandydatowi, Zarząd Towarzystwa Lekarskiego znosi się z Zarządem Sanatoryum w Rudce, lub też w braku tam miejsca, z innem sanatoryum krajowem, aby w niem zapewnić miejsce dla swego kandydata.

Dodatek. Wzór ogłoszenia: Zarząd Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego zawiadamia, że w Październiku roku bieżącego przyznana będzie zapomoga w kwocie rubli 400 (czterysta) z funduszu imienia doktora medycyny Alfreda Sokołowskiego na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego (przedewszystkiem w sanatoryum w Rudce) młodemu lekarzowi, polakowi, bez różnicy płci i wyznania, dotkniętemu poczynającemi się okresami gruźlicy. Pierwszeństwo do zapomogi mają: asystenci szpitali cywilnych w Warszawie. W braku odpowiednich kandydatów, z tej zapomogi korzystać mogą i inni lekarze, dotknięci gruźlicą, lub nawet studenci medycyny z 2 ostatnich kursów. Podania wraz z załączonem *curriculum vitae* składać należy na imię Sekretarza Stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, w kancelaryi Towarzystwa ul. Niecała 7.

Za zgodność

Sekretarz Stały *Dr. Med. Sokolowski.*

ZAWIADOMIENIE

11, 12, 13 paźdz. r. b. odbędzie się w Warszawie zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Na tematy dwóch pierwszych posiedzeń ogólnych wybrano: 1) metody badania w psychologii, neurologji i psychiatrii i 2) terminologję polską w psychologii i psychiatrii.

Na ogólne tematy sekcji neurologicznej wybrano: 1) nowotwory mózgu i rdzenia, 2) padaczkę.

Na tematy ogólne sekcji psychiatrycznej wybrano: 1) rozpoznanie różniczkowe pomiędzy psychozą maniakalno depresyjną i stępieniem wczesnem, 2) klasyfikację różnych postaci idjotyzmu.

Na tematy ogólne sekcji psychologicznej zaproponowano: 1) badanie inteligencji, 2) stany podświadome.

Pozatem wygłaszane będą odczyty w obydwóch sekcjach na tematy zgłaszane przez uczestników zjazdu.

Zawiadomienie o odczytach winno być dokonane przed 1-m Sierpnia.

Krótkie streszczenia odczytów winne być przedstawione najpóźniej 15-go Września.

Wysokość składki wynosi rb. 10. — przysyłać ją należy na ręce skarbnika Dr. A. Ciąglińskiego (Kopernika 11).

Komitet organizacyjny Zjazdu stanowią:

Bregman	Łapiński (sekretarz)
Ciągliński (skarbnik)	Męczkowski
Dawid	Nussbaum
Dydyński	Radziwiłłowicz
Flatau (wiceprezes)	Segał
Gajkiewicz (prezes)	Sterling (sekretarz)
Goldflam	Szycówna
Koelichen	Weryho (wiceprezes)
Kopczyński	Wizel
Korniłowicz	

Adres biura Zjazdu: Warszawa — Niecała 7 lokal Towarzystwa Lekarskiego.